



MARS 2020

LE CORONAVIRUS ET L'AFRIQUE

CRISE SANITAIRE ET CRISE ÉCONOMIQUE
AGGRAVÉES PAR LA FAIBLESSE DES FILETS
DE SÉCURITÉ SOCIALE AFRICAINS

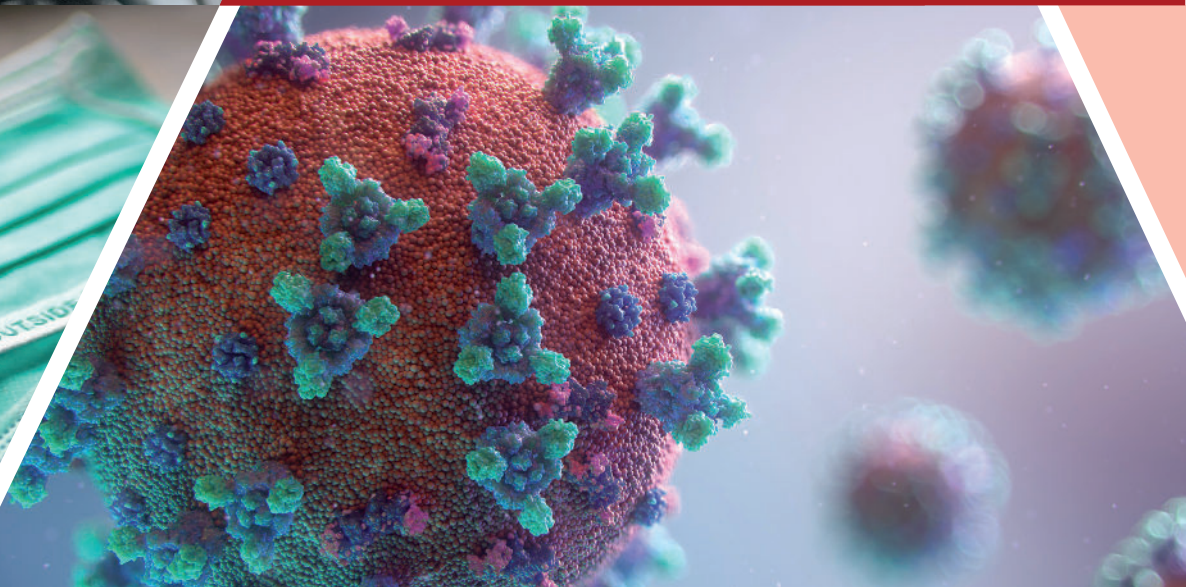


TABLE DES MATIÈRES

I.	EXECUTIVE SUMMARY	4
II.	LE MONDE ET LE PARADOXE DU CORONAVIRUS : BÉNIGNITÉ INDIVIDUELLE, MALIGNITÉ COLLECTIVE	6
II.1	UNE MALADIE BENIGNE DANS PLUS DE 80% DES CAS...	6
II.2	... MAIS UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DONC ÉCONOMIQUE	10
II.2.1	Une problématique de santé publique implacable	10
II.2.2	Une crise sanitaire contenue, à relativiser	13
II.2.3	Au-delà de la crise sanitaire, une crise économique	16
III.	L'AFRIQUE FACE AU CORONAVIRUS : MOINS DE MORTS, MAIS PLUS DE CHÔMEURS ?	19
III.1	L'AFRIQUE PARVIENDRA-T-ELLE À CONTENIR LA PANDÉMIE ?	19
III.1.1	Les différentes phases de la propagation du virus	19
III.1.2	L'Afrique profitera de son expérience historique de lutte contre les pandémies	21
III.2	AU PLAN SANITAIRE, LA LIMITE DES CAPACITÉS D'ACCUEIL EN RÉANIMATION DOIT DICTER LA SÉVÉRITÉ DES MESURES PROPHYLACTIQUES	24
III.3	D'UNE CRISE SANITAIRE À UNE CRISE ÉCONOMIQUE SANS PRÉCÉDENT : QUELLES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES POUR L'AFRIQUE ?	28
III.3.1	Les facteurs économiques aggravants	28
III.3.2	Les facteurs sociaux aggravants	31
IV.	CONCLUSION : CETTE CRISE SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE SANS PRÉCÉDENT DOIT ÊTRE L'OCCASION DE RENFORCER LES FILETS DE SÉCURITÉ SOCIALE EN AFRIQUE	33
V.	ANNEXES : TABLE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX	34

Ce document résume les conclusions d'une analyse conduite par les équipes de FINACTU, qui a pu bénéficier de la relecture de Madame le Pr Mireille DOSSO, Directrice Générale de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. Pour toute information concernant ce rapport, le lecteur peut prendre contact avec :



Pr Mireille DOSSO
Directrice Générale
Institut PASTEUR CIV
GSM : +225 05 54 67 61
mireilledosso@yahoo.fr



Géraldine MERMOUX
Directrice Générale Associée
FINACTU
GSM : +212 6 64 77 07 54
gmermoux@finactu.com



Denis CHEMILLIER-GENDREAU
Président Fondateur
FINACTU
GSM : +33 6 87 73 15 11
dcg@finactu.com



Guillaume GILKES
Directeur de la Recherche
FINACTU
GSM : +33 6 59 34 88 23
ggilkes@finactu.com

I. EXECUTIVE SUMMARY

Le monde affronte, depuis le début de l'année, une crise sanitaire sévère provoquée par un virus nouveau, le SRAS Cov 2, aussi appelé Coronavirus ou Covid-19. À juste titre, 1,3 milliard d'Africains s'inquiètent de cette crise née en Asie, devenue rapidement européenne puis américaine, et qui est en train de devenir africaine. Trois questions taraudent les esprits, de Casablanca à Abidjan et de Dakar à Libreville : le continent parviendra-t-il à rester à l'écart de cette pandémie et quelles conséquences cela aura-t-il sur la vie quotidienne ? combien de morts au bout du tunnel ? et, sur le moyen terme, quel sera l'impact économique ?

Fortes de leur connaissance intime du continent, les équipes de FINACTU ont souhaité collecter et analyser les éléments de réponse à ces trois questions. Avec d'autant plus d'humilité que nous ne sommes pas au cœur de notre domaine d'expertise et que le sujet est autant nouveau pour nous qu'il l'est pour le monde entier.

En préalable, dans le grand flou de cette maladie nouvelle et encore peu connue, quatre certitudes semblent s'imposer, qui vont structurer la façon dont le monde va réagir :

- La première certitude est que **le Covid-19 est et reste une maladie bénigne pour plus de 81 personnes sur 100 qui contractent le virus**, dont certaines ne perçoivent aucun symptôme¹ ; et pour les 19 personnes pour lesquelles le Covid-19 prend une forme grave (syndrome de détresse respiratoire aigüe), quelques jours d'assistance respiratoire permettent de guérir définitivement dans 18 cas ; en d'autres termes, seul un malade sur 100 – en moyenne – meurt de cette maladie.
- La seconde certitude est que la disponibilité de cette assistance respiratoire est cruciale pour contenir la létalité de la maladie : pour faire simple, cette létalité sera de 1% dans les pays qui arriveront à prendre en charge en réanimation les 19% de malades qui en ont besoin, et pourra atteindre 19% dans les pays n'offrant pas de capacité en réanimation. **Entre 1% et 19% de mortalité : voici tout l'enjeu de cette crise sanitaire...**
- La troisième est que **cette crise sanitaire pose donc essentiellement un problème de santé publique** pour les autorités de tous les pays : il s'agit d'éviter que le nombre de malades à traiter en réanimation ne dépasse, à un moment donné, les capacités de chaque pays. Problème d'autant plus difficile à résoudre (i) que le virus avance masqué, avec des porteurs asymptomatiques qui sont, à leur insu, en train de propager la maladie, (ii) qu'il y a un délai d'incubation de plusieurs jours entre le moment où l'on contracte le virus et le moment où on le sait et (iii) que les pays ont rarement la capacité de tester tous les cas potentiels.

1 On parle alors d'une forme « asymptomatique »

- Une quatrième certitude est que, à moyen et long terme, la fin de la crise passe par un vaccin ou ce que les experts appellent l' « immunité collective », c'est-à-dire le moment où 60% de la population a contracté la maladie et développé des anticorps qui bloquent la propagation de la maladie. Autant dire que la crise est faite pour durer : le vaccin ne sera trouvé, au mieux que dans 12 à 18 mois, et il faudra environ autant de temps pour parvenir à l'immunité collective.

Ces premières certitudes nouvelles nous conduisent à une conviction : le Covid-19 place tous les pays devant un dilemme, qui est de « choisir » entre la peste et le choléra, la « peste » d'une crise sanitaire effroyable ou le « choléra » d'une crise économique terrible. Les premiers, qui tarderont à prendre les mesures draconiennes de confinement, s'exposent à une mortalité élevée et donc sans doute à une crise politique à venir, quand la population réalisera que le gouvernement l'a exposée à ces décès de masse ; les seconds, qui auront agi avec énergie pour stopper la propagation du virus, auront à gérer les conséquences sociales et économiques d'un arrêt brutal de l'économie.

En Afrique, ce dilemme prend une tournure toute particulière, pour deux raisons :

- La première est que la faiblesse des capacités d'accueil en réanimation et en assistance respiratoire fait que la saturation du système de santé interviendra très vite. Il est donc vital pour nos pays que les autorités réagissent très vite, en avance sur le décompte des contaminations, pour ne pas se trouver, comme le sont l'Italie et certaines régions de France, dépassées par les événements.
- La seconde est que l'absence des filets sociaux rend difficilement supportable un confinement total et durable de la population : avec moins de 20% de la population employée dans le secteur formel, avec des systèmes de protection sociale inexistantes pour le secteur informel, sans régime d'assurance chômage, avec des possibilités très restreintes de soutien de l'économie par les finances publiques, combien de temps les populations et les entreprises de nos pays tiendront-elles dans un confinement drastique ?

Les derniers chiffres – abondamment détaillés ci-après – semblent confirmer que l'Afrique maîtrise la situation dans la plupart des pays et s'oriente vers une réaction à l'européenne, avec du confinement. Pour le moment, l'Afrique choisit d'éviter la crise sanitaire. Mais il est probable - hélas ! - que ce choix soit remis en cause rapidement, quand son coût économique se manifesterait. L'Afrique va devoir inventer son propre modèle de lutte contre le Covid-19. D'ores et déjà se profilent des approches légèrement différentes. Sur le plan sanitaire, faut-il se limiter à un confinement radical mais limité aux personnes les plus fragiles (personnes âgées ? comorbidités ?) ? Faut-il concentrer tous ses moyens sur la généralisation des tests (Corée du sud, Allemagne), avec une mise en quarantaine radicale des personnes positives ? Sur le plan économique, faut-il cibler les moyens financiers de l'État sur le soutien de la demande, quitte à cibler sur les ménages les plus faibles (« cash transferts ») ? Faut-il au contraire soutenir l'offre ? L'avenir dira où cet équilibre entre la peste de la crise sanitaire et le choléra de la crise économique se terminera pour le continent...

II. LE MONDE ET LE PARADOXE DU CORONAVIRUS : BÉNIGNITÉ INDIVIDUELLE, MALIGNITÉ COLLECTIVE

II.1 UNE MALADIE BÉNIGNE DANS PLUS DE 80% DES CAS...

Parce que le Covid-19 ou Coronavirus est un mal nouveau né d'une recombinaison virale intervenue il y a peu et que la mémoire collective a oublié les grandes épidémies des siècles précédents, il est difficile d'avancer de façon trop assurée des vérités le concernant. Pour autant, certains éléments semblent se confirmer depuis les quelques mois de crise récente. Le plus important est certainement qu'il s'agit d'une **maladie bénigne pour une immense majorité des personnes qui contractent le virus**, pour lesquels il est fréquent que la maladie soit même asymptomatique, c'est-à-dire non perceptible par la personne atteinte.

