



AVRIL 2020

## LE CORONAVIRUS ET L'AFRIQUE

Étude N°2 : QUELLES MESURES POUR  
ATTÉNUER L'IMPACT DE LA CRISE SUR  
LES ÉCONOMIES AFRICAINES ?



---

# TABLE DES MATIÈRES

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
I.1	LES GAGNANTS ET PERDANTS DE LA GUERRE SANITAIRE CONTRE LE COVID-19	5
I.2	LA « TRIPLE PEINE » DU COVID-19 POUR LES ÉCONOMIES AFRICAINES	12
<b>II.</b>	<b>QUELLE STRATÉGIE SANITAIRE EN AFRIQUE : COMMENT LUTTER CONTRE LE COVID-19 SANS TUER L'ÉCONOMIE ?</b>	<b>14</b>
II.1	LE CONFINEMENT GÉNÉRAL : LA PIRE DES BONNES SOLUTIONS ?	14
II.2	LE DÉPISTAGE ET LE PORT DU MASQUE, ALTERNATIVE AU CONFINEMENT GÉNÉRAL	22
<b>III.</b>	<b>QUELLE RÉPONSE ÉCONOMIQUE A LA CRISE EN AFRIQUE : LES CAISSES DE PRÉVOYANCE SOCIALE, SOLUTIONS DE COURT ET DE MOYEN TERME</b>	<b>23</b>
III.1	LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN SOUTIEN CONTRACYCLIQUE DE LA DEMANDE	25
III.2	LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN SOUTIEN DE L'OFFRE ET DES ENTREPRISES	27
III.3	LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN SOUTIEN DE L'ACTIVITÉ EN GÉNÉRAL	29
<b>IV.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>30</b>
<b>V.</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>32</b>
V.1	PROJECTION DE LA MORTALITÉ AU BÉNIN	32
V.2	TABLE DES FIGURES	33

Ce document résume les conclusions d'une analyse conduite par les équipes de FINACTU. Pour toute information concernant ce rapport, le lecteur peut prendre contact avec :



**Denis CHEMILLIER-GENDREAU**  
Président Fondateur  
dcg@finactu.com



**Géraldine MERMOUX**  
Directrice Générale Associée  
gmermoux@finactu.com



**Guillaume GILKES**  
Directeur de la Recherche  
ggilkes@finactu.com



**Jean-Jacques COULIBALY**  
Manager – Responsable du bureau d'Abidjan  
jcoulibaly@finactu.com



**Marc DANON**  
Consultant Senior  
mdanon@finactu.com



**Ghita LAMRIKI**  
Consultante  
glamriki@finactu.com

---

# I. INTRODUCTION

---

La crise que représente le Covid-19, qui frappe le monde entier depuis le début de l'année, entretient avec l'Afrique une relation particulière: en termes de calendrier, elle semble la protéger, puisque sur les 120.567 morts de ce virus que comptait le monde au 14 avril 2020, l'Afrique ne représentait que 0,7% ; mais l'Afrique se sent face à cette crise comme la foule massée sur la plage et qui voit la vague du tsunami gonfler à l'horizon... Elle n'est pas encore vraiment touchée, mais elle voit, sur les écrans de télévision, ce qui l'attend. Et toutes les conditions sont réunies - hélas ! - pour que cette crise ait sur notre continent un effet dévastateur. Nous le pressentons tous, nous l'anticipons, nous le redoutons.

## Et si nous nous battions ?

FINACTU a détaillé dans une étude précédente (« Le Coronavirus et l'Afrique - Crise sanitaire et crise économique aggravées par la faiblesse des filets de Sécurité sociale africains »<sup>1</sup>) la problématique générale de cette crise à la fois sanitaire et économique. Nous nous intéressons ici à plusieurs aspects complémentaires à destination des dirigeants africains :

- d'une part, nous montrons qu'il ne faut pas analyser cette crise avec les yeux, les concepts et les statistiques des pays industrialisés, car l'Afrique diffère à de nombreux égards des pays où la maladie se manifeste aujourd'hui (Asie, Europe, Amérique du Nord) ;
- d'autre part, nous cherchons à identifier les meilleures réponses sanitaires et économiques que les Gouvernements peuvent apporter pour atténuer les conséquences de la crise du Covid-19. Sans hésiter à rappeler l'humilité qui est de mise, face à une pandémie absolument inédite.

185 pays<sup>2</sup> et territoires dans le monde sont en train de lutter contre cette pandémie, avec des stratégies très différentes, combinant plus ou moins de confinement, plus ou moins de tests, plus ou moins de masques, plus ou moins de lits de réanimation, des modalités de communication différentes, etc. Cela constitue un formidable échantillon pour un exercice de benchmarking mondial ! Les équipes de FINACTU ont conduit cet exercice avec l'intuition que certains pays s'en sortent mieux que d'autres et avec l'objectif d'en tirer des enseignements à l'attention des dirigeants du continent, pour les assister dans l'identification et la mise en œuvre des meilleures stratégies de lutte, tenant compte des spécificités de chaque pays.

De Tunis à Tananarive, de Dakar à Djibouti et d'Abidjan à Libreville, quelles leçons peut-on tirer de l'expérience des pays qui, en Asie ou en Europe notamment, nous ont précédé sur le « chemin de croix » du Coronavirus ?

---

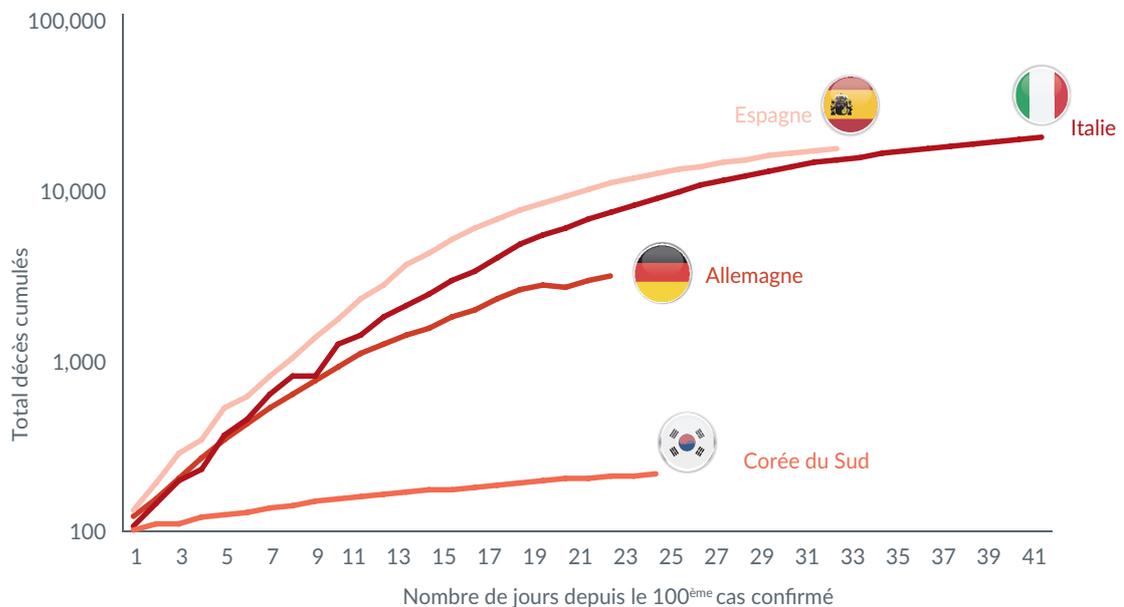
1 [http://www.finactu.com/uploads/files/Etude\\_FINACTU-Le\\_coronavirus\\_et\\_l'Afrique.pdf](http://www.finactu.com/uploads/files/Etude_FINACTU-Le_coronavirus_et_l'Afrique.pdf)

2 Les pays épargnés au 14 avril 2020 sont : le Tadjikistan, la Corée du Nord, le Turkménistan, le Lesotho, les Comores, les Îles Salomon, le Vanuatu, Samoa, Kiribati, la Micronésie, Tonga, les Îles Marshall, Palau, Tuvalu et Nauru

## I.1 LES GAGNANTS ET PERDANTS DE LA GUERRE SANITAIRE CONTRE LE COVID-19

Partons d'un constat: tous les pays ne sont pas logés à la même enseigne en termes de succès dans la lutte contre la pandémie du Covid-19. La courbe suivante, qui montre le nombre cumulé de morts jour après jour à partir d'un jour « J0 » spécifique à chaque pays et choisi comme celui où le nombre cumulé atteint 100 dans le pays, témoigne de façon visuellement évidente de la différence entre des pays comme la Corée du Sud ou l'Allemagne, qui parviennent à contenir la mortalité, et des pays comme la France, l'Italie, l'Espagne ou le Royaume-Uni, qui ont mis beaucoup plus de temps à maîtriser la courbe des morts cumulés.

**Figure 1 – Bons et mauvais élèves de la lutte contre le Covid-19 (nombre de décès cumulés par pays, échelle logarithmique)**



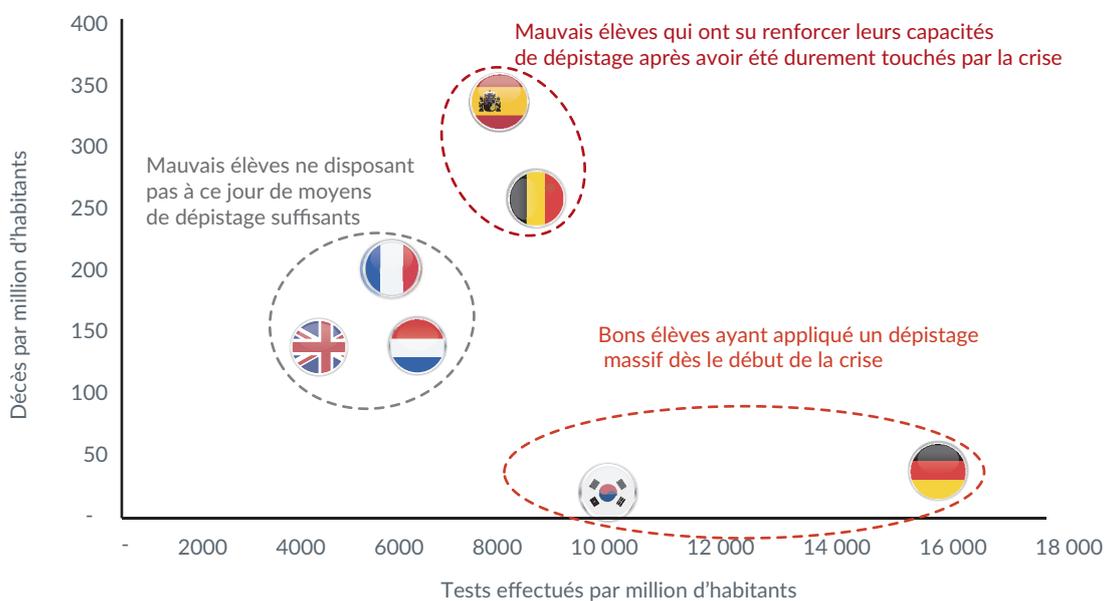
Source: Université John Hopkins

### I.1.1 LES BONS ÉLÈVES : CORÉE DU SUD ET ALLEMAGNE

Intéressons-nous d'abord aux bons élèves.

L'Allemagne et la Corée du Sud se distinguent au premier rang de la classe, avec une stratégie prophylactique qui mise tout sur la massification des tests. Cette stratégie apparaît clairement à la lecture du tableau suivant:

**Figure 2 – Le dépistage massif en Corée du Sud et en Allemagne a permis de limiter le nombre de décès**

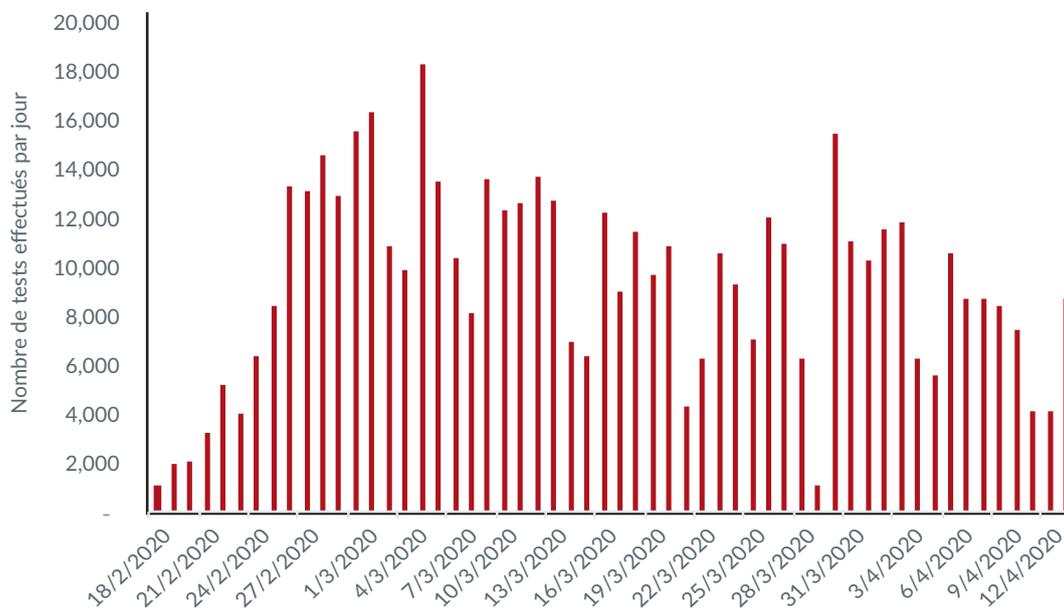


Source: Université John Hopkins, statistiques de publications nationales<sup>3</sup>

On note par ailleurs que la Corée du Sud a été très rapide dans la mise en place d'un dépistage à grande échelle au début de la pandémie, en multipliant le nombre de tests quotidiens par plus de 10 en moins de 8 jours seulement:

<sup>3</sup> « Epistat – Covid19 Monitoring, <https://epistat.wiv-isp.be/covid/> » ; « COVID-19 Update (11 avril, 2020) feat. Acting PM Hon. Santia Bradshaw », National Institute of Public Health, 11 avril 2020 ; Korea Centers for Disease Control and Prevention, 11 avril 2020 ; « Daily Situation Report of the Robert Koch Institute. Robert Koch Institute », 8 avril 2020 ; « Virologische dagstaten », Rijksinstituut voor Volksgezondheid. The Netherlands National Institute for Public Health and the Environment, 8 avril 2020 ; « Statement from the National Public Health Emergency Team - Tuesday 7 April », Gouvernement irlandais. 7 avril 2020

**Figure 3 – Dépistages quotidiens effectués par la Corée du Sud**



*Korea Centers for Disease Control and Prevention*

Cette stratégie a été rendue possible parce que la Corée du Sud avait tiré les leçons des différentes crises plus ou moins similaires qui l'ont touchée dans le passé. Rappelons qu'en 2015, la Corée du Sud avait été frappée par le MERS (syndrome respiratoire du Moyen-Orient), et une catastrophe sanitaire avait alors été évitée de justesse au retour à Séoul d'un voyageur contaminé. Cet incident, finalement sans conséquence humaine majeure, avait permis de révéler de nombreuses failles existant dans les protocoles de gestion de crises de ce type avec, entre autres, une très faible capacité de test, un nombre de lits de réanimation tout aussi faible et une absence totale de moyens de confinement dans les hôpitaux.

Fortes de ce constat, les autorités sud-coréennes avaient acté la mise en place d'un ensemble de mesures incluant, d'une part, la constitution de capacités de test importantes, mais aussi la mise en place d'un dispositif d'urgence donnant à l'État, dans le cas de la survenue d'une épidémie, la possibilité d'opérer une surveillance accrue des mouvements de la population. Dans les faits, les autorités sud-coréennes ont ainsi pu, en recourant aux caméras de surveillance des centres urbains et aux données de géolocalisation des téléphones, retracer l'ensemble des mouvements des personnes contaminées et ainsi tester, dans un second temps, celles et ceux avec qui ces personnes avaient été en contact, brisant ainsi la fameuse chaîne de contagion de l'épidémie.

La singularité sud-coréenne se comprend donc à travers la préparation du pays à ce genre de crises. Cette préparation nécessite des budgets conséquents, mais elle s'explique surtout par d'autres raisons :

- elle tient d'abord à des dispositions législatives, qui permettent notamment un déblocage rapide des budgets, mais aussi la possibilité pour le gouvernement de faire temporairement exception à certains principes de liberté et de vie privée, ce qui rend la stratégie de dépistage massif d'autant plus efficace ;
- elle tient aussi à une logistique adaptée, qui se manifeste à travers :
  - ✓ une capacité forte à produire des kits de test PCR (cf. encadré) supplémentaires et la disponibilité des pièces nécessaires à leur fabrication ;
  - ✓ des procédures qui permettent de limiter strictement les cas d'infection parmi le personnel soignant : les tests sont réalisés par un réseau de laboratoires dans des chambres à pression négative.

### Les tests PCR et les tests sérologiques, tous deux indispensables

Le test PCR (*Polymerase Chain Reaction*), massivement utilisé en Corée du Sud et en Allemagne, repose sur l'analyse génétique et permet un résultat en quelques heures. Il s'agit de prélever à l'aide d'un écouvillon (grand coton-tige) l'ADN du patient. L'écouvillon est ensuite plongé dans un principe « réactif », qui réagit à la présence du virus.

Les tests PCR ne réagissent à la présence du virus que si le patient est malade à l'instant T. Mais ils n'en demeurent pas moins indispensables au début de l'épidémie et jusqu'à son pic en ce qu'ils permettent de détecter les patients infectés au moment du test et de s'assurer qu'ils ne contaminent pas d'autres personnes en les plaçant en quarantaine.

Les tests sérologiques, eux, permettent de vérifier si une personne a été atteinte par la maladie, même si elle en a été guérie. Ils reposent sur une prise de sang, afin d'y trouver des anticorps que le corps est en train de produire contre le virus ou qu'il a conservés après avoir vaincu l'infection. Ils permettent donc de détecter les personnes déjà immunisées et montrent l'ampleur de l'épidémie. Ces tests sont utiles pour vérifier si l'on s'approche de l'immunité collective, information qui sera précieuse à l'heure de la sortie du confinement dans les pays qui ont instauré cette mesure.

En France, la société NG Biotech a développé un dispositif permettant d'identifier en 15 minutes les anticorps spécifiques au Covid-19 en prélevant une goutte de sang. Les tests sont aujourd'hui en phase de production industrielle et devraient bientôt être proposés.