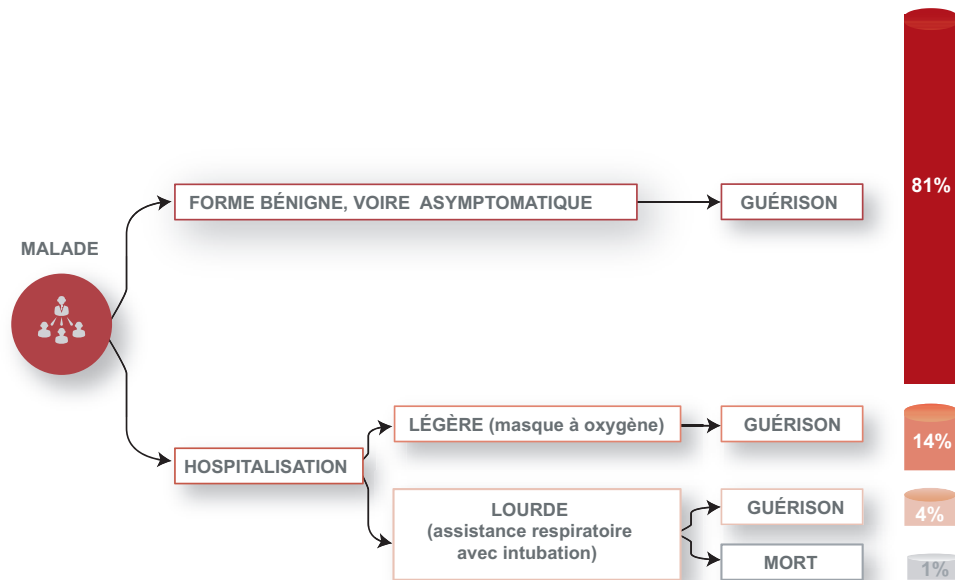
Les chiffres les plus récents² indiquent ainsi que sur 100 personnes qui contractent la maladie, les ordres de grandeur sont les suivants :

- 81% environ en guérissent rapidement et sans aucune difficulté, voire même parfois sans symptôme ;
- 14% développent une forme sévère de la maladie (dyspnée, pneumopathie radiologique ou hypoxémie) nécessitant une hospitalisation³ avec assistance respiratoire légère (cf. encadré) ;
- 5% auront besoin de soins intensifs en réanimation avec assistance respiratoire lourde (intubation) en raison de défaillance respiratoire, état de choc ou défaillance multi-viscérale ;
- parmi les 5% précédents, 1% environ trouvera la mort.

² <https://urgences-serveur.fr/>

³ L'évolution de la maladie dure entre 2 à 4 semaines dans les cas sévères et graves. Ce temps inclut un séjour en réanimation dont la durée moyenne est estimée à 14 jours, suivie de 10 jours d'hospitalisation conventionnelle

Figure 1 - Une maladie bénigne pour 81% des malades⁴



Ces statistiques, finalement plutôt rassurantes, sont à analyser en prenant en compte l'âge des patients, comme le montre l'analyse des statistiques italiennes⁵ :

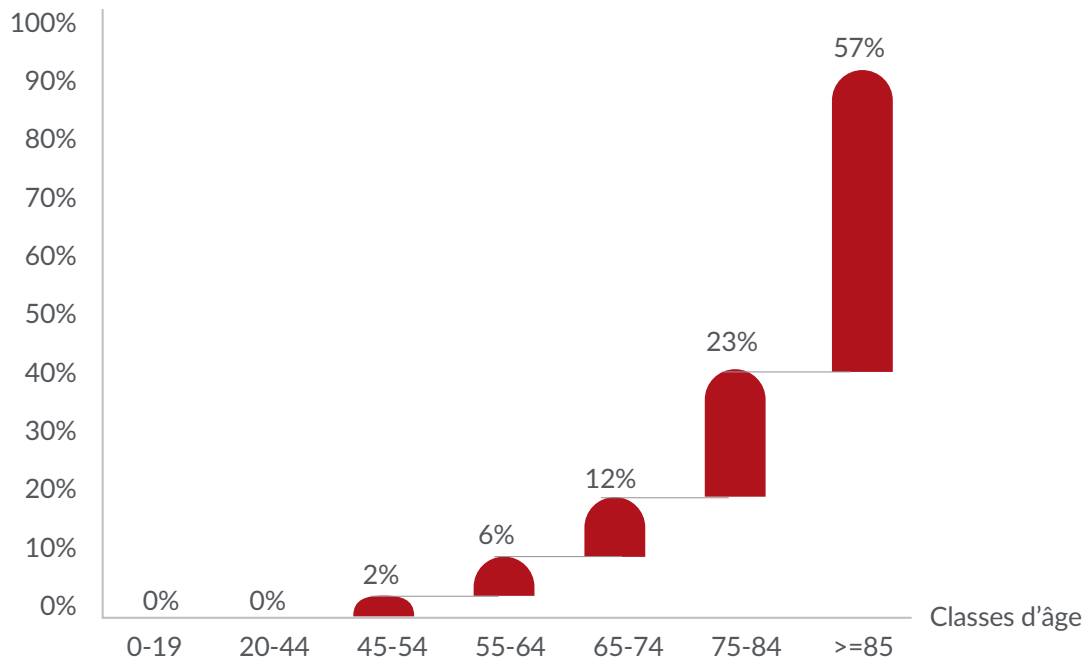
- à ce jour, la moyenne d'âge des patients décédés et testés positifs au Covid-19 est de 78,5 ans ;
- 35% étaient dans la tranche d'âge 70-79 ans ;
- 41% étaient dans la tranche des 80-89 ans ;
- *a contrario*, 24% seulement avaient moins de 70 ans...
- ... et seulement 0,3% avaient moins de 40 ans, sans oublier de préciser que les $\frac{3}{4}$ de ces décédés de moins de 40 ans présentaient de graves pathologies avant leur décès ;
- la moitié des morts du Covid-19 en Italie avaient au moins trois comorbidités et, *a contrario*, seulement 1,2% ne présentaient aucune autre pathologie.

Les mêmes statistiques aux États-Unis confirment le lien entre la mortalité au Covid-19 et l'âge :

⁴ Les 1% de décès surviennent après que le patient soit passé par une forme sévère et/ou grave de la maladie

⁵ L'Italie est le pays présentant le plus de morts à ce jour, et nous considérons que son appareil statistique (<http://www.iss.it/coronavirus>) est relativement plus fiable que celui de la Chine. De plus, l'Italie teste systématiquement les morts, ce qui donne une meilleure fiabilité à sa statistique de décès

Figure 2 – Répartition de la mortalité au Covid-19 par âge aux États-Unis



Source : Centers for Disease Control and Prevention, USA

L'assistance respiratoire

L'assistance respiratoire consiste à aider un malade à assurer l'oxygénation de son sang. Il existe 3 méthodes :

1. L'approche non invasive

Elle consiste à poser sur la bouche et le nez du patient un masque relié à une bombonne d'oxygène. Cette approche apporte un soutien respiratoire léger et ne convient donc pas aux patients gravement atteints.

Elle mobilise moins d'équipement et peut se faire à domicile.

2. L'apport d'oxygène par méthode invasive

Elle consiste à intuber le patient en paralysant volontairement ses poumons infectés et en organisant le soutien ventilatoire grâce à des machines faisant office de soufflet, qui reprennent le travail respiratoire du patient. Cet appareillage peut générer des blessures dans la trachée ou des infections.

Cette approche nécessite une hospitalisation, beaucoup de personnels (médecin, infirmier, aide-soignant) et une machinerie lourde.

3. L'oxygénation par membrane extracorporelle

Si les deux systèmes de ventilation ne suffisent pas, il reste l'ECMO, (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation), l'oxygénation par membrane extracorporelle : le sang est oxygéné artificiellement par la machine avant d'être réinjecté dans le corps du patient. Cette approche est utilisée quand les poumons fonctionnent encore moins bien. Les cas extrêmes sont assistés grâce à cette méthode. Ce type de traitement est le plus sophistiqué et donc très rare (à titre d'exemple, il n'en existe qu'une quinzaine en Suisse).

L'une des particularités de la maladie est que beaucoup de malades asymptomatiques sont ignorés dans le calcul du total des patients infectés par le virus. Ce point complique grandement les analyses d'un point de vue statistique (cf. encadré ci-après), mais aussi d'un point de vue sanitaire car cela facilite la propagation rapide de la maladie à l'insu de tous.

Covid-19 : une immense incertitude statistique

De nombreuses statistiques contradictoires circulent sur le Covid-19, aussi bien sur le nombre de malades que de morts. Cette incertitude est inhérente au fait que la maladie est asymptomatique pour un grand nombre de malades et que les tests sont limités en nombre.

Du côté des morts de la maladie, les statistiques sont sans doute relativement fiables, même si là aussi des incertitudes existent : ainsi, l'Italie a pris le parti de tester systématiquement tous les morts, tandis que la France ne le fait pas, expliquant sans doute une partie de l'écart entre les deux pays en termes de mortalité.

Du côté des malades, les statistiques sont évidemment affectées par la disponibilité des tests⁶, qui est très grande en Allemagne par exemple (capacité de 160.000 tests par semaine) mais bien plus faible en France (36.747 tests réalisés au total depuis le 24 février⁷). Ces incertitudes affectent tout particulièrement les fréquences, calculées sur des dénominateurs non homogènes : ainsi, L'Allemagne affiche un taux de létalité de 0,7% alors que la France affiche un taux de 6,2%, mais cette différence s'explique par le fait que l'Allemagne teste un bien plus grand nombre de personnes et détecte donc plus de cas ; et le taux de létalité qu'elle calcule est bien plus fiable que celui calculé en France.

Certains experts estiment ainsi que la prévalence de la maladie en Chine, loin d'être à son niveau officiel de 82.356⁸, serait du double.

Ces incertitudes rendent aussi très fragiles les comparaisons entre le Covid-19 et la grippe saisonnière en termes de mortalité, puisque l'on compare les statistiques certaines de la seconde avec celles, totalement incertaines, de la première.

6 Extrait de l'Article « Coronavirus : la France pratique-t-elle assez de tests ? », Le Monde, 2020

7 Extrait du « COVID-19, Point épidémiologique - Situation au 15 mars 2020 à minuit », www.santepubliquefrance.fr/

8 Extrait du Situation Report n°69, OMS

Le constat plutôt optimiste que nous dressons ici à titre individuel semble en contradiction avec la sévérité des mesures collectives prises en Chine dans un premier temps, puis plus récemment dans les pays riches : confinement de millions d'habitants, annulation d'élections importantes, arrêt brutal de l'économie, fermeture de frontières, etc.

Comment expliquer ce paradoxe ?

II.2 ... MAIS UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DONC ÉCONOMIQUE

II.2.1 UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE IMPLACABLE

Toute la particularité de la maladie tient dans ces 19% de patients qui nécessitent une assistance respiratoire à l'hôpital, et dans le problème de santé publique qui en découle. Car la survie de ces 19% dépend de la disponibilité des équipements hospitaliers en quantité suffisante.

Un calcul simple s'impose ici : le Maroc, par exemple, qui dispose de 3.000 places de réanimation disponibles, doit contenir le nombre de malades en-dessous de 15.789 ($3.000 / 19\%$) s'il veut être capable de traiter tous les malades graves. Pour un pays comptant 36 millions d'habitants, un tel nombre peut être atteint très rapidement...

En pratique, le problème se complique par de nombreux phénomènes :

- le premier est que quand un malade entre en assistance respiratoire, il monopolise la machine, le lit d'hôpital et le personnel médical pendant 14 jours en moyenne ;
- quand la maladie se répand, elle le fait comme une « traînée de poudre », transmettant le virus d'un individu à un autre au travers des différentes interactions sociales effectuées chaque jour. Une personne infectée peut en contaminer 2 ou 3 autres (soit 2 fois plus que la grippe classique), ce qui explique l'allure des courbes épidémiologiques en forme d'exponentielle ;
- le développement de la maladie dans un pays se fait de façon pernicieuse puisque (i) le virus a un délai d'incubation pouvant aller jusqu'à 14 jours et (ii) les malades asymptomatiques semblent eux-aussi contagieux... donc à leur insu. De ce fait, le virus peut avancer masqué, et il y a un décalage entre le moment où une population attrape la maladie et le moment où la réalité de cette contagion se constate ;
- enfin, du point de vue sanitaire, le danger est redoublé par le fait que le personnel médical indispensable au bon fonctionnement des capacités hospitalières est lui-même exposé à la maladie et peut ainsi se retrouver en situation de ne plus être suffisant.