On comprend que l'approche du dépistage massif a donc deux intérêts. Le premier est qu'elle permet d'identifier rapidement les porteurs asymptomatiques, c'est-à-dire ces malades qui ignorent leur condition (cf. encadré), et ainsi de freiner considérablement la propagation de la maladie. Le second est qu'elle rend possible une stratégie de confinement limitée aux malades dépistés. Ainsi, au lieu de confiner la totalité de la population dans une sorte de gâchis collectif considérable, la Corée du Sud a pu pratiquer une approche très sélective, et donc infiniment moins coûteuse économiquement.

En Europe, l'Allemagne a développé une stratégie comparable à celle de la Corée du Sud en développant le tout premier protocole complet de dépistage pour la maladie. Les raisons qui ont permis cette prouesse médicale et la mise en place d'une campagne de dépistage unique par son ampleur sur le continent sont à la fois historiques et administratives. Historiquement d'abord, l'Allemagne possède une avance importante sur ses voisins dans la plupart des domaines ayant trait à la recherche en biologie moléculaire. L'ampleur de cette avance s'est faite claire lorsque, dès les prémices de la crise, un grand nombre d'entreprises du secteur ont été en mesure de fabriquer rapidement une quantité phénoménale de tests de dépistage fiables. À noter qu'à ce jour, et malgré ce volume de tests déjà créés et utilisés sur le territoire (voire exportés), les laboratoires allemands restent les principaux détenteurs européens des produits chimiques et réactifs nécessaires à la fabrication de tests.

Une des raisons supplémentaires avancées pour expliquer l'excellente gestion de cette crise en Allemagne tiendrait à son fédéralisme. L'Allemagne est constituée de 16 Länder dont chacun a la responsabilité, à son niveau, de la gestion de sa politique médicale. L'implication de ce principe a été qu'historiquement chacun des États a construit des systèmes de soin de toute première qualité ainsi que des laboratoires de rang mondial qui sont aujourd'hui capables d'analyser rapidement le nombre très important de tests qui leur sont soumis.

### Porteurs asymptomatiques et stratégies de test

L'une des caractéristiques du Covid-19 est qu'il est possible d'en être atteint sans avoir de symptôme ; c'est même, selon différentes études, le cas d'une majeure partie de la population touchée. Les chiffres varient de 5% à ... 80%, alors comment expliquer ce grand écart ? La réponse tient, ici encore, au nombre de tests effectués. Comment estimer avec justesse le nombre de porteurs sains alors que les tests manquent et qu'aucune population n'a jusqu'ici été entièrement testée ?

S'il est donc trop tôt pour estimer avec justesse ce nombre de porteurs « sains », il est d'ores et déjà possible de tirer plusieurs conclusions de ce phénomène. La première est que ces porteurs sont un vecteur comme un autre de la maladie et doivent donc être confinés, si possible après avoir été détectés suite à un test, soit, choix de défaut, au même titre que toute une population dans le cas d'un confinement total. La deuxième conclusion est que ces personnes asymptomatiques, une fois guéries et capables de créer des anticorps contre la maladie, pourraient constituer, dans le cas où ils représenteraient plus de 50% de la population infectée, la majeure partie de la cohorte permettant d'atteindre la fameuse immunité collective (60% de la population) qui permettra de sortir de la crise.

---

## I.1.2 LES MAUVAIS ÉLÈVES

Regardons maintenant les **mauvais élèves** de la lutte contre le Covid-19. L'échantillon hélas est riche : l'Italie et l'Espagne, les États-Unis et le Royaume-Uni, la France aussi, et tant d'autres ! Mais l'analyse détaillée permet de mettre en évidence plusieurs types d'échecs, tous très instructifs.

Commençons par l'Italie, la France et l'Espagne, qui ont abordé la crise avec un retard en termes de capacités de test et de dispositifs médicaux (masques et gels hydroalcooliques notamment). La dégradation rapide de la situation dans ces pays suite à ces carences a entraîné, pour chacun d'entre eux et à des degrés divers, un nombre incalculable de débats, querelles médicales, revirements politiques, etc. dont la conclusion partagée aura été la mise en place d'un confinement total de la population. Afin d'offrir une nuance à ce constat de prime abord sévère, rappelons qu'il aura fallu à la Corée du Sud la « chance » d'être mise face à ses propres faiblesses durant les dernières années et à l'Allemagne un ADN industriel séculaire pour les rendre aptes à faire face aujourd'hui à la survenue de tels événements. Quoi qu'il en soit, il était important de souligner ici que le confinement, loin d'être l'antidote, est avant tout une stratégie « par défaut » pour laquelle n'ont opté que les États dont les capacités de dépistage étaient faibles voire nulles. Si la perspective d'un dépistage systématique en Italie, Espagne ou France reste pour l'heure illusoire, plusieurs d'entre eux réfléchissent à la possibilité de mettre en place les mêmes moyens de retraçage que ceux utilisés par la Corée du Sud (géolocalisation des appareils téléphoniques notamment) afin de faire du faible stock dont ils disposent un usage ciblé donc plus efficace<sup>4</sup>.

Le Royaume-Uni, les États-Unis et les Pays-Bas, de leurs côtés, ont pensé affronter la crise avec une sorte de « laisser-faire » visant à aller à marche forcée vers l'immunité collective (cf. encadré). Cette approche est résumée simplement par le conseiller scientifique du gouvernement britannique, Patrick VALLANCE, qui déclarait mi-mars à la presse qu'« **il est impossible d'éviter que toute la population n'attrape le virus. Et ce n'est pas non plus souhaitable, car il faut que la population acquière une certaine immunité** ». Elle est aussi symbolisée par plusieurs déclarations du Président TRUMP qui a d'abord minimisé la pandémie (« **Quinze personnes ont été [testées positives]. Dans quelques jours, ce nombre sera de nouveau presque nul. Nous avons vraiment fait du bon travail** » le 26 février et « **L'an dernier, 37.000 Américains sont morts de la grippe. En moyenne, il y a entre 27.000 et 70.000 cas par an. Rien ne ferme, la vie et l'économie continuent. En ce moment, il y a 546 cas confirmés de Coronavirus, et 22 morts. À méditer !** » le 23 mars) ; puis a clairement posé le dilemme de la crise sanitaire ou économique (« **On ne peut pas avoir un remède [le confinement] être pire que le mal [le Coronavirus]** » le 22 mars).

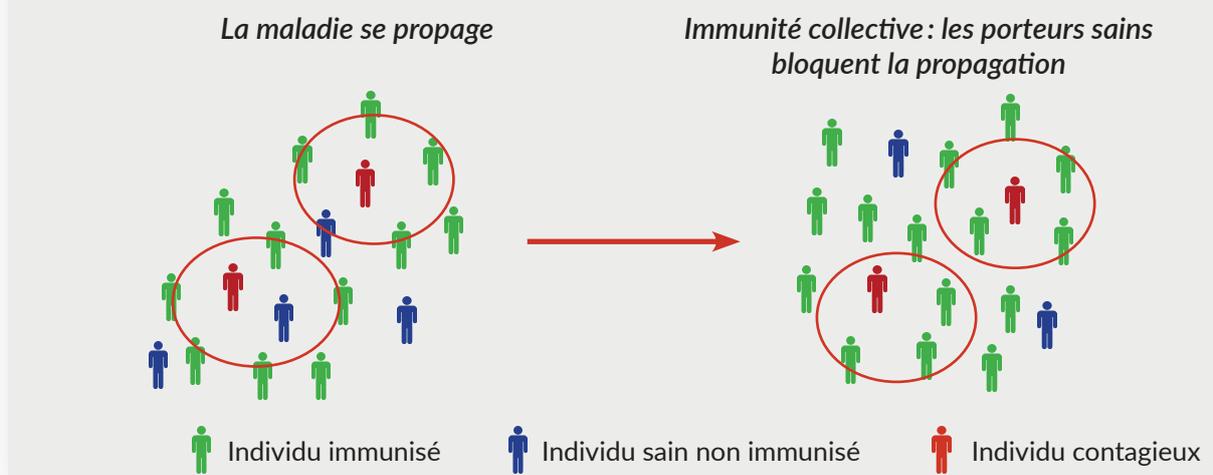
Cette stratégie faisait le choix de l'économie contre la prophylaxie : sauver la croissance en acceptant un nombre élevé de décès. La suite a montré que cette stratégie n'avait aucun sens dans un espace démocratique : au Royaume-Uni comme aux États-Unis, les dirigeants n'ont pas été en mesure de la tenir sur la durée et ont dû céder face à la pression politique mais surtout face à la prévision d'une saturation extrême des services de santé au même moment, qui aurait entraîné une surmortalité trop importante.

---

4 Par exemple la France : [https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/08/stopcovid-1-application-sur-laquelle-travaille-le-gouvernement-pour-contrer-l-epidemie\\_6035927\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/08/stopcovid-1-application-sur-laquelle-travaille-le-gouvernement-pour-contrer-l-epidemie_6035927_3244.html)

## La stratégie de l'immunité collective

L'immunité collective se définit comme le phénomène selon lequel les maladies contagieuses telles que les virus disparaissent d'elles-mêmes une fois qu'une certaine proportion d'une population touchée se trouve immunisée, que ce soit parce qu'elle a été exposée à la maladie donc capable de créer des anticorps, ou parce qu'un traitement a été trouvé, en l'occurrence un vaccin dans le cas d'un virus. Le mécanisme tient au fait que les maladies contagieuses ont statistiquement de moins en moins de chance de trouver des vecteurs de propagation dans la population, c'est-à-dire des humains, à mesure que ces derniers ont été immunisés. Il repose donc à la fois sur les comportements sociaux des individus, au premier rang desquels leurs degrés d'interactions, mais aussi sur la contagiosité de la maladie.