Les rares données disponibles permettent de calculer le « seuil critique », c'est-à-dire le nombre de malades par pays au-delà duquel les capacités seraient saturées et la mortalité exploserait :

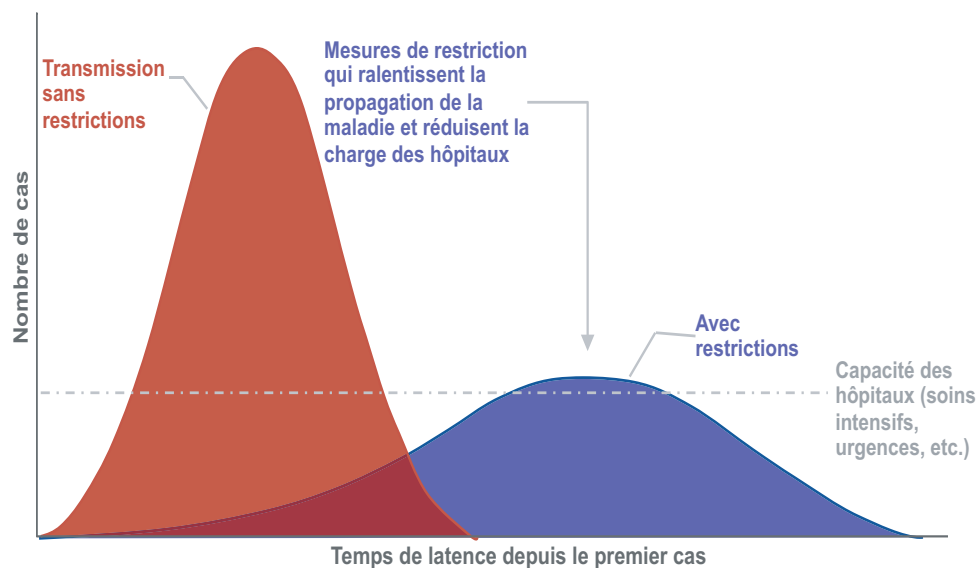
Figure 3 - Une capacité en lits de réanimation très faible dans les pays d'Afrique étudiés par rapport au reste du monde

	Nombre de lits de réanimation	Lits de réanimation (par 1.000 habitants)	Seuil critique
Afrique ⁹	7.671	0,02	40.374
Allemagne	28.000	6,02	147.368
États-Unis	45.000	2,44	236.842
France	7.000	3,09	36.842
Italie	7.500	2,62	39.474

Source : OCDE, Nations Unies, OMS, Ecoactu, Jeune Afrique, Monde Afrique

Ainsi, l'impératif pour les autorités est d'étaler la propagation de la maladie dans le temps de façon à ce que les 19% de malades nécessitant une assistance respiratoire ne dépassent jamais la capacité d'accueil en réanimation. Le graphique ci-dessus illustre bien cette équation.

Figure 4 - L'impératif de non-saturation des capacités sanitaires

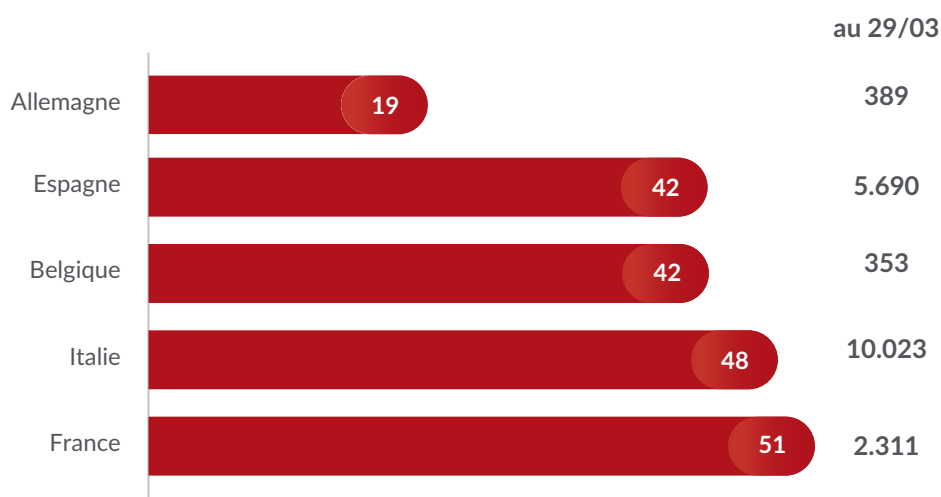


⁹ Estimation faite sur la base des pays suivants : Burkina Faso, Gabon, Mali, République Démocratique du Congo, Ouganda, Kenya, Sénégal, Algérie, Tunisie, Afrique du Sud et Maroc

Notre conviction est que la « dictature » du principe de précaution, combinée à la puissance des réseaux sociaux, ne donnera que peu d'alternatives aux gouvernements et les forcera, partout dans le monde, à prendre toujours plus de mesures de prudence, *a fortiori* dans un contexte de crise sanitaire comme celui-ci. L'exemple de Boris JOHNSON au Royaume-Uni est de ce point de vue emblématique : le Premier Ministre britannique a ainsi dû changer de stratégie et adopter lui-aussi le principe du confinement, devant la pression de son opinion publique...

Entre le désir de ne pas brider l'économie par un arrêt total de l'activité, et l'impératif de préserver les vies humaines, la plupart des gouvernements choisiront *in fine* de privilégier les vies humaines en imposant, plus ou moins rapidement selon les pays, un confinement aussi drastique que nécessaire.

Figure 5 – Nombre de jours entre le premier cas reporté à l'OMS et la mise en place du confinement total dans le pays



Source : OMS, Sciences et Avenir, Le Monde

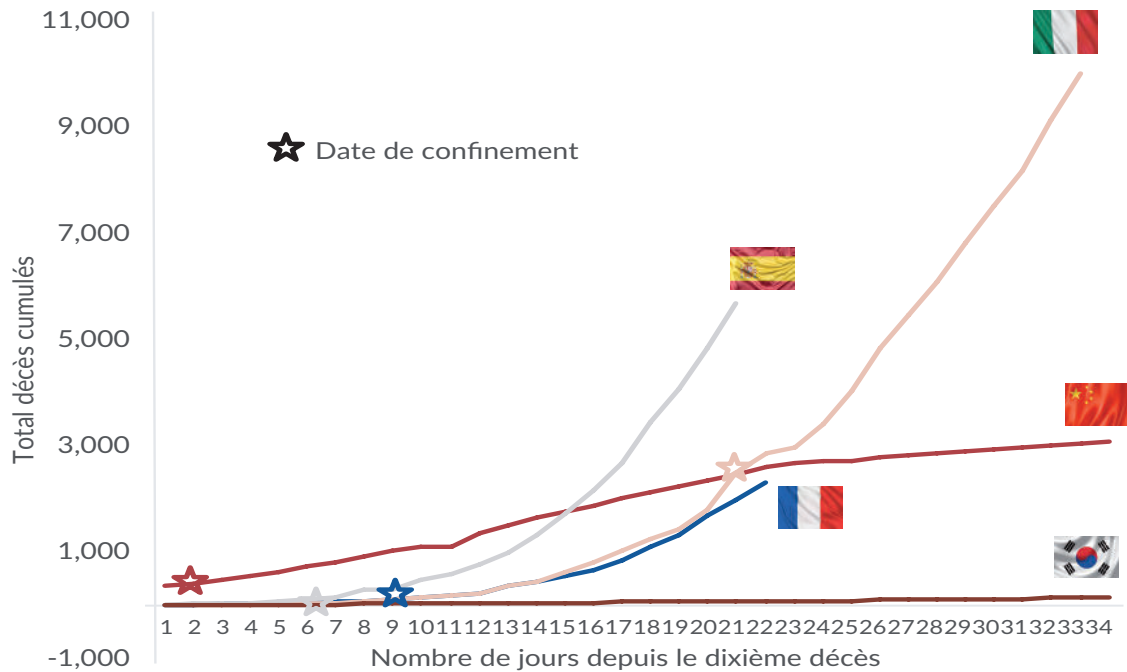
Si ce confinement est déjà à l'œuvre, dans de nombreux pays comme le Portugal, le Royaume-Uni ou la Suisse, il n'est que partiel¹⁰ et non total comme pour les pays du tableau ci-dessus.

Il est possible que le retard dans l'application de cette mesure forte conduite - comme en Europe, voire pire qu'en Europe - à un pic de mortalité. Car la forte contagiosité de la maladie, combinée à son délai d'incubation asymptomatique de 14 jours environ, lui permet de se propager dans l'ombre, avant que les premières mesures de confinement ne soient prises, et il est alors souvent trop tard : le nombre de malades est alors élevé et sature déjà les capacités hospitalières du pays, comme c'est le cas en Italie et, dans une moindre mesure pour le moment, en France.

La figure ci-dessous illustre bien l'importance de mettre en place des mesures fortes et rapide pour essayer de limiter les conséquences du Covid-19. On voit que les décisions drastiques prises par la Chine ainsi que la discipline dont a fait preuve la population chinoise ont permis de contenir le nombre de décès du pays. *A contrario*, la courbe de l'Italie confirme que le pays s'est laissé déborder.

¹⁰ Extrait de l'Article « Coronavirus : la carte des pays confinés », Huffington Post, 2020

Figure 6 – Stratégies de luttes différentes, conduisant à des résultats eux-aussi très différents en Italie, Chine, Espagne, France et Corée du Sud (décès cumulés à partir du 10^{ème} décès)



Source : OMS, Sciences et Avenir, Le Monde

Il est trop tôt pour dire où cette stratégie de confinement peut conduire, mais nous pouvons sans attendre relever le problème qu'elle pose : pour maintenir durablement le nombre de malades hospitalisés en dessous des capacités maximales du système de santé, il faut étaler la propagation du virus sur une durée très longue, au prix d'un confinement durable qui se traduirait par une crise économique elle aussi très longue. Tous les pays auront-ils les moyens de supporter ce choix politique ?

L'analyse des crises sanitaires passées montre que beaucoup de pays ont accepté, dans le passé, les conséquences mortelles des pandémies pour préserver leurs économies. En tout état de cause, FINACTU considère que la crise sanitaire, ainsi contenue, et même avec retard, se traduira par une mortalité faible, qu'il convient d'ailleurs de relativiser.

II.2.2 UNE CRISE SANITAIRE À RELATIVISER

Même s'il n'est évidemment pas question de minimiser les conséquences du Covid-19, et notamment l'importance des mesures de confinement, il nous semble important de prendre la mesure de la crise actuelle.

Un observateur innocent ne manquera pas en effet d'être étonné par l'écart entre la présence médiatique du Covid-19 et sa réalité létale limitée à ce jour à 29.957 morts au niveau mondial, et d'assumer quelques comparaisons qui permettent de remettre en perspective la crise actuelle :

- **La pollution ?** Il n'est pas inutile de rappeler que la pollution tue en moyenne chaque année 7 millions¹¹ de personnes dans le monde, soit 234 fois plus que le Covid-19 à ce jour. Par ailleurs, ce chiffre macabre ne prend pas en compte les dommages collatéraux de la pollution qui viennent allonger la liste des défunts. En effet, l'OMS a reconnu la pollution comme étant un « facteur majeur » des maladies non transmissibles à l'origine de 70% des décès dans le monde. Les estimations de l'organisation, pour les adultes, présentent la pollution comme la cause de 29% des morts par cancer du poumon, 43% des maladies pulmonaires chroniques obstructives (broncho-pneumopathies, asthme...), 24% des infarctus et 25% des accidents vasculaires cérébraux.
- **Les accidents de la route ?** Les analystes doivent garder à l'esprit que les accidents de la route tuent chaque année plus de 1,3 millions d'individus dans le monde¹². Rien qu'en Chine – pays particulièrement concerné aussi bien par les accidents de la route que par le Covid-19 – les accidents de la route représentent chaque année un total de près de 260.000 victimes, très loin des 3.306 victimes à ce jour du Covid-19.
- **Le paludisme ?** L'Occident oublie souvent que le paludisme est une maladie qui tue elle-aussi massivement chaque année : en 2018, l'OMS a ainsi recensé 405.000 morts de cette maladie¹³. Il n'est pas anodin de rappeler que 93 % des cas de paludisme et 94 % des décès imputables à cette maladie se sont produits en Afrique subsaharienne. Là aussi, nous sommes encore très loin de la mortalité constatée pour le Covid-19.
- **La grippe saisonnière¹⁴ ?** La grippe saisonnière, qui sévit annuellement, engendre chaque année environ 650.000 décès dans le monde, là où le Covid-19 ne compte encore que 29.957 décès cumulés depuis janvier 2020.
- **Les ancêtres du Covid-19 ?** N'oublions pas (cf. tableau ci-après) que le Covid-19 s'inscrit dans une lignée déjà connue et qui s'est déjà exprimée dans le monde : grippe espagnole de 1918-1919 (une forme de H1N1), H1N1 de 2009, etc.

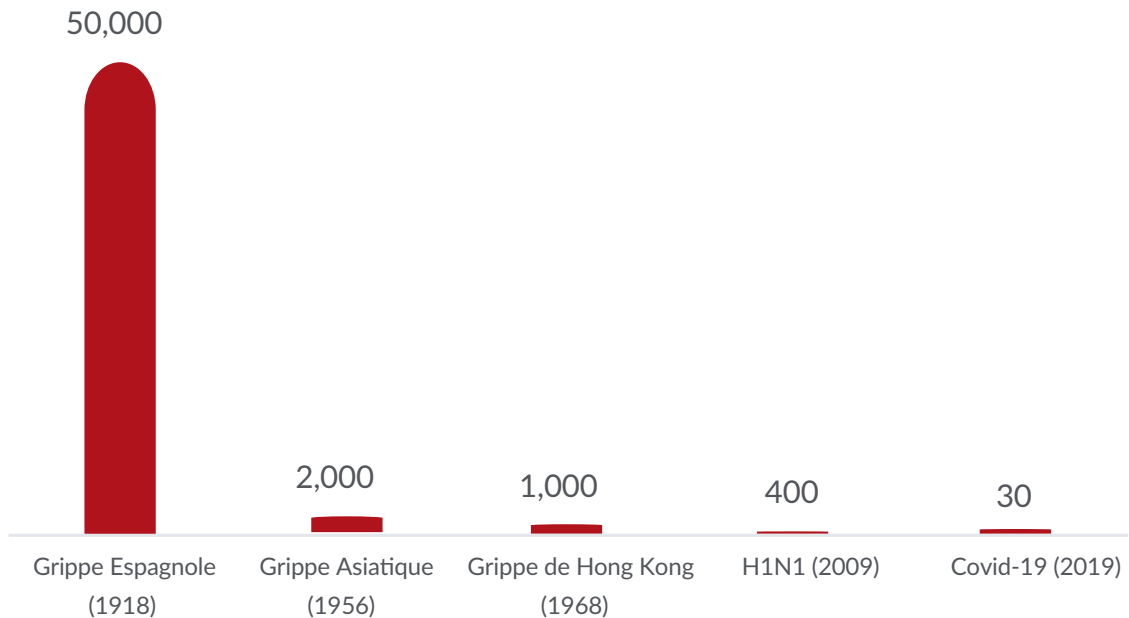
11 Extrait du communiqué de presse « millions de décès prématurés sont liés à la pollution de l'air chaque année », OMS, 2014

12 Global status report on road safety 2018, OMS (téléchargeable ici : <https://www.who.int/publications-detail/global-status-report-on-road-safety-2018>)

13 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malaria>

14 Extrait du communiqué de presse « Jusqu'à 650 000 décès par an sont dus à la grippe saisonnière », OMS, 2017

Figure 7 – Le Covid-19, une pandémie moins lourde que ses prédécesseurs ? (nombre de décès en milliers de personnes)



Source : OMS

Le H1N1 mérite d'ailleurs une attention particulière (cf. encadré).

H1N1 : une expérience (trop) vite oubliée

En 2009, le monde a fait face au H1N1, un virus de la même famille que le Covid-19, qui ne se transmettait que par voie aérienne (toux et éternuement), et non par contact. Le traitement en était symptomatique, analogue à ce qui est pratiqué face aux autres syndromes grippaux et essentiellement à base de paracétamol.

Cependant, dans 2% à 3% des cas (contre 19% pour le Covid-19), les malades ont développé une forme grave, nécessitant une hospitalisation.

La grippe H1N1 se propagea comme une traînée de poudre et contamina en une année entre 700 millions et 1,4 milliards de personnes dans le monde. Elle fit entre 150.000 et 600.000 de morts selon les différents décomptes.

Il restera aux experts à expliquer la différence de traitement médiatique et politique entre le Covid-19 aujourd'hui et le H1N1 il y a seulement 10 ans...

Le monde va sans doute devoir apprendre à vivre avec ces virus de plus en plus fréquents. Ainsi se confirme le paradoxe de notre modernité : alors même que le principe de précaution se généralise, et nous fait accepter de moins de moins de risques, nous en fabriquons de plus en plus, car la globalisation donne au phénomène naturel des mutations virales un écho mondial.

II.2.3 AU-DELÀ DE LA CRISE SANITAIRE, UNE CRISE ÉCONOMIQUE

Le paradoxe de cette crise est qu'elle commence par une pandémie, puis devrait éviter de se transformer en véritable crise sanitaire presque partout grâce aux réactions politiques très fermes des gouvernements, mais va certainement se transformer en une crise économique sans précédent.

Le mécanisme de cet enchaînement diabolique peut être décrit ainsi.

À court terme, le confinement des consommateurs implique *un choc massif de la demande* (quel consommateur en confinement envisagerait d'acheter une nouvelle voiture ou de changer son canapé ?), d'abord parce que les gens ne peuvent plus sortir, ensuite parce qu'ils ont conscience qu'ils auront des pertes massives de pouvoir d'achat et s'y préparent en stoppant net les dépenses non indispensables. De son côté, le confinement des entreprises impose *un choc de l'offre* : un peu partout, les usines ferment, les magasins aussi. Ce double choc de l'offre et de la demande met en berne tous les grands indicateurs macroéconomiques : baisse massive de la consommation, chute de l'investissement... C'est le multiplicateur keynésien qui fonctionne à plein régime, mais... à l'envers !

La Chine offre un poste avancé de cette crise. Un regard rapide sur ses indices de productions industrielle et manufacturière montre que sur l'espace d'un mois seulement, en termes de variation d'une période à l'autre, la production manufacturière a fondu de près de 20% et la production industrielle s'est écroulée.

À moyen terme, d'ici quelques semaines, cette crise va entraîner une mortalité élevée parmi les entreprises, avec une sélection naturelle qui va s'accélérer en plusieurs vagues. La première vague de faillites va toucher les entreprises directement frappées par la crise : transport aérien, événementiel, restaurant, hôtellerie, cinéma, etc. Dans un second temps, les sous-traitants de ces entreprises seront touchés à leur tour. Car pendant que la crise met l'activité en suspension, n'oublions pas que le compteur des intérêts financiers des dettes continue de tourner : et même si les taux d'intérêt sont faibles, les encours de dettes avant la crise étaient à un tel niveau exceptionnel que cela fonctionnera comme un piège mortel. Par ailleurs, les frais généraux continuent eux-aussi de s'accumuler... Ce moyen terme est prévu pour durer, car le confinement ne fonctionne que s'il est prolongé aussi longtemps que nécessaire pour atteindre une immunité collective, ce qui peut prendre plusieurs mois. *A contrario*, il est possible que certains pays relâchent la pression du confinement pour laisser l'économie respirer, et acceptent ainsi un peu plus de crise sanitaire pour avoir un peu moins de crise économique.

Et à long terme, après la crise sanitaire ?

Bien sûr, la reprise sera là, mais de nombreux facteurs la rendront poussive, car la crise va laisser sur le carreau de nombreuses personnes, qui souffriront durablement : le niveau de consommation post-crise sera très certainement en deçà de son niveau d'avant crise.

La suite de cette Bérézina économique va dépendre, pays par pays, des mesures de soutien mises en œuvre, qui dépendent à la fois des capacités financières des États et des moyens opérationnels dont ils disposent. Un rapide tour d’horizon des plans envisagés à ce jour conduit au tableau suivant :

Figure 8 – Des mesures fortes pour amortir les effets indésirables du Covid-19 (montants en milliards d’euros)

	PIB ¹⁵	POP (Millions)	COVID 19 ¹⁶	Mesure ¹⁷
France	2.250	65	Cas : 37.145 Décès : 2.311	<ul style="list-style-type: none"> • €45 milliards d’allègement fiscal • €300 milliards de prêts • Prêt à nationaliser les grands groupes
Espagne	1.196	46	Cas : 72.248 Décès : 5.690	<ul style="list-style-type: none"> • €100 milliards de prêts et garanties pour les entreprises nécessitant de la trésorerie
Royaume-Uni ¹⁸	2.366	67	Cas : 17.093 Décès : 1.019	<ul style="list-style-type: none"> • €364 milliards de prêts garantis • €22 milliards d’injection dans l’économie à travers diverses mesures d’aide
États-Unis ¹⁹	16.127	331	Cas : 103.321 Décès : 1.668	<ul style="list-style-type: none"> • €724 milliards pour soutenir les entreprises et les travailleurs
Eurozone	13.310	342	Cas : 295.937 Décès : 19.690	<ul style="list-style-type: none"> • €750 milliards de rachat d’actifs²⁰

Source : Financial Times, OMS et Banque Mondiale

15 Données IMF, 2019

16 Données au 29 mars 2020 extraites du «Situation Report 69», OMS 2020

17 « France, Spain and UK unleash rescue packages to help companies », Financial Times, 2020

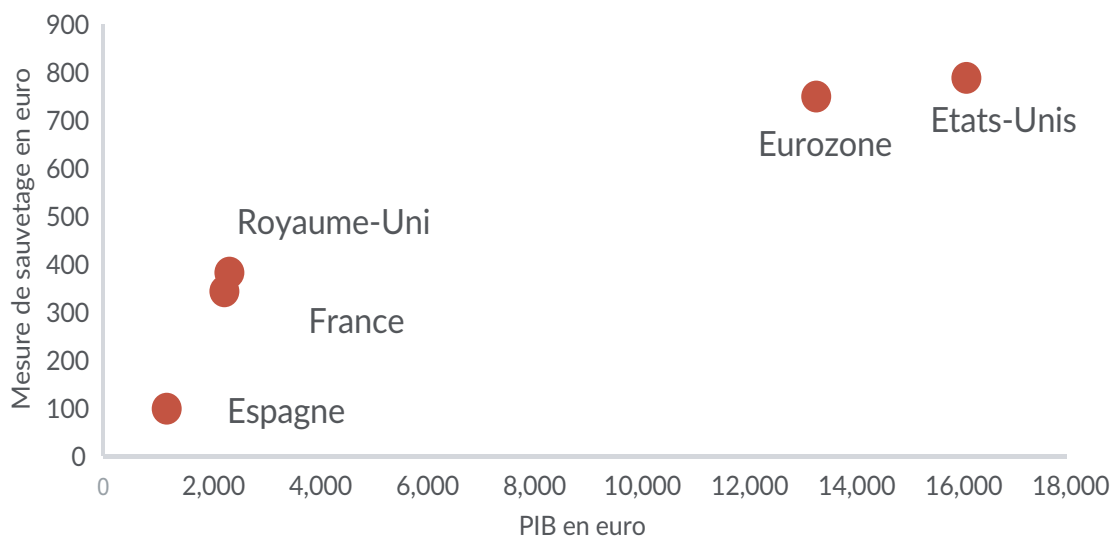
18 Taux de change au 31/12/2019 pour le PIB (£1 = €1,17051) et taux de change au 27 mars 2020 pour les montants des mesures (£1 = €1,10414)

19 Taux de change au 31/12/2019 pour le PIB (\$1 = €0,89267) et taux de change au 27 mars 2020 pour les montants des mesures (\$1 = €0,90514)

20 Extrait de l’Article « ECB to launch €750bn bond-buying programme », FT, 2020

Si l'ensemble de ces mesures « généreuses » peut impressionner, il ne faut pas oublier qu'elles s'appuient sur les contributeurs qui passeront de bénéficiaires à payeurs...