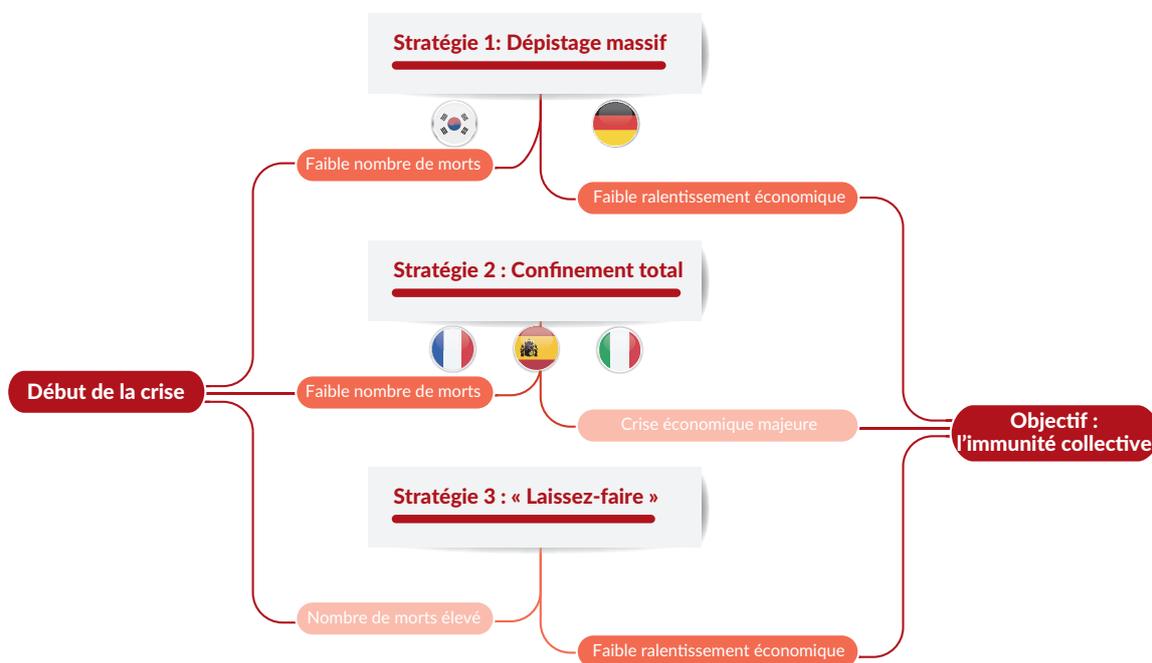


### I.1.3 BONS OU MAUVAIS ÉLÈVES: UNE VOLONTÉ PARTAGÉE D'ÉVITER LA SATURATION DES CAPACITÉS HOSPITALIÈRES

En l'absence d'un vaccin, tous les pays sans exception sont engagés vers le même objectif de recherche de l'immunité collective, et tentent de parvenir à cet état avec le minimum de dégâts économiques et de mortalité. Comme nous l'avons mis en évidence ci-dessus, leurs stratégies diffèrent en fonction de leurs capacités:

- certains (France, Italie, États-Unis, Royaume-Uni actuellement, Espagne, ...) choisissent en priorité de minimiser le nombre de morts et s'engagent ainsi dans un confinement d'autant plus radical qu'ils ont peu de capacités d'accueil en réanimation, essayant alors une crise économique sans précédent ;
- d'autres (Royaume-Uni et États-Unis initialement) sont tentés (ou l'ont été avant de changer d'avis) de laisser se développer la maladie rapidement, assumant alors peu de ralentissement économique mais sans doute beaucoup de morts, puisque les malades, trop nombreux trop vite, ne pourront être traités en réanimation ;
- entre ces deux situations, certains pays (Allemagne, Corée du Sud) semblent réussir à avoir « le meilleur des deux mondes » avec peu de morts et peu de ralentissement économique, grâce à une stratégie de test et un confinement sélectif.

Figure 4 – Différentes stratégies qui tendent toutes vers un but commun



## I.2 LA « TRIPLE PEINE » DU COVID-19 POUR LES ÉCONOMIES AFRICAINES

Il est bien sûr encore trop tôt pour prévoir dans le détail quel sera l'impact de la crise du Covid-19 sur les économies africaines, notamment parce que cet impact dépendra massivement des réponses politiques : confinement ou pas ? partiel ou total ? respecté ou non respecté ?

Mais cette incertitude n'empêche pas d'affirmer que l'Afrique va souffrir d'une « triple peine » :

- **Peine 1 : l'effet direct du confinement.** La première peine est celle qui découlera du confinement plus ou moins fort que les gouvernements imposeront, et qui est encore une inconnue à cette date, car on voit bien que les pays tergiversent entre l'impératif de santé public et la nécessité vitale de préserver des économies déjà fragiles. Pour mémoire, rappelons que les économistes ont montré que le confinement « à la française » coûtait 3 points de PIB par trimestre...
- **Peine 2 : l'« effet prix » importé.** La seconde peine est celle qui résultera de l'effet prix, c'est-à-dire de la baisse massive du prix des matières premières ou des produits agricoles, qui est déjà largement amorcée. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 14 avril 2020, le pétrole a perdu 52% de sa valeur. Le coton et le cuivre ont quant à eux vu leurs cours baisser de 24% et de 20% respectivement. Les deux tableaux suivants montrent la dépendance des économies africaines aux exportations de ces matières premières :

**Figure 5 – Une forte dépendance de plusieurs pays aux exportations de matières premières**

	Exportations de biens (% PIB)	Matières premières (% des exportations totales de biens)
 Bénin	16%	Coton : 12%
 Burkina Faso	23%	Coton : 11%
 Sénégal	15%	Combustible minéraux, dont pétrole : 20%
 RDC	19%	Cuivre : 32%
 Côte d'Ivoire	26%	Cacao : 39%
 Ghana	22%	Combustibles minéraux, dont pétrole : 31%
		Cacao : 19%

Source : Worldtopexports

**Figure 6 – Une forte dépendance des pays aux revenus du pétrole**

	Bénéfices (% du PIB) <sup>5</sup>	% des exportations	% des recettes budgétaires
 Libye	37%	87%	93%
 Congo	37%	70%	62%
 Guinée Équatoriale	19%	63%	81%
 Angola	16%	87%	63%
 Gabon	15%	63%	37%
 Tchad	15%	88%	45%

Source : Fonds Monétaire International, Banque Mondiale, Banque Centrale de Libye

- **Peine 3 : l'« effet volume » exporté.** La troisième peine est celle qu'entraînera la chute des volumes d'exportation de l'Afrique vers les pays développés, du fait de la crise que ces derniers subissent et vont subir davantage dans les mois à venir. S'il est encore tôt pour estimer avec certitude l'impact de la chute conjuguée des exportations et des importations, l'Union Africaine estime d'ores et déjà que la baisse des exportations pourrait être de 35% en valeur nominale par rapport à 2019, soit un montant colossal de \$270 milliards en moins<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Les bénéfices tirés du pétrole (Banque Mondiale) sont la différence entre la production en valeur et les coûts de production

<sup>6</sup> Union Africaine : « Impact of the Coronavirus (Covid 19) on the African Economy », 2020

---

## II. QUELLE STRATÉGIE SANITAIRE EN AFRIQUE : COMMENT LUTTER CONTRE LE COVID-19 SANS TUER L'ÉCONOMIE ?

Pendant que les pays européens et les États-Unis se plongent dans un confinement drastique pour freiner la propagation du Covid-19, les dirigeants africains s'interrogent : comment tirer profit des expériences étrangères ? Comment, dans ces différentes stratégies sanitaires de lutte, que nous avons résumées ci-dessus, identifier celles qui correspondent le mieux aux différents contextes sanitaires, économiques, démographiques et sociaux de l'Afrique ?

L'équipe FINACTU propose ci-après quelques pistes, avec l'objectif – plein d'humilité – de tirer les meilleurs enseignements possibles de quelques semaines d'expérience pratique.

### II.1 LE CONFINEMENT GÉNÉRAL : LA PIRE DES BONNES SOLUTIONS ?

Le confinement est certainement la solution la plus efficace contre la propagation du virus, et permet d'éviter une diffusion trop rapide qui mettrait à mal le système de soins en envoyant en réanimation environ 10% à 20% des malades et condamnant une partie d'entre eux si l'accès à un service de réanimation n'est pas garanti.

Mais le confinement total, comme l'ont mis en place plus de 70 pays à la date du 14 avril 2020, est aussi la solution la plus brutale, qui apparaît à bien des égards comme totalement disproportionnée, pour plusieurs raisons :

- la première faiblesse du confinement est qu'il impose une sanction à tous alors qu'il suffirait de limiter la circulation des seuls malades. De ce point de vue, le confinement apparaît comme une mesure peut-être disproportionnée en Afrique, qui ne s'explique que par l'absence de tests. En d'autres termes, le confinement est la bonne solution pour les pays qui n'ont pas la capacité de généraliser les tests pour ne confiner que les malades ;
- parce qu'elle est brutale, en traitant de la même façon les malades et les non-malades et en mettant tout un pays à l'arrêt, la solution du confinement a des conséquences économiques dramatiques. Il n'est pas absurde d'ailleurs de s'interroger sur le coût économique d'un confinement, voire de le comparer au gain à mettre en regard en termes de vies sauvées.