Figure 9 – Des mesures de sauvetage nécessaires et adaptées selon les spécificités des pays (en milliards d'euros)



Source : OMS et Banque Mondiale

III. L'AFRIQUE FACE AU CORONAVIRUS : MOINS DE MORTS, MAIS PLUS DE CHÔMEURS ?

Quelle sera l'allure de la pandémie sur le continent africain ? Notre continent va-t-il manifester son originalité dans la lutte contre ce fléau ? Saura-t-il profiter du fait qu'il a été épargné pendant quelques semaines, délai précieux pour apprendre du malheur des autres pays ?

Comme nous l'avons mis en évidence ci-dessus, la particularité du Covid-19 est que 19% environ des malades nécessitent une assistance respiratoire pour être sauvés. L'intensité de la pandémie en Afrique dépend donc de deux questions : (i) le continent parviendra-t-il à contenir la propagation du virus dans la population ? et (ii) quelle est la capacité du continent à offrir en masse cette assistance respiratoire à ses populations ?

III.1 L'AFRIQUE PARVIENDRA-T-ELLE À CONTENIR LA PANDÉMIE ?

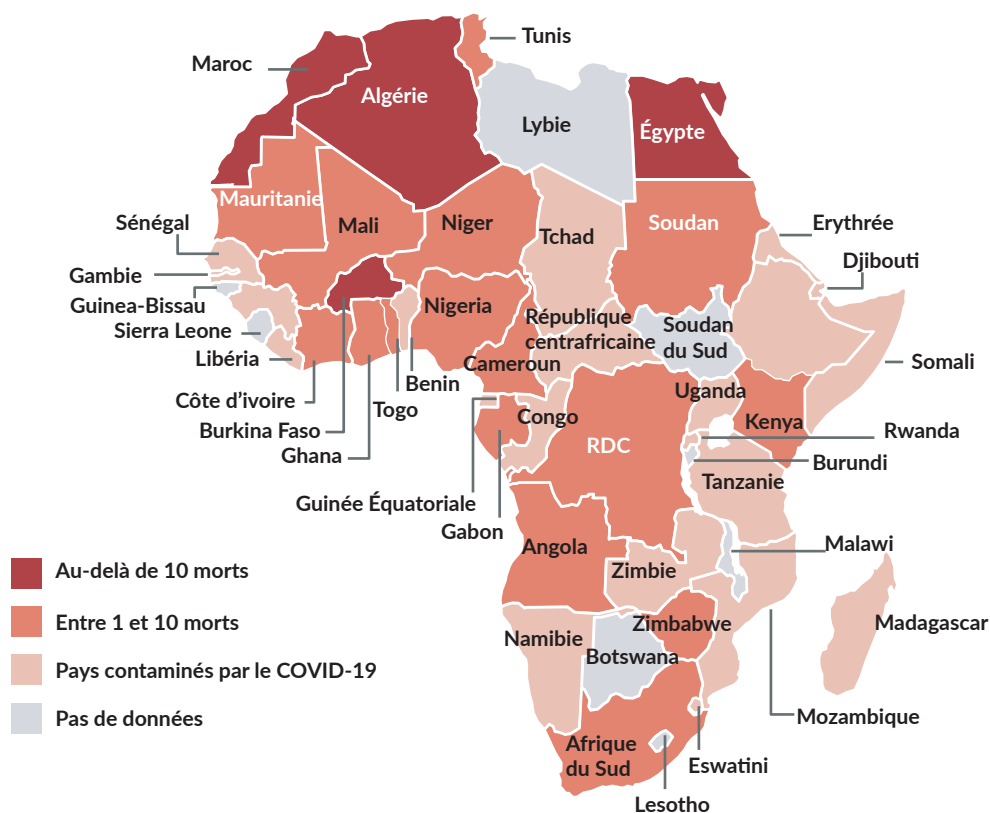
Comme nous l'avons dit plus haut, le Covid-19 a la particularité d'avancer « masqué », en se diffusant dans la population sous une forme asymptomatique, avant de se révéler au grand jour. Cette particularité crée un décalage entre la réalité de la contagion et sa perception par les autorités, et donc l'annonce des mesures prophylactiques.

III.1.1 LES DIFFÉRENTES PHASES DE LA PROPAGATION DU VIRUS

Une dynamique complexe se manifeste ainsi dans tous les pays, avec plusieurs phases :

- **Phase 1** : l'arrivée du virus est la première phase de contagion silencieuse. Dans un premier temps, la maladie rentre dans le pays et y développe un ou plusieurs centres de contagion (« cluster »), sans aucune résistance des populations ou des autorités. On notera que tous les pays du continent sont d'ores et déjà entrés dans cette phase, puisqu'aucun ne semble épargné à ce jour ;

Figure 10 – Le Covid-19 se propage en Afrique progressivement²¹



Source : OMS

- Phase 2 : première réaction des autorités.** Dans un second temps, les autorités réagissent, avec une palette de mesures allant de la fermeture plus ou moins complète des frontières jusqu'au confinement des populations en passant par des mesures partielles comme l'interdiction des regroupements, l'annulation des événements populaires, etc. Évidemment, les questions clés sont celles (i) du délai entre l'entrée de la maladie dans un pays et la prise de ces décisions, et (ii) celle de l'intensité de cette réaction. Chaque pays a ses spécificités, ses modes de vie plus ou moins favorables à la contamination rapide des populations (cf. ci-après pour une analyse sur ces aspects en Afrique).
- Phase 3 : début de crise économique et résistance au confinement.** Nous anticipons une résistance rapide et forte au confinement en Afrique, où les populations ne peuvent se « payer le luxe » d'une inactivité, compte tenu de l'absence de filet sociaux et de l'incapacité pour les gouvernements d'assurer le soutien financier des populations. Un hiatus de plus en plus fort devrait ainsi se manifester entre des dirigeants privilégiant la lutte contre la crise sanitaire et des populations privilégiant la lutte contre la crise économique.

21 Données au 22 mars 2020, <http://covid-19-africa.sen.ovh>

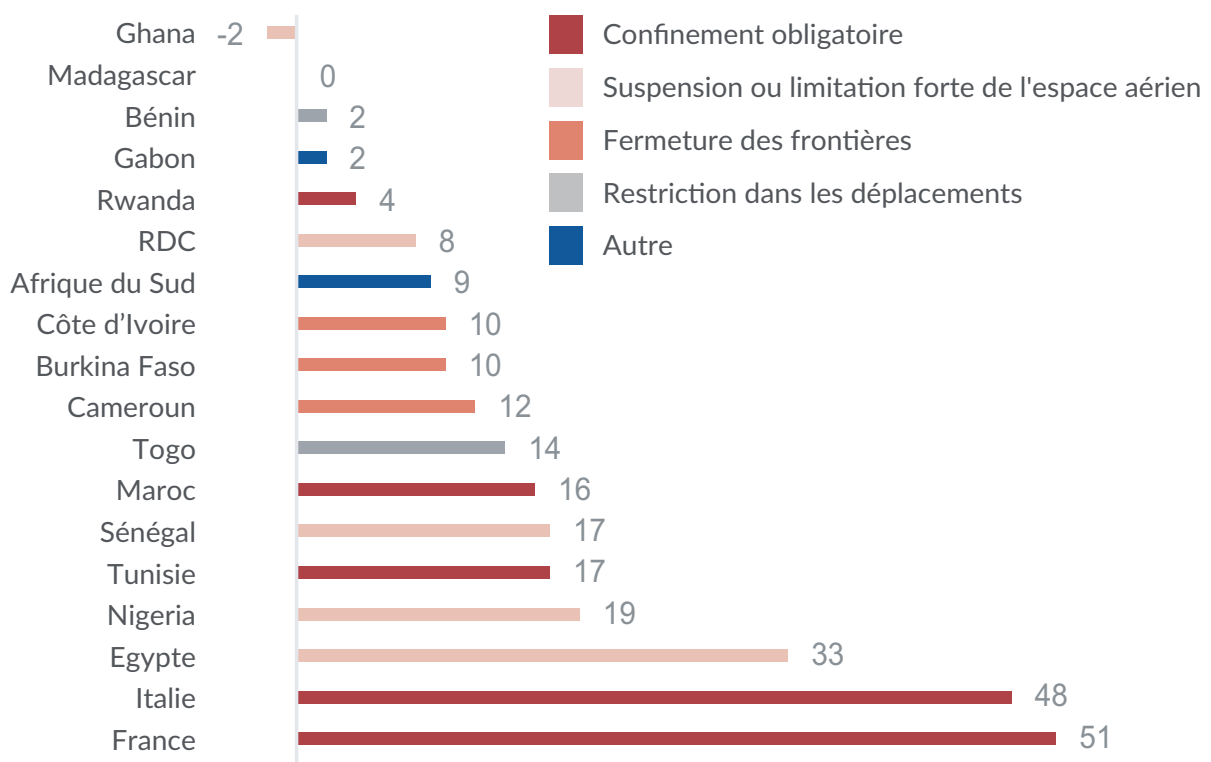
Dans les prochaines semaines, chaque pays trouvera son équilibre entre la dureté de ses mesures prophylactiques et le rythme plus ou moins contenu de la propagation de la maladie.

Au-delà de cet immense facteur pessimiste que sera la résistance aux confinements de la part des populations, plusieurs facteurs d'optimisme existent cependant concernant la propagation du virus sur le continent.

III.1.2 L'AFRIQUE PROFITERA DE SON EXPÉRIENCE HISTORIQUE DE LUTTE CONTRE LES PANDÉMIES

Incontestablement, les autorités africaines ont fait preuve d'une réactivité remarquable face à la crise sanitaire. Le graphique ci-après détaille le délai de réaction et la nature de la réaction pour les pays qui ont mis en place des mesures depuis qu'ils ont déclaré leur premier cas.

Figure 11 – Nombre de jours entre le premier cas reporté de Covid-19 par l'OMS et la dernière mesure mise en place par le pays

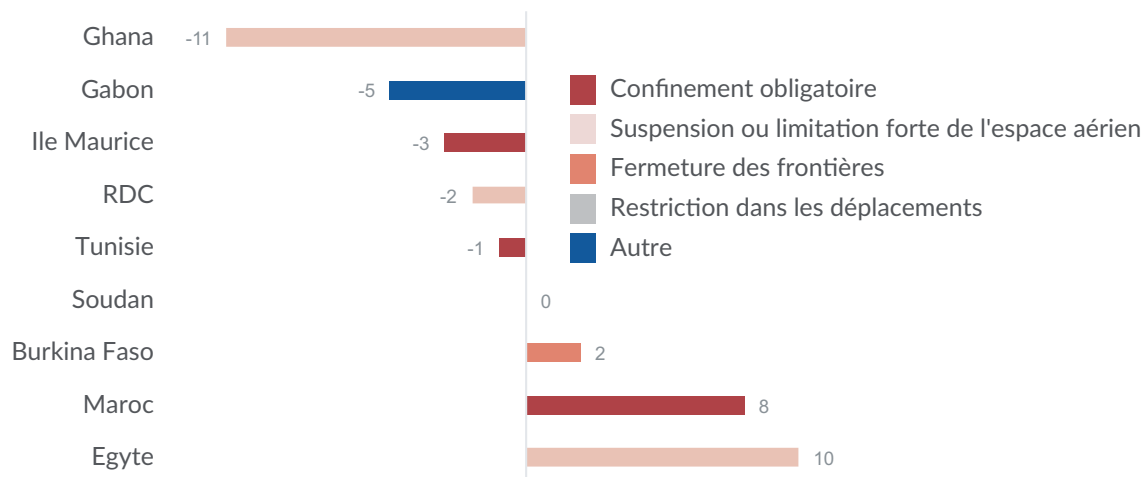


Source : OMS, France 24, BBC, Bloomberg, Le Monde, Investir au Cameroun²², Xinhua News Agency²³ et Gouvernement de la République du Bénin

²² www.investiraucameroun.com

²³ <http://french.xinhuanet.com/>

Figure 12 – Nombre de jours entre le premier décès reporté à l’OMS et la dernière mesure de sauvetage mise en place par le pays



L’Algérie, qui détient le triste record des décès au 30 mars avec 31 morts, se distingue des pays africains en étant l’un des derniers à avoir mis en place un confinement pour contenir la propagation du virus.