En plus d'être brutale, la solution du confinement est clairement une solution de pays riches, peu réaliste dans des pays africains dont les populations comptent plus de 50% ou 60% de travailleurs informels se levant chaque matin pour gagner leur pain du jour. Solution d'autant moins réaliste que les gouvernements n'ont pas la capacité financière pour atténuer les conséquences économiques et sociales de l'arrêt de l'activité. Les hésitations de Kinshasa autour du confinement illustrent parfaitement cette problématique avec successivement le choix d'un confinement total, puis de la seule Commune de la Gombe (quartier d'affaires dans la capitale Kinshasa), la plus impactée par le COVID-19.

---

S'il peut être mis en place dans certains pays dans lesquels des filets sociaux existaient avant la crise et/ou pour lesquels l'État et la société civile ont pu constituer des fonds de soutien massifs aux entreprises et aux populations, la liste des pays qui ont pu mettre en place de telles mesures, totalisant un montant suffisamment important pour atténuer les effets de la crise économique dans la veine des pays du Nord, est maigre à la date de rédaction de cet article : le Maroc, l'Afrique du Sud, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et la Tunisie semblent les seuls.

Cette incompatibilité entre le confinement et les modalités de fonctionnement de la plupart des sociétés africaines a été clairement assumée par le Président du Bénin, Patrice TALON<sup>7</sup> : « Contrairement aux citoyens des pays développés d'Amérique, d'Europe et d'Asie, la grande majorité des Béninois ont un revenu non salarial. Combien de personnes au Bénin ont un salaire mensuel et peuvent attendre deux, trois ou quatre semaines même sans travailler et vivre des revenus du mois ? [...] Comment peut-on, dans un tel contexte où la plupart de nos concitoyens donnent la popote avec les revenus de la veille, décréter sans préavis, un confinement général de longue durée ? »

Le cas du Bénin offre une opportunité d'explicitier les termes du débat que le Président TALON a tranché à sa façon, et l'approche très rationnelle que FINACTU détaille ci-après conduit à lui donner raison à plusieurs titres.

### II.1.1 LE CONFINEMENT N'EST TOUT SIMPLEMENT PAS RÉALISTE PARTOUT EN AFRIQUE

Le premier argument est bien sûr celui de la faisabilité sociale et politique : il a été amplement développé et détaillé et nous n'y revenons pas, sinon pour noter que l'argument se décline de façon compliquée en Afrique.

Il est d'ailleurs intéressant de voir comment les pays africains ont intelligemment « africanisé » le concept de confinement :

- Certains pays, plutôt que de confiner brutalement la population, ont instauré un isolement de quelques villes. L'idée sous-jacente est de casser le lien entre les centres urbains, où se concentre l'épidémie, et les zones rurales, dans lesquelles la possibilité de soigner les malades serait faible compte tenu des moyens de santé plus rares encore que dans les capitales et où les populations sont moins jeunes. Ainsi, si le Président TALON, au Bénin, écarte la stratégie du confinement, il a en revanche isolé 12 villes du reste du pays. Au Burkina Faso, 11 villes ont été placées en quarantaine. En Côte d'Ivoire, les déplacements du Grand Abidjan vers le reste du pays sont désormais interdits. Au Togo, ce sont 4 villes qui ont été isolées. La Libye a quant à elle interdit l'ensemble des déplacements entre les villes. Cette mesure tient parfaitement compte d'une caractéristique africaine qui veut que les retraités retournent le plus souvent « au village », c'est-à-dire en province, pour y vivre une retraite paisible, laissant dans les grandes villes les populations plus jeunes et laborieuses. D'une certaine façon, l'Afrique est structurée ainsi : les personnes fragiles face au Covid-19 (les seniors) vivent à la campagne, là où les capacités hospitalières sont quasiment inexistantes, et il convient donc de les protéger en cassant les déplacements villes / campagnes.

<sup>7</sup> Source : « Au Bénin, Patrice Talon assume l'impossibilité d'un confinement général », *Jeune Afrique*

- 
- Plusieurs pays ont instauré un couvre-feu nocturne (Mauritanie, Niger, Égypte, Sénégal, Guinée, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Libye, Gabon, Madagascar, Mali, Togo, Ouganda) ; les déplacements dans la journée y sont donc autorisés sous réserve du respect de certaines règles (par exemple l'interdiction des rassemblements au-delà d'un certain nombre de personnes, la fermeture de certains lieux publics ou encore la suspension des événements non essentiels). L'instauration d'un couvre-feu nocturne, combiné à l'interdiction de rassemblements propices à une diffusion rapide du virus, permet de limiter la vitesse de propagation tout en permettant aux populations non salariées, qui gagnent leurs revenus au jour le jour, de continuer à le faire.

## II.1.2 LE COVID-19 EN AFRIQUE : MOINS DE LITS D'HÔPITAL, MAIS UNE POPULATION MOINS CONCERNÉE PAR LA MALADIE

Comme nous l'avons mis en évidence dans la précédente étude FINACTU consacrée au Covid-19 (« Le Coronavirus et l'Afrique. Crise sanitaire et crise économique aggravées par la faiblesse des filets de Sécurité sociale africains ») la stratégie des pays développés face à la pandémie repose sur l'idée que 20% environ des malades auront besoin d'une hospitalisation pour survivre à la maladie: si l'hospitalisation n'est pas possible (que ce soit parce que le pays n'a pas de lits de réanimation ou parce qu'ils sont saturés par les premiers malades), ces 20% concernés par la forme grave de la maladie mourront.

Ce chiffre de 20%, qui, à ce stade de la pandémie, reste préliminaire<sup>8</sup>, est crucial, mais il n'est – heureusement ! – pas transposable à l'Afrique. Car il dépend intimement de la répartition par âge de la population, et la précédente étude a bien rappelé que le Covid-19 est extrêmement inégalitaire par âge: il tue beaucoup plus les personnes âgées que les plus jeunes. En France, l'âge moyen des patients admis en réanimation est de 64 ans. Des études réalisées en Chine ont montré que plus de 80% des personnes décédées avaient plus de 60 ans.

FINACTU tente ici de quantifier cet impact de la jeunesse de la population africaine sur les conséquences du Covid-19 et sur sa mortalité. **Le résultat est surprenant !**

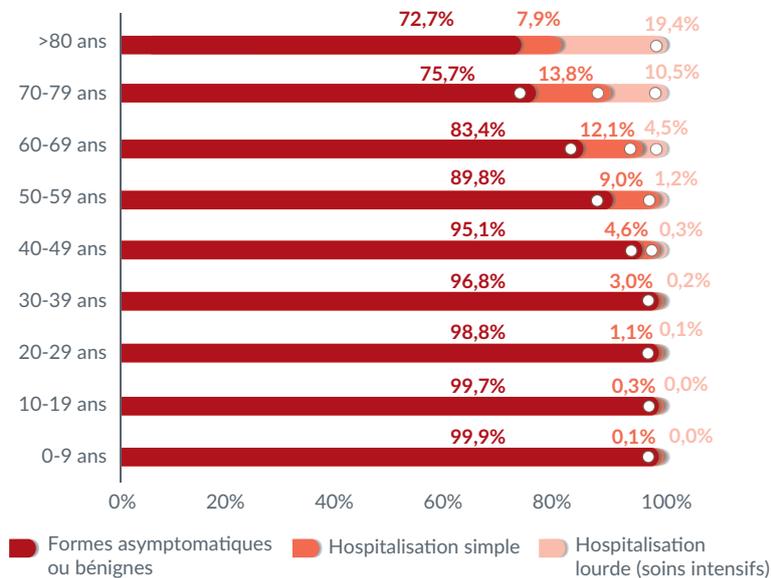
Plusieurs sources<sup>9</sup> nous permettent de connaître, en fonction de chaque âge, la part de la population qui nécessite une hospitalisation :

---

<sup>8</sup> Au fur et à mesure que la pandémie progresse, les chercheurs sont en mesure de rassembler davantage de données, sur des échantillons plus larges, et donc moins sensibles à l'âge moyen des patients. Les études les plus récentes ont eu tendance à mettre en évidence une proportion moins importante de formes graves du Covid-19.

<sup>9</sup> Par exemple: « Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand », Imperial College

**Figure 7 – Le Covid-19, un virus qui frappe et tue les personnes âgées (répartition par groupe d'âge)**



Source : Imperial College<sup>10</sup>, calculs FINACTU

Le tableau ci-dessus se lit ainsi (par exemple pour la tranche d'âge des 40-49 ans) : « Sur 10.000 personnes âgées de 40 à 49 ans qui contractent le Covid-19, 460 (4,6%) auront besoin d'une hospitalisation simple et 30 (0,3%) auront besoin de soins intensifs pour éviter la mort ». Dans la suite de notre raisonnement, nous considérerons que cette proposition se lit aussi ainsi : « S'il n'existe aucun lit en réanimation pour les personnes de 40-49 ans qui contractent la maladie, alors 0,3% mourront ».