Ainsi,

- Le Maroc a été à la fois l’un des plus rapides et des plus énergiques dans sa réaction, imposant la suspension quasi-systématique des vols aériens et un confinement obligatoire de la population dès le 16^{ème} jour, donc trois fois plus rapidement que l’Italie ou la France.
- L’Afrique du Sud a déclaré l’état d’urgence dès le palier du 61^{ème} cas franchi²⁴.
- Le Ghana a imposé l’interdiction des rassemblements (conférences, funérailles, événements politiques, messes, ...) pour 4 semaines dès le 16 mars²⁵ alors qu’à cette date le pays ne comptait que 6 cas²⁶. Le 12 mars²⁷, le pays avait déjà interdit à toutes les personnalités officielles de voyager à l’étranger et avait annoncé un plan de \$100 millions pour aider le pays à faire face à la pandémie (équipement, préparation d’infrastructure et sensibilisation du public).
- Au Kenya, la réaction du gouvernement a été encore plus rapide. Alors que le premier cas a été dépisté le 13 mars 2020, les autorités ont demandé le traçage des 27 personnes qui ont été en contact avec le contaminé deux jours plus tard, puis ont annoncé le jour même, avec effet immédiat, la fermeture de toutes les écoles, la généralisation du télétravail et l’interdiction de tous les vols en provenance ou à direction des pays contaminés²⁸.

24 Extrait de l’article « South Africa Declares Disaster as Coronavirus Cases Increase », Bloomberg, 2020

25 Extrait de l’article « Coronavirus - Virus: Ghana schools closed, religious, sports activities chop ban to fight Covid-19 disease », BBC, 2020

26 Extrait des « Situation Reports », OMS, 2020

27 Extrait de « Deux premiers cas de Covid-19 au Ghana », Le Monde, 2020

28 Seuls les citoyens du pays ou ceux avec des titres de séjours sont autorisés à se rapatrier. Extrait de l’article « Schools closed as Kenya, Ethiopia confirm more coronavirus cases », The Observer, 2020

- Au Bénin, seulement 2 jours après le premier cas de Covid-19, le gouvernement a publié une liste de 11 mesures allant de la limitation des frontières et la restriction de délivrance de visa à la suspension de toutes manifestations non essentielles. Le gouvernement a aussi mis en place des normes d'hygiène fortes (port de masque obligatoire pour les chauffeurs des transports en commun) et mis à disposition des pharmacies et supermarchés des stocks de masques de protection dont les prix seront encadrés.
- En Afrique subsaharienne, le Rwanda a été encore plus rapide en décrétant un confinement obligatoire 4 jours uniquement après avoir diagnostiqué le 1^{er} cas.
- Dans cette même lignée de mesures préventives fortes, Madagascar qui compte actuellement zéro mort selon l'OMS a tout de même suspendu toutes les liaisons aériennes avec le monde.

La réactivité des pays africains a ainsi permis de contenir la propagation du Covid-19 à moins de 5.000 cas détectés (dont 157 morts) au 30 mars 2020, soit un mois après le premier cas détecté. À titre de comparaison²⁹, sur la même période, l'Iran avait enregistré 35.408 cas détectés (dont 2.517 décès) et l'Italie battait tous les records avec 92.472 cas détectés (dont 10.023 morts).

D'où viennent ces bons réflexes ?

Il est important de rappeler que le Covid-19 n'est pas la première maladie contagieuse que nos pays africains ont à traiter, et l'expérience acquise dans la gestion des épidémies (EBOLA, Malaria, Peste, Fièvre jaune, etc.) crée une sorte d'« immunité comportementale » en Afrique. À titre de rappel, entre 2014 et 2016, l'Afrique de l'Ouest connaissait sa pire « vague » d'Ebola³⁰ qui tuera 63% des personnes infectées³¹. Ce taux de mortalité est 63 fois supérieur au Covid-19 à date...

Par exemple le Ghana, face à l'éventualité d'une épidémie, s'appuie sur un dispositif de prévention qui a fait ses preuves avec l'épidémie d'Ebola il y a sept ans. Dans les aéroports du pays sont utilisés des scanners thermiques afin de relever la température des voyageurs arrivant³². Les voyageurs sont aussi invités à remplir une fiche et de lister les pays qu'ils ont visités les quatorze jours précédant leur arrivée dans le pays. À la moindre suspicion la personne est inspectée.

Toutefois, face à ces points encourageants certains facteurs peuvent inquiéter :

- l'absence de système de protection sociale est à l'origine d'une forte solidarité inter générationnelle : les personnes âgées vivent avec leurs descendants, ces derniers les exposent involontairement au virus ;
- les infrastructures, la popularité des marchés à ciel ouvert, la forte densité des grandes villes et le dynamisme des villes/villages sont propices à la propagation du virus ;
- la part du secteur informel dans les économies du continent, le taux élevé de chômage, la précarité et la pauvreté justifient la nécessité de se déplacer tous les jours et donc augmente la vitesse de propagation du virus.

²⁹ Données OMS

³⁰ Extrait de l'article « Nigeria's hard-earned lesson for quashing Ebola », FT, 2014

³¹ Extrait de l'article « Why Ebola cannot be tamed in Congo », FT, 2020

³² Extrait de l'article « Le Ghana applique sa méthode anti-Ebola au coronavirus », DW, 2020

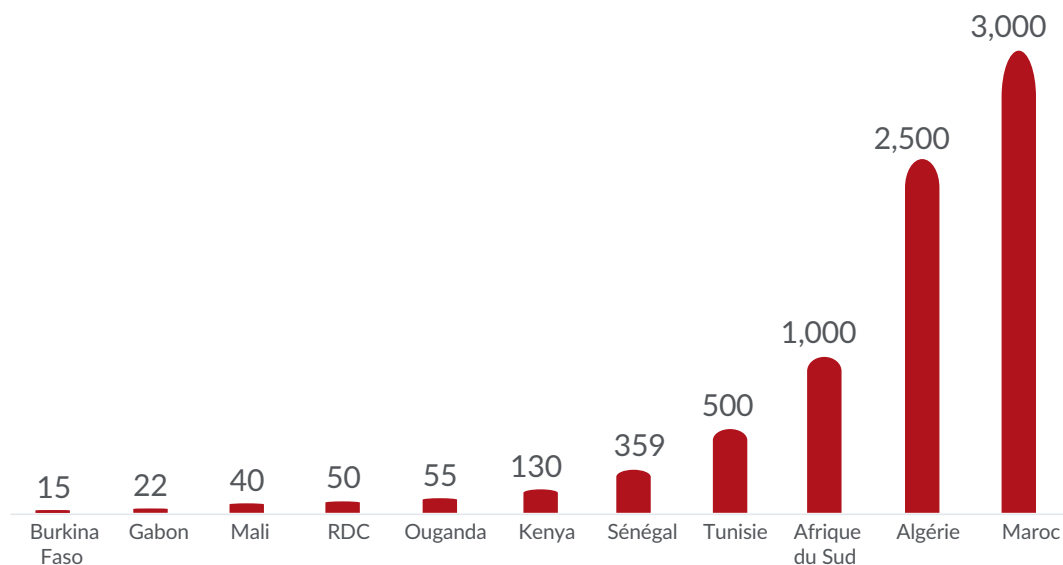
III.2 AU PLAN SANITAIRE, LA LIMITE DES CAPACITÉS D'ACCUEIL EN RÉANIMATION DOIT DICTER LA SÉVÉRITÉ DES MESURES PROPHYLACTIQUES

Dans la dynamique morbide décrite ci-dessus, l'élément principal est la capacité de chaque pays à offrir à sa population malade une capacité d'accueil en réanimation proportionnelle à l'intensité de la propagation de la maladie. Le raisonnement que chaque pays doit se poser est donc simple :

« Sachant que je dispose de « X » lits de réanimation, et sachant que 19% des malades exigeront une assistance respiratoire, le nombre total de malades dans le pays ne doit pas dépasser « X / 19% » ».

Par contre, les défaillances du système d'assurance maladie et de protection sociale, créent d'autres soucis mieux pris en charge dans les pays développés, dont les effets risquent d'être dramatiques en Afrique :

Figure 13 – Une grande disparité en termes de lits de réanimation entre les pays africains analysés



Source : Ecoactu, Jeune Afrique, Monde Afrique, Algérie Éco, Seneweb.com

L'analyse des seuils critiques au regard de la population totale se présente comme suit (le terme « seuil critique » désigne ici le nombre maximal de personnes atteintes de Covid-19 dans chaque pays pour ne pas saturer le nombre de lits de réanimation, en considérant que 19% des personnes atteintes nécessitent une réanimation. Ce nombre désigne les personnes atteintes en même temps) :

Figure 14 – Des seuils critiques extrêmement faibles et alarmants

	Lits en REA	Seuil critique	Population	Seuil par 100.000 habitants	Nombre de décès ³³
Burkina Faso	15	79	19.751.535	0,4	12
Gabon	22	116	2.119.275	5,5	1
Mali	40	211	19.077.690	1,1	1
RDC	50	263	84.068.091	0,3	8
Ouganda	55	289	42.723.139	0,7	0
Kenya	130	684	51.393.010	1,3	1
Sénégal	359	1.889	15.854.360	11,9	0
Tunisie	500	2.632	11.565.204	22,8	5
Afrique du sud	1.000	5.263	57.779.622	9,1	1
Algérie	2.500	13.158	42.228.429	31,2	31
Maroc	3.000	15.789	36.029.138	43,8	27

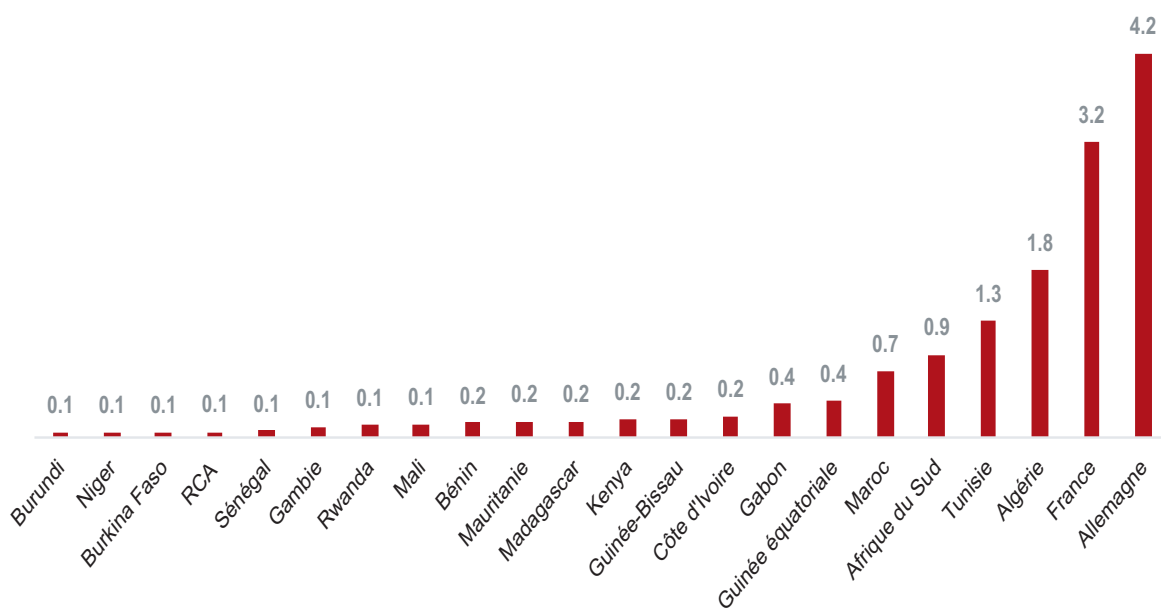
Source : Banque Mondiale, Ecoactu, Jeune Afrique, Monde Afrique

³³ Extrait des données de NCoVAfrica <http://covid-19-africa.sen.ovh/index.php?isnc=2>

Au-delà du manque de lits en réanimation, le système sanitaire africain présente des faiblesses susceptibles d'aggraver la crise Covid-19 :

- **manque d'infrastructures³⁴** : non seulement l'Afrique a des dépenses de santé très inférieures à la moyenne mondiale³⁵, mais la part des infrastructures dans ces dépenses est 5 fois plus faibles³⁶. Ce constat explique la faiblesse du nombre de lits de réanimation détaillée supra ;
- **faible nombre de professionnels de la santé³⁷** : l'Afrique se caractérise par un manque cruel de médecins, et plus généralement de professionnels de santé, que dénonce régulièrement l'OMS. Globalement, l'Afrique compte un médecin pour 5.000 habitants, soit 5 fois moins que la moyenne mondiale. À l'échelle du continent, l'Afrique totalise 24% des malades dans le monde mais ne bénéficie que de 1% des ressources financières mondiales et seulement 3% des professionnels de santé. Cette situation de crise structurelle est une conséquence de la migration des populations médicales vers l'Occident : à compétences égales, un chirurgien gagnera \$216.000 par an aux États-Unis, \$24.000 en Zambie et \$6.000 au Kenya... ;

Figure 15 – Disparités importantes du nombre de médecins par 1.000 habitants pour les pays d'Afrique



Source : Banque Mondiale³⁸

34 Extrait de l'article « État de la santé Région africaine de l'OMS », Organisation Mondiale de la Santé, 2018

35 Alors que la moyenne mondiale des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB s'établit à 10%, le continent africain n'y consacre que 6% de son PIB

36 7% des dépenses de santé est consacré aux infrastructures en Afrique, contre 35% en moyenne dans le monde

37 Extrait de l'article « Médecine : la fuite des cerveaux », Afrique Renouveau, 2016

38 Extrait des données de la Banque Mondiale <https://www.banquemondiale.org/>

- **exploitation inefficace des systèmes de santé** : indépendamment du manque d'infrastructure, la performance du système de santé dépend fortement de l'utilisation qui en est faite. Selon l'OMS, alors qu'une exploitation optimale du système de santé, de son personnel, de ses institutions et de ses ressources permettrait de garantir un état de santé durable, le système du continent africain n'est exploité qu'à hauteur de 49%³⁹ de ses capacités, un taux qui reste faible par rapport à des pays 39 comme la France, l'Espagne, l'Italie ou la Belgique qui font état d'une performance de plus de 90%⁴⁰ ;
- **faible accessibilité aux médicaments** : selon l'OMS, 433 médicaments et vaccins jugés essentiels ne sont pas disponibles pour plus de 30%⁴¹ de la population du continent. Pourtant, cette situation n'est pas la résultante des impératifs commerciaux ou financiers (sur les 433 médicaments et vaccins, une majorité est générique dont le brevet a été totalement amorti ou pour lesquels les multinationales y ont renoncé pour les pays les plus pauvres) mais à des problématiques de distribution spécifiques d'un pays à l'autre (spéculation, pénurie, etc.) ;
- **faiblesse des ressources du service d'aide médicale urgente** : en 2006, l'association « Coopération Internationale pour la Médecine d'Urgence et les Vigilances Sanitaires en Afrique » (CIMUvisa) a mis en avant une faiblesse des ressources en médecins, anesthésistes et réanimateurs en Afrique Subsaharienne estimés à 0,12⁴² pour 100.000 habitants, ce niveau est plus de 10 fois supérieur au Maghreb (1,5 par 100.000 habitants) et 100 fois supérieur selon les standards internationaux (entre 12 et 15 par 100.000 habitants pour l'Europe et les États-Unis) ;
- **accès limité aux solutions hygiéniques de prévention** : selon l'UNICEF⁴³, l'accès aux solutions de base pour la prévention des infections (celles relatives au Covid 19 notamment) reste limité en Afrique. En effet, 67% de la population africaine installée dans les villes n'a pas accès à l'eau et au savon pour pouvoir se laver les mains. Or, l'une des mesures préventives par excellence pour limiter la propagation du virus et éviter tout type d'infection est de se laver les mains fréquemment pendant 20 à 30 secondes.

39 Extrait de l'article « État de la santé Région africaine de l'OMS », Organisation Mondiale de la Santé, 2018

40 Extrait des données de l'OMS, 2000

41 Extrait de l'article « L'Afrique confrontée à des défis sanitaires majeurs », Les échos, 2018

42 Extrait de la publication « Les transports sanitaires, principales contraintes et conséquences pratiques », CIMUvisa, 2008

43 Extrait de l'article « Coronavirus : « Mortalité possible de 10 % et infection effrayante des soignants » en Afrique », Le Monde Afrique, 2019

III.3 D'UNE CRISE SANITAIRE À UNE CRISE ÉCONOMIQUE SANS PRÉCÉDENT : QUELLES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES POUR L'AFRIQUE ?

La rapidité avec laquelle la plupart des autorités politiques du continent ont réagi face au Covid-19 en stoppant les facteurs de contagion pourrait bien permettre à l'Afrique d'éviter une crise sanitaire dramatique ; mais il faut alors anticiper une crise économique sans précédent...

En premier lieu, l'Afrique sera victime des mécanismes qui frappent le monde entier et que nous avons décrits dans la première partie de cette étude, avec un choc massif sur la demande et sur l'offre à court terme, puis une vague de faillites en chaîne, débouchant *in fine* sur une reprise atone et une longue période de croissance molle.

La faiblesse des marchés de capitaux sur le continent atténuera en partie l'effet domino que vont connaître les économies occidentales, où la chute sans précédent des bourses va fragiliser très profondément les bilans des institutions financières, mais cette consolation est d'une faible portée

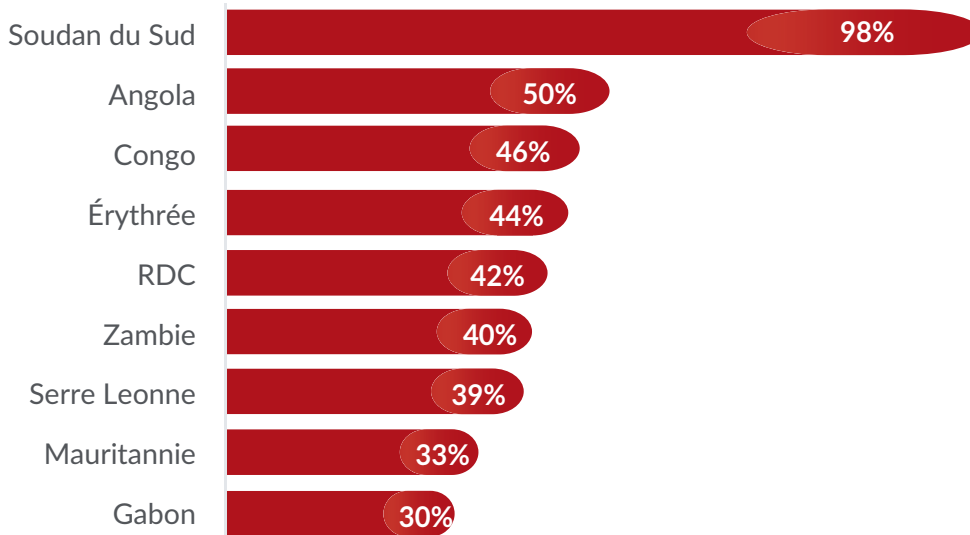
III.3.1 LES FACTEURS ÉCONOMIQUES AGGRAVANTS

Car face à la mécanique infernale mondiale enchaînant crise sanitaire et crise économique vont s'ajouter - hélas ! - divers facteurs aggravants propres aux économies africaines.

- **Poids des matières premières.** La pandémie du Covid-19 est à l'origine d'une chute historique des cours du pétrole, divisés⁴⁴ par 3 depuis décembre 2019 passant de \$63 à environ \$22. Les pays africains exportateurs de pétrole subissent ainsi une double peine (diminution des exportations de pétrole en volume et en valeur), alors même que certains d'entre eux (comme la Guinée Équatoriale) n'enregistrent - officiellement... - aucun cas d'infection à date.
- **Fragilité des pays dépendants de la Chine.** En plus de l'impact sur les cours du pétrole, le ralentissement de l'économie chinoise (et donc de ses importations) impacte sévèrement les économies africaines ayant développé des liens de partenariats avec la Chine et dont les exportations (vers la Chine) représentent en moyenne 47% des échanges internationaux :

44 Extrait de l'article « Covid-19 : « L'Afrique s'approche dangereusement de la ligne rouge », Le Point Afrique, 2020

Figure 16 – Des pays africains fortement dépendants de la Chine (moyenne 2014-2018)



Source : OCDE

- Absence de plan de soutien.** Les budgets étatiques contraints et le poids de l'informel dans la majorité des pays d'Afrique empêchent ou rendent difficile la mise en œuvre de plan de soutien, social ou économique, que ce soit en termes financiers ou en termes d'identification des entreprises et micro-entrepreneurs. Les conséquences sur le maintien du pouvoir d'achat des ménages, et sur la capacité des entreprises à être prêtes lors de la reprise, sans oublier l'impact sur les stratégies et efforts de lutte contre la pauvreté et lutte contre la mortalité, restent difficiles à évaluer et appréhender.

Le Maroc est le premier pays du continent à avoir mis en œuvre une batterie de mesures sociales et économiques fortes accompagnant le confinement obligatoire imposé depuis le 20 mars 2020 (cf. encadré). Depuis, d'autres pays, comme la Tunisie, l'ont rejoint.

Le courageux plan de soutien du Maroc face au Covid-19

Les mesures économiques, sociales et fiscales prises par le Maroc en date du 20 mars 2020 se présentent comme suit :

1 en faveur des salariés :

- octroi d'une indemnité mensuelle de MAD 2.000 nette (€190) par mois pour les salariés déclarés à la CNSS en février 2020 (avec maintien des allocations familiales);
- maintien de l'assurance maladie obligatoire (AMO) en faveur des salariés déclarés ;
- report des échéances des crédits bancaires immobiliers et à la consommation jusqu'à fin juin 2020 pour les personnes ayant souffert une baisse de leur revenu pendant cette période.

2 en faveur des PME et TPME :

- octroi de la possibilité de report des échéances des crédits bancaires (et de leasing) jusqu'à fin juin 2020 ;
- attribution de lignes de financement supplémentaires pour les sociétés rencontrant des problèmes de trésorerie et dont l'activité est maintenue, grâce à des garanties mises en place par la Caisse Centrale de Garantie ;
- suspension des charges sociales pour les TPME ;
- possibilité de report des déclarations fiscales du 31 mars à fin juin 2020 pour les sociétés ayant réalisé un chiffre d'affaires inférieur à MAD 20 millions (€1,9 million).

3 autres mesures :

- suspension des avis à tiers détenteurs (ATD) et des contrôles fiscaux jusqu'à nouvel ordre ;
- création d'un fonds de MAD 10 milliards (1% du PIB de 2018), soit €948,7 millions, sur instruction de sa Majesté le Roi Mohamed VI. Entre la contribution du budget général de l'État et des dons reçus par les personnes physiques et morales, les fonds récoltés sont estimés à MAD 26 milliards (2,3% du PIB de 2018), soit €2,5 milliards. Ce fonds sera dédié à la pandémie du Covid-19.

Par ailleurs, la question épineuse des travailleurs indépendants et du secteur de l'informel n'a pas pu être traitée à date et sera débattue lors d'une deuxième réunion de travail dont l'un des objectifs est la mise en œuvre de solutions et mesures adaptées à cette population.