Avec ces statistiques, au lieu de raisonner sur une population moyenne, raisonnons donc par âge en comparant la situation de deux pays très différents :

- prenons un pays développé à la population vieillissante comme le **Royaume-Uni**, avec un âge moyen de 41 ans et 24% de la population âgée de plus de 60 ans. Il est intéressant de prendre ce pays comme référence, puisque son dirigeant, Boris JOHNSON, avait initialement adopté la stratégie de laisser la maladie se propager sans limite, afin d'atteindre le plus vite possible l'immunité collective sans casser la croissance ;
- et pour ce qui concerne l'Afrique, rendons hommage au Président TALON qui a assumé sa position et prenons comme référence de notre raisonnement le **Bénin**, avec un âge moyen de 23 ans et 5% de la population âgée de plus de 60 ans.

<sup>10</sup> « Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand », 16 mars 2020

**Figure 8 – Caractéristiques de nos deux pays de référence**

	 Bénin	 Royaume-Uni
<b>Population totale (millions)</b>	12,1	67,9
<b>Âge moyen de la population</b>	23	41
<b>Poids des personnes de plus de 60 ans</b>	5%	24%

Source: Projections ONU

Appliquons désormais ces probabilités aux deux pays de notre comparaison<sup>11</sup>:

- **au Royaume-Uni**, compte tenu de la répartition par âge des habitants, l'application des probabilités ci-dessus à la population montre que le Covid-19, s'il n'y avait pas de confinement, conduirait 3,2 millions de personnes vers l'hôpital. Parmi ces personnes, 1,1 million auraient besoin de soins intensifs, soit 1,6% de la population totale. Et comme il n'y a que 5.889<sup>12</sup> lits en réanimation disponibles au Royaume-Uni, cela conduirait, dans le scénario le plus pessimiste, à la mort de 1,06 million de personnes, ce qui représente 1,6% de la population totale du Royaume-Uni ;
- **au Bénin**, l'application des mêmes probabilités ci-dessus à la population du pays conduirait 191.510 personnes vers les hôpitaux, parmi lesquelles 37.187 auraient besoin de soins intensifs, soit 0,3% de la population. En l'absence de données précises sur le nombre de lits en réanimation au Bénin, nous appliquons une moyenne basée sur une sélection de pays en Afrique subsaharienne<sup>13</sup>, soit 36 lits. Cela conduirait à 37.151 morts, soit 0,3% de la population totale béninoise.

Ainsi se quantifie l'avantage d'un pays jeune comme le Bénin face à une maladie « de vieux » comme le Covid-19 : sans confinement, la mortalité y serait de 0,3% de la population totale, contre 1,6% au Royaume-Uni<sup>14</sup>. En d'autres termes, **toutes choses égales par ailleurs, et grâce à la jeunesse de l'Afrique, une même stratégie de non-confinement conduirait à 5 fois moins de morts au Bénin qu'au Royaume-Uni, car la jeunesse de la population béninoise viendrait plus que compenser la faiblesse des structures hospitalières.**

La figure ci-après illustre cette différence fondamentale :

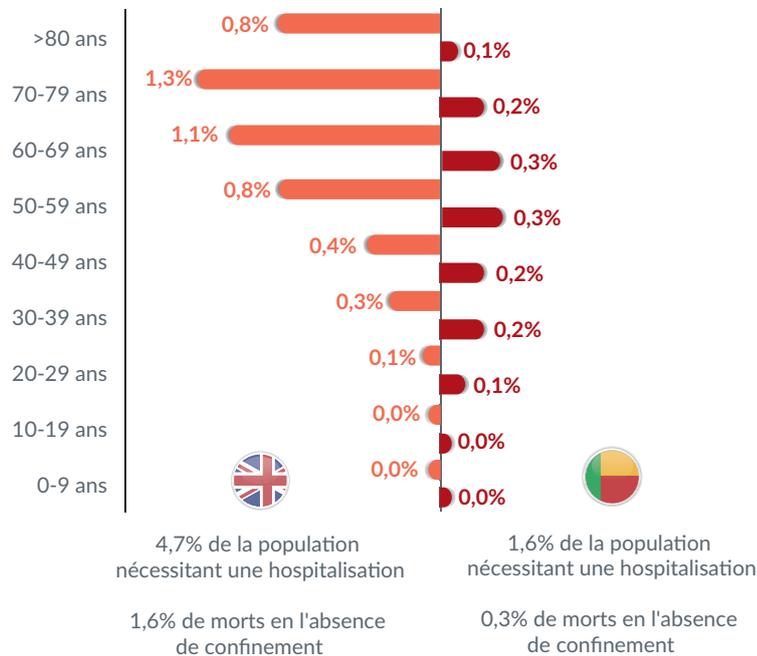
11 En supposant que 60% de la population serait infectée, taux qui permettrait une recrudescence du nombre de cas selon la théorie de l'immunité collective et vu le taux de reproduction de base du Covid-19, estimé entre 2 et 3 selon les spécialistes.

12 National Health Service

13 Gabon, Sénégal, République du Congo, Mali, Malawi, Ouganda, Burkina Faso, Somalie, République Démocratique du Congo. Source: Jeune Afrique

14 À défaut de pouvoir estimer la durée de propagation de l'épidémie jusqu'au pic, nous prenons ici des hypothèses conservatrices. En réalité, les places disponibles en hôpital permettent de traiter un plus grand nombre de patients au fur et à mesure que les premiers patients guérissent ou décèdent.

**Figure 9 – Projection du nombre de personnes nécessitant une hospitalisation en l'absence de mesures de confinement (en pourcentage de la population)**



Source : ONU, Imperial College<sup>15</sup>

Ces chiffres montrent que si les pays africains souffrent d'un désavantage comparatif (ils ont beaucoup moins de places en hôpital), ils ont aussi, grâce à leur jeunesse, un avantage comparatif fort : ils ont beaucoup moins de malades à y envoyer !

À ce premier avantage comparatif s'en ajoute un second, même si cela est plus difficile à quantifier : il est certain que les facteurs de comorbidités constituent une seconde différence majeure entre l'Afrique et les pays industrialisés, au bénéfice du continent :

- il est désormais acquis que l'obésité est un facteur aggravant de mortalité pour le Covid-19 : en France, 83% des patients admis en réanimation sont des personnes en surpoids ou obèses<sup>16</sup> et en Chine, la probabilité de développer une forme sévère de la maladie est plus élevée de 86% pour les personnes en surpoids<sup>17</sup>. Or la prévalence de l'obésité est bien moindre en Afrique (10,6% de la population adulte) qu'en Europe (23,3%). De même, les personnes en surpoids représentent 31,1% de la population adulte en Afrique, contre 58,7% pour l'Europe<sup>18</sup>.
- Le tabac semble également être un facteur aggravant : d'après une étude réalisée en Chine, parmi ceux qui ont développé une forme sévère de la maladie, 25,5%

<sup>15</sup> « Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand », 16 mars 2020

<sup>16</sup> Surpoids : indice de masse corporelle (IMC) situé entre 25 et 30 kg/m<sup>2</sup>. Obèses : IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>.

<sup>17</sup> « Obesity and COVID-19 Severity in a Designated Hospital in Shenzhen, China », The Lancet, 1er avril 2020

<sup>18</sup> Estimations OMS (2016) pour la population adulte. Surpoids : indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>. Obèses : IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>.

---

étaient fumeurs et 7,6% étaient anciennement fumeurs, contre 11,8% de fumeurs et 1,6% d'anciens fumeurs pour les formes bénignes<sup>19</sup>. Ceux qui connaissent bien l'Afrique sait qu'on y fume moins qu'ailleurs dans le monde, et notamment moins qu'en Chine: là encore, l'Afrique présente un avantage comparatif, avec 24,2% de fumeurs parmi les hommes adultes et 2,4% pour les femmes adultes, contre 39% et 19,3% respectivement en Europe<sup>20</sup>.

Bien sûr, la pyramide des âges et les comorbidités ne sont que quelques facteurs qui influencent la proportion de personnes qui nécessiteront une hospitalisation et, *in fine*, celles qui mourront de la maladie. À ce stade de la pandémie, plusieurs autres facteurs restent inconnus, notamment:

- le climat des pays touchés par le Covid-19 qui, à bien des égards, est comparable à la grippe saisonnière, et pourrait être sensible à la variation des températures ;
- certains traitements usuels en Afrique, comme le vaccin BCG, qui pourrait prévenir les formes sévères de la maladie liée au Covid-19.

Si ces éléments ne peuvent être modélisés à ce stade, il n'en reste pas moins que plusieurs caractéristiques de la population africaine (sa jeunesse, ses comorbidités, etc.) la protège de façon significative contre le Covid-19.

Il est important que l'Afrique analyse le Covid-19 avec des yeux et des concepts qui lui sont propres, sans appliquer « tels quels » les chiffres inquiétants qui proviennent des pays industrialisés.

### II.1.3 LE CONFINEMENT N'A PAS DE SENS CAR LA LOGIQUE QUI LE SOUS-TEND N'EST PAS TRANSPOSABLE À L'AFRIQUE

Comme l'illustre le graphique ci-dessous, la stratégie du confinement vise à aplatir la courbe de l'épidémie, en étalant dans le temps la propagation du virus, et ainsi diminuer le nombre de malades nécessitant une hospitalisation en même temps afin de ne pas saturer les structures sanitaires. Mais une analyse simple de cette approche montre que tous les pays ne sont pas logés à la même enseigne quand il s'agit du confinement:

- lorsque les infrastructures sanitaires sont importantes et peuvent accueillir beaucoup de patients, il suffit de retarder la propagation de la maladie sur quelques mois seulement, *a fortiori* si les capacités d'accueil en réanimation peuvent être temporairement augmentées<sup>21</sup> ;
- Mais dans des pays où la densité de lits de réanimation est très faible, il faudrait étaler la propagation de la maladie sur plusieurs années – ou jusqu'à la découverte d'un traitement - pour ne jamais saturer les capacités du système de santé, en bloquant l'activité pendant toute cette période, ce qui n'a évidemment aucun sens.