45 Taux de change 1 EUR = 10,5411 MAD au 23/03/2020

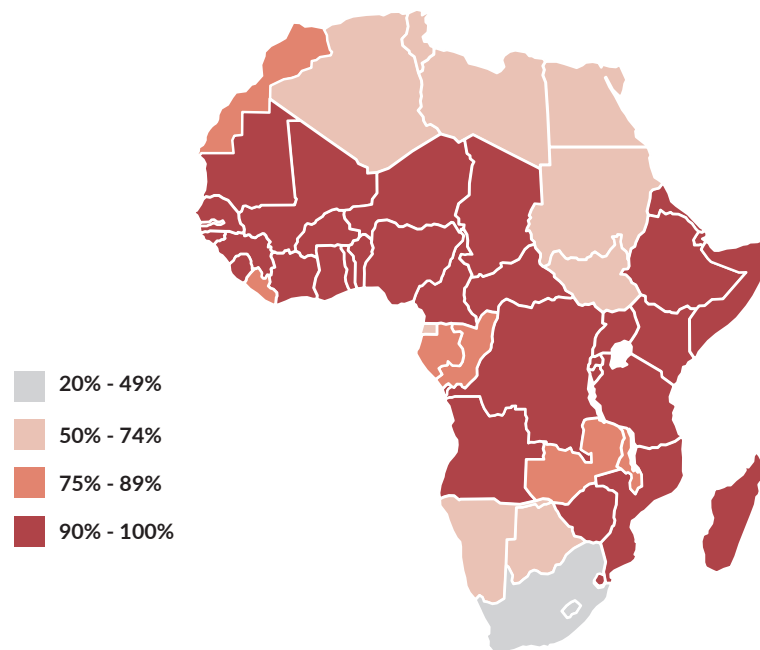
46 Extrait de l'article « Fonds de gestion du Covid-19 : Plus de 26 milliards de DH déjà mobilisés à date », Média24, 2019

III.3.2 LES FACTEURS SOCIAUX AGGRAVANTS

Au-delà des facteurs aggravants sur le plan économique, l'Afrique va sans doute souffrir de la faiblesse de ses filets de sécurité et, plus globalement, de sa faible résilience sociale.

- **Surreprésentation du secteur informel.** L'une des caractéristiques structurantes de l'Afrique est le poids massif de son secteur informel ou non-salarié, qui y représente souvent 90% de la population active globale. Dans la plupart des cas, ces personnes n'ont pas de revenus réguliers, pas de réserves financières et donc peu de capacité à respecter un confinement qui signifie pour elles une absence complète de ressources. Cette situation crée un risque supplémentaire pour les autorités dans leur stratégie de lutte contre la propagation du Covid-19.

Figure 17 – Part de l'emploi informel dans l'emploi total en Afrique (2016)



Source : OIT⁴⁷

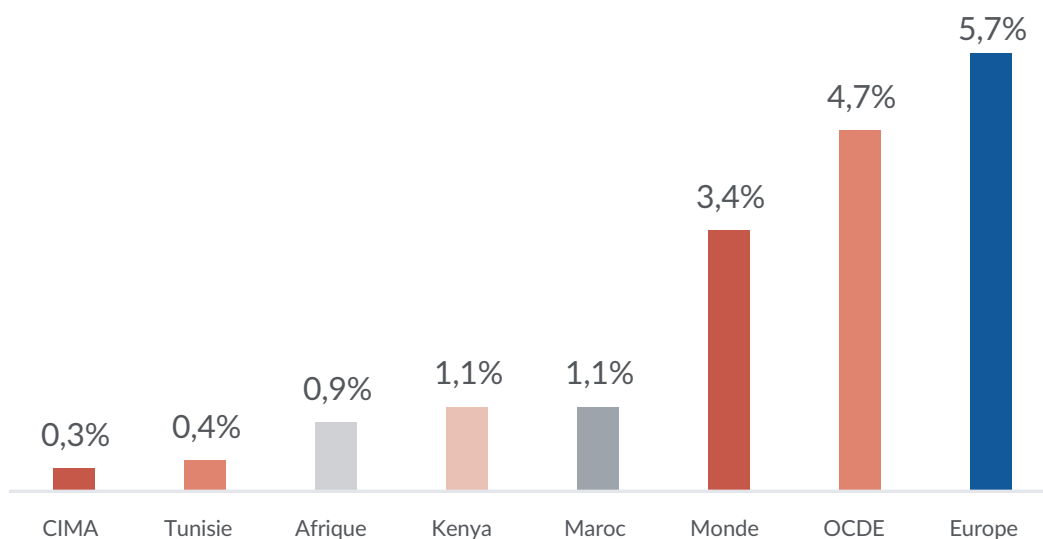
- **Absence de mécanisme de résilience sociale.** Le problème ci-dessus, lié au poids de l'informel, est renforcé par le fait que les mécanismes de protection sociale en Afrique sont, pour la plupart des pays⁴⁸, limités à la population formelle très minoritaire et à un trio de risques sociaux (accidents du travail, allocations familiales et vieillesse). Cette situation se traduit par une très faible résilience des sociétés africaines face à une crise comme celle du Covid-19 :
 - ✓ plus de 9 retraités sur 10 n'ont aucun revenu de remplacement et vivent dans le même foyer que les jeunes générations, offrant ainsi un risque de contagion mortifère ;
 - ✓ aucune assurance chômage, total ou partiel, ne pourra amortir le choc d'une privation d'activité pour les populations actives du continent du fait de l'arrêt de l'activité, traduisant immédiatement le confinement en arrêt net des ressources ;

⁴⁷ Extrait du rapport « FEMMES ET HOMMES DANS L'ÉCONOMIE INFORMELLE : UN PANORAMA STATISTIQUE » Troisième édition, 2019, Organisation internationale du travail

⁴⁸ Quelques exceptions existent, comme par exemple au Gabon, qui est l'un des rares pays à avoir mis en place en 2007 une couverture maladie pour tous les Gabonais, y compris les « Gabonais Économiquement Faibles »

- **Absence d'assurance maladie, vraie cause de la précarité des systèmes de santé.** La faiblesse des systèmes de santé en Afrique, détaillée plus haut dans le présent rapport, est la conséquence directe de l'absence de mécanisme d'assurance maladie : cette absence ne permet pas de solvabiliser une demande régulière, condition pour que se développe une offre de qualité suffisante en nombre.
- **Dépendance alimentaire.** De plus, la dépendance alimentaire du continent (évaluée entre 40% et 44%⁴⁹ entre 2017 et 2026 par l'OCDE et le FAO) compromet la sécurité alimentaire africaine à cause du ralentissement de l'économie mondiale et de la fragilité des canaux de distribution africains.
- **Absence d'assurance décès.** Dans un continent caractérisé aussi par la faiblesse de ses assurances (cf. graphique ci-après), les populations ont peu de moyen de faire face au coût des obsèques, très élevé. Au Cameroun⁵⁰ par exemple, l'organisation de funérailles peut s'avérer coûteuse, entre restauration, logistique et communication, le coût peut rapidement atteindre FCFA 20 millions, alors que le salaire moyen mensuel est de FCFA 53.000. À l'inverse, l'Afrique du Sud enregistre une bonne performance des produits d'assurance funéraire qui constituaient 60%⁵¹ des ventes de produits d'assurance vie individuelle en 2013. Cette performance est la conséquence du coût potentiel des funérailles. En effet, opter pour une cérémonie standard revient à supporter une charge de ZAR 30.000 alors que le revenu moyen mensuel est de ZAR 14.000.

Figure 18 – Des taux de pénétration très faibles de l'assurance en Afrique



Source : données FANAF, CIMA, Banque Mondiale & OCDE

49 Extrait de l'article « Alimentation : l'Afrique, plus que jamais dépendante des importations, préviennent la FAO et l'OCDE », *La Tribune Afrique*, 2017

50 Extrait de l'article « Le business de la mort », *Jeune Afrique*, 2010

51 Extrait de l'article « Le bon business des funérailles en Afrique », *Jeune Afrique*, 2013

IV. CONCLUSION : CETTE CRISE SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE SANS PRÉCÉDENT DOIT ÊTRE L'OCCASION DE RENFORCER LES FILETS DE SÉCURITÉ SOCIALE EN AFRIQUE

Quand la vague de cette crise se retirera, dans quelques semaines ou quelques mois, et que l'on passera à l'analyse de ses impacts en Afrique, il est certain que les faiblesses des filets de sécurité sociale, qui caractérisent l'Afrique, seront pointées du doigt.

Les grands chantiers de la protection sociale sur le continent en prendront plus de reliefs :

- Quelques pays ont commencé à travailler à la création de régimes d'assurance maladie, pour solvabiliser durablement la demande et ainsi contribuer au développement de l'offre de soins, et notamment la multiplication des capacités hospitalière, publiques ou privées. Après le Maroc et la Tunisie il y a une vingtaine d'année, certains pays d'Afrique subsaharienne se sont lancés : Gabon (2007), Mauritanie (2008), Mali (2008), Togo (2010), Côte d'Ivoire (2015), etc. Des projets existent dans les autres pays, mais ils doivent être accélérés, amplifiés, généralisés.
- Certains pays, plus rarement, ont pris acte de l'incapacité des systèmes de protection sociale à se généraliser spontanément et ont lancé des projets d'extension vers les secteurs informels et non-salariés. Le Maroc et la Côte d'Ivoire, notamment, sont en phase de lancement opérationnel, et les équipes FINACTU, qui ont le privilège d'accompagner ces deux pays, mesurent l'immense potentiel de ces projets pour renforcer la résilience des populations.
- Quelques très rares pays ont lancé des réflexions innovantes pour créer de nouveaux régimes de prévoyance sociale, couvrant les risques de chômage (qui n'existent nulle part en Afrique), de logement, etc.

Puisse cette crise à la fois sanitaire, économique et sociale accélérer toutes ces réflexions et les rendre opérationnelles.

V. ANNEXES : TABLE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Figure 1	Une maladie bénigne pour 81% des malades	7
Figure 2	Répartition de la mortalité au Covid-19 par âge aux États-Unis	8
Figure 3	Une capacité en lits de réanimation très faible dans les pays d'Afrique étudiés par rapport au reste du monde	11
Figure 4	L'impératif de non-saturation des capacités sanitaires	11
Figure 5	Nombre de jours entre le premier cas reporté à l'OMS et la mise en place du confinement total dans le pays	12
Figure 6	Stratégies de lutttes différentes, conduisant à des résultats eux-aussi très différents en Italie, Chine, Espagne, France et Corée du Sud (décès cumulés à partir du 10 ^{ème} décès)	13
Figure 7	Le Covid-19, une pandémie moins lourde que ses prédécesseurs ? (nombre de décès en milliers de personnes)	15
Figure 8	Des mesures fortes pour amortir les effets indésirables du Covid-19 (montants en milliards d'euros)	17
Figure 9	Des mesures de sauvetage nécessaires et adaptées selon les spécificités des pays (en milliards d'euros)	18
Figure 10	Le Covid-19 se propage en Afrique progressivement	20
Figure 11	Nombre de jours entre le premier cas reporté de Covid-19 par l'OMS et la dernière mesure mise en place par le pays	21
Figure 12	Nombre de jours entre le premier décès reporté à l'OMS et la dernière mesure de sauvetage mise en place par le pays	22
Figure 13	Une grande disparité en termes de lits de réanimation entre les pays africains analysés	24
Figure 14	Des seuils critiques extrêmement faibles et alarmants	25
Figure 15	Disparités importantes du nombre de médecins par 1.000 habitants pour les pays d'Afrique	26
Figure 16	Des pays africains fortement dépendants de la Chine (moyenne 2014-2018)	29
Figure 17	Part de l'emploi informel dans l'emploi total en Afrique (2016)	31
Figure 18	Des taux de pénétration très faibles de l'assurance en Afrique	32



www.finactu.com

FINACTU INTERNATIONAL

MAROC : 62, Boulevard d'Anfa, Angle Moulay Youssef - 20100 Casablanca

SUISSE : 7, Rue du Mont Blanc – 1201 Genève

FRANCE : 3, Rue Bixio -75007 Paris

DUBAÏ : Unit 337, DMCC Business Centre Dubaï, Emirats Arabes Unis

ILE MAURICE : 9th floor, Raffles Tower, 19 Cybercity – Ebène Port Louis