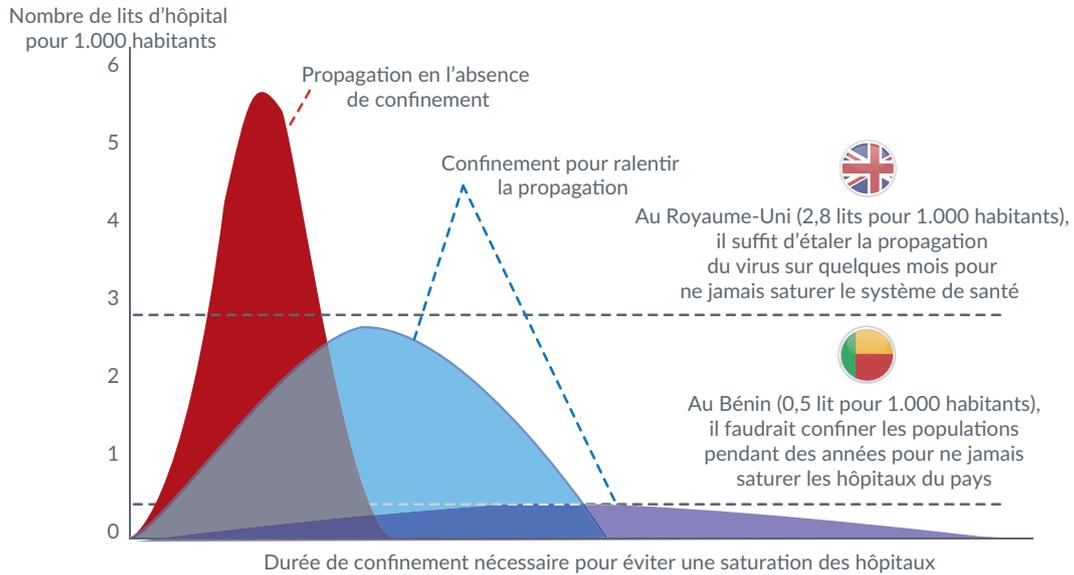
---

19 « Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China », Guan et al., 2019. L'étude a été réalisée sur 1.099 patients hospitalisés. Les formes sévères incluent les patients qui ont eu besoin d'une assistance respiratoire, qui ont été admis en réanimation, ou qui sont décédés.

20 Estimations OMS (2012)

21 En France, par exemple, les capacités d'accueil en réanimation, qui étaient d'environ 4.500 places au niveau national, ont été passées à 11.000 lits. De même, au Maroc, les capacités d'accueil en réanimation sont passées de 1.640 à 3.000 lits. Rappelons ici qu'un appareil de respiration artificiel coûte environ €10.000 et qu'une journée en réanimation coûte environ €3.000 par patient.

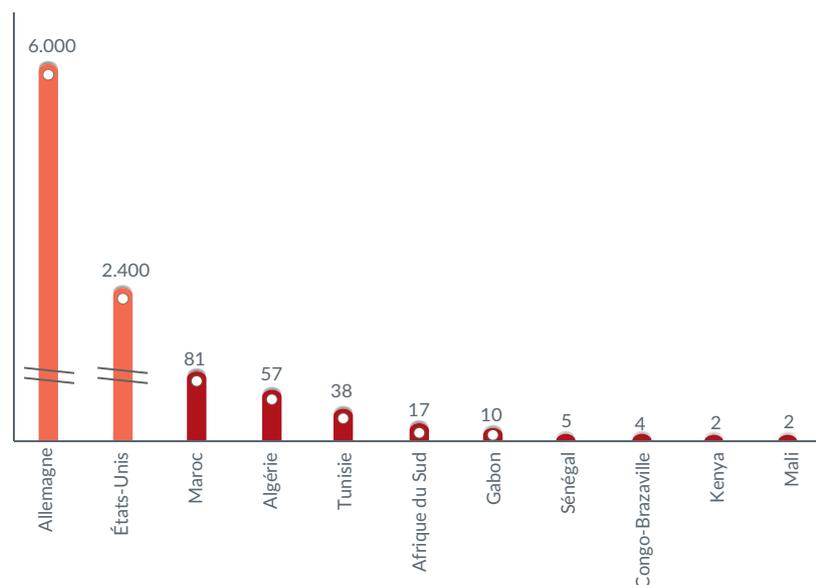
**Figure 10 – Durée de confinement nécessaire et infrastructures sanitaires: cas du Bénin et du Royaume-Uni**



Source: OMS

Avant de s'engager dans un confinement strict, les pays doivent mesurer qu'ils ne sont pas égaux: moins un pays a de lits de réanimation et plus le confinement devra y être long et la crise économique forte. Et dans la plupart des pays d'Afrique, la transposition de la stratégie des pays riches (« étaler la propagation dans le temps ») se traduirait par des années de confinement !

**Figure 11 – Nombre de lits de réanimation pour 1 million de personnes**



Source: FINACTU, Jeune Afrique, ONU

---

De plus, les pays les mieux équipés sont généralement ceux qui auront les moyens de mettre en place de réels filets de sécurité pour les plus vulnérables face au confinement.

Les dirigeants africains, ne pouvant pas se permettre un confinement « aveugle », doivent se tourner vers des mesures alternatives en s'inspirant des pays qui ont endigué la pandémie avec succès.

## II.2 LE DÉPISTAGE ET LE PORT DU MASQUE, ALTERNATIVE AU CONFINEMENT GÉNÉRAL

Si la stratégie du confinement total n'est ni réaliste ni pertinente en Afrique, quelles solutions alternatives adopter ?

- **Le confinement ciblé et la limitation des mouvements.** S'il est particulièrement difficile de mettre en place un confinement total et généralisé sur toute une population, il est, comme nous l'avons vu, possible de confiner localement selon des modalités diverses permettant de freiner, au moins modérément, la progression de la contagion. Chaque pays africain devrait envisager un recours à cette possibilité, selon ses spécificités sociétales propres, tout en considérant celle de limiter drastiquement les mouvements entre les régions, les villes, voire les villages. Cette deuxième option aurait au moins deux avantages : elle permettrait, dans un premier temps, de ralentir la propagation de la contagion vers la périphérie puis, dans un second, des nouveaux foyers en périphérie vers des lieux encore épargnés.
- **Le dépistage.** La généralisation du dépistage est un élément clé de la stratégie de succès. L'Afrique ne dispose pas, à ce jour, des capacités suffisantes pour tester sa population, toutefois, les chiffres indiquent que la contagion est à ce jour en retard par rapport aux pays du Nord comme la France ou l'Espagne<sup>22</sup>. Si la réponse de ces pays face à leurs manques de moyen a pris du temps à se mettre en place, les capacités de dépistage sont désormais en augmentation constante (la France devrait atteindre une capacité quotidienne de 50.000 tests PCR par jour d'ici fin avril<sup>23</sup>) et laissent entrevoir la possibilité d'y appliquer la « solution sud-coréenne » très prochainement. L'espoir est donc désormais permis que l'industrialisation des tests dans les pays du Nord permette, d'ici le pic prévu, en Afrique, une exportation d'une partie des stocks vers le continent. Comment sera financé l'achat de ces tests ? Par les États ? Les bailleurs de fonds ? L'aide internationale ? Quelle que soit la réponse à cette question, il est nécessaire de prendre dès à présent les mesures financières qui permettront un acheminement massif de tests lorsque celui-ci sera rendu possible.
- **La généralisation du port du masque et des gestes barrières.** Si la communauté scientifique a tâtonné pour trancher sur la pertinence d'une généralisation du port du masque aux populations, il semble désormais acquis qu'il s'agit d'un outil prophylactique essentiel, de même que les gestes barrières, le gel hydroalcoolique, etc. Ces mesures ne nécessitent pas de moyens inaccessibles, et l'on sait que le masque, par exemple, peut être fabriqué de façon relativement simple et artisanale.

---

22 [https://www.huffingtonpost.fr/entry/coronavirus-pourquoi-lafrique-semble-relativement-epargnee\\_fr\\_5e849d62c5b6871702a7ee11](https://www.huffingtonpost.fr/entry/coronavirus-pourquoi-lafrique-semble-relativement-epargnee_fr_5e849d62c5b6871702a7ee11)

23 [https://www.huffingtonpost.fr/entry/tests-face-au-coronavirus-pourquoi-la-france-ne-copie-pas-lallemagne\\_fr\\_5e81c3c0c5b66149226ad574?ncid=other\\_huffpostre\\_pqylmel2bk8&utm\\_campaign=related\\_articles](https://www.huffingtonpost.fr/entry/tests-face-au-coronavirus-pourquoi-la-france-ne-copie-pas-lallemagne_fr_5e81c3c0c5b66149226ad574?ncid=other_huffpostre_pqylmel2bk8&utm_campaign=related_articles)

### III. QUELLE RÉPONSE ÉCONOMIQUE A LA CRISE EN AFRIQUE : LES CAISSES DE PRÉVOYANCE SOCIALE, SOLUTIONS DE COURT ET DE MOYEN TERME

Quelle que soit la façon dont seront tranchés en Afrique les débats décrits ci-dessus sur les stratégies sanitaires de lutte contre le Covid-19, il est clair qu'un fort impact négatif sur la croissance du continent va se faire sentir. L'Afrique n'a hélas pas la force de frappe des pays développés pour amortir le choc, comme le montre une comparaison simple des budgets annuels des États aux masses salariales à prendre en charge pour atténuer les effets de la crise économique :

**Figure 12 - Comparaison des grands agrégats macroéconomiques de la Côte d'Ivoire et de la France**

€ Milliards	 France	 Côte d'Ivoire
Masse salariale du secteur privé	571	7,3 <sup>24</sup>
Dépenses publiques	1,310	7,1
Dépenses publiques en % du PIB	54%	24%
Déficit public (avant crise)	75	1,2
Dette publique	2,380	14,5
Dette publique en % du PIB	98,10%	48,60%
Un mois de masse salariale du secteur privé représente (en % de la dépense publique)	3,70%	8,60%
(en % de la dette publique)	2%	4,20%

Sources : CNPS et INS pour la Côte d'Ivoire ; INSEE pour la France

- quand le Président MACRON s'engage à prendre en charge tout ou partie de la rémunération du secteur privé en France, il sait qu'un mois de cette rémunération représente 3,7% de la dépense publique annuelle du pays ; en Côte d'Ivoire, le Président OUATTARA sait qu'il lui en coûtera plus du double s'il envisage la même mesure ;

<sup>24</sup> La masse salariale a été obtenue en utilisant un salaire moyen de FCFA 139.500 pour les travailleurs salariés (source CNPS) et de FCFA 40.000 pour les travailleurs du secteur informel : <https://www.afd.fr/fr/media/download/11829>

- en France, la mesure phare de prise en charge du montant de la masse salariale du secteur privé placée en chômage partiel (20 milliards d'euros pour assurer 70% du salaire brut des 5,8 millions de personnes en chômage technique, dont l'UNEDIC prend un tiers à sa charge) n'induirait une hausse « que » de 0,5% par mois de la dépense publique qui ne représenterait en retour « que » 0,3% du montant de la dette publique ;
- en Côte d'Ivoire, compte tenu de la place moins prépondérante de l'État dans l'économie et de l'importance du travail informel, une telle mesure<sup>25</sup> entraînerait une hausse de 1,8%<sup>25</sup> de sa dépense publique et représenterait plus de 2,6% de sa dette en un mois seulement de mise en œuvre.

**Figure 13 – Comparaison de l'impact de la prise en charge des salaires des travailleurs du secteur privé en chômage partiel durant un mois sur les comptes publics de la France et de la Côte d'Ivoire**

	 France	 Côte d'Ivoire	Coefficient multiplicateur
Coût de la mesure en % de la dépense publique	0,53%	1,76%	X 3,3
Montant en % de la dette publique	0,29%	2,58%	X 8,82

Le tableau ci-dessus met en évidence la moindre capacité des États africains (la Côte d'Ivoire étant plutôt l'un des plus nantis du continent) à amortir le choc de la crise économique par la mise en place de mesures socio-économiques de cette ampleur. Au-delà de la taille relative des budgets, les États africains ont en général moins de leviers en temps de crise pour mettre en place des plans de relance, comme le montre notamment la part des recettes fiscales - par nature plus flexibles que le reste des recettes - dans les recettes totales (84% pour la France et 34% pour la Côte d'Ivoire), en raison notamment de la faiblesse de la collecte de l'impôt et d'une base de cotisants moins importante.

Dans un tel contexte, que peuvent faire les pays d'Afrique ?

Chacun devra trouver sa voie. Mais FINACTU voudrait ici inviter les gouvernements à considérer que les caisses de prévoyance sociale peuvent être, à très court terme comme à moyen et long termes, un formidable levier politique dans la lutte contre des crises sanitaires et économiques comme celle qui nous frappe aujourd'hui. À plus long terme, le renforcement de nos investisseurs institutionnels africains (compagnies d'assurance, caisses des dépôts, etc.) sera un atout précieux pour affronter les prochaines crises.

<sup>25</sup> En supposant que nous aurions comme en France 31% des salariés au chômage partiel, ainsi que 31% des informels, et que l'État leur assurerait 70% du salaire brut, sans participation de l'UNEDIC

---

### III.1 LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN SOUTIEN CONTRACYCLIQUE DE LA DEMANDE

Les pensions de retraite servies par les caisses de Sécurité sociale, parce qu'elles ne sont pas la contrepartie d'un travail immédiat et sont donc déconnectées de l'activité économique, ne sont pas affectées par la crise économique liée au Covid-19. Ces prestations sociales permettent une sauvegarde du pouvoir d'achat des assurés au niveau microéconomique mais aussi, par déversement, un soutien de la demande au niveau macroéconomique. Les caisses remplissent donc non seulement un rôle au niveau de leurs assurés mais se révèlent aussi être un formidable soutien de l'activité économique en étant un des relais les plus sûrs de l'irrigation des circuits de consommation.

**Dans une période de crise comme celle que nous connaissons actuellement, est-il opportun d'inciter les caisses à réfléchir à une révision à la hausse des prestations sociales ?**

Soulignons immédiatement qu'une telle idée ne peut concerner que les caisses qui en ont les moyens, c'est-à-dire celles qui disposent de réserves. La situation des caisses de prévoyance sociale du continent est de ce point de vue très hétérogène, et si certaines affichent un dénuement total qui leur fait même accumuler des retards de paiement dans les prestations, nombreuses sont celles qui jouent le rôle d'investisseur institutionnel dans leur pays : la CNPS au Cameroun, la CNPS et la CGRAE en Côte d'Ivoire, la CNSS au Niger, la CNSS et la CARFO au Burkina Faso, la CNSS au Bénin, la CNSS et la CRT au Togo, la CNAMGS et la CNSS au Gabon, la CNPS au Tchad, etc. Une éventuelle revalorisation des prestations sociales ne peut concerner que les caisses qui ont profité des périodes antérieures de « vaches grasses » pour accumuler des réserves et qui peuvent ainsi, aujourd'hui, jouer un rôle contracyclique en période de « vaches maigres ». C'est d'ailleurs cette logique qui légitime la sollicitation des caisses de prévoyance sociale dans ces périodes de crise : ces institutions ont profité des années de croissance économique (plus de cotisants et des assiettes de cotisations augmentées) pour constater une augmentation des cotisations encaissées : il est normal que symétriquement elles soutiennent l'activité économique en période de ralentissement.

Soulignons aussi qu'il ne s'agit pas d'envisager une revalorisation sans discernement des prestations. Car les caisses doivent avoir le souci permanent des équilibres actuariels et financiers qu'elles doivent respecter. Les équipes de FINACTU, par les très nombreuses missions d'évaluation actuarielle qu'elles conduisent partout sur le continent, conseillent en permanence les caisses dans la mise en œuvre de réformes paramétriques visant précisément à assurer l'équilibre actuariel entre les niveaux de prestations et les niveaux de cotisations. Si une revalorisation des prestations doit être décidée dans le cadre de la lutte contre les effets dépressifs du Covid-19, cela doit être fait dans le strict respect des principes d'équilibre actuariel.

---

Plusieurs moyens s'offrent aux caisses de prévoyance sociale.

Certaines pourraient procéder à une **revalorisation des pensions minimales** qui existent dans de nombreux pays, et qui visent à assurer un revenu minimal aux personnes ayant subi des carrières courtes marquées par des périodes de chômage ou d'inactivité liée à un handicap ou à des maternités. Dans de nombreux pays, ces pensions minimales n'ont pas été revalorisées depuis plusieurs années et ont ainsi subi l'érosion de l'inflation. Le moment de crise que nous vivons rend opportune une revalorisation de ces pensions, d'autant plus que la propension à dépenser immédiatement le supplément de revenu ainsi alloué aux bénéficiaires – tous modestes – est grande : l'injection dans l'économie serait donc immédiate.

Dans le prolongement de l'idée précédente, lorsque la situation de la caisse le permet, une **revalorisation globale des pensions** pourrait être envisagée dans certains pays. C'est ce qu'a fait déjà, par exemple, à la CNPS de Côte d'Ivoire où les pensions ont été revalorisées de 5% en 2020. Les équipes de FINACTU ont eu l'honneur d'accompagner la CNPS par une étude actuarielle complète pour assurer que cette revalorisation ne dégrade pas les équilibres de l'institution.

Autre solution, plutôt qu'une revalorisation des pensions de retraite, il est possible d'envisager une **revalorisation temporaire des seules allocations familiales**, pendant la durée de la crise. En effet, ces branches de prestations familiales sont souvent largement excédentaires en Afrique et pourraient supporter, dans de nombreux pays, un doublement des montants accordés, sur une période limitée. Par ailleurs, en dehors du montant des allocations familiales, le soutien aux ménages pourrait passer par un **assouplissement des conditions d'accès à ces allocations**. Une proportion élevée de mères, parfois célibataires, ne remplissent pas les conditions administratives d'accès aux allocations. Il pourrait être utile de simplifier et d'épurer ces conditions administratives en ces temps de crise. Enfin, lorsque les moyens financiers de la caisse sont limités, une prestation exceptionnelle, non permanente, pourrait être envisagée, ciblée sur les allocataires les plus modestes, afin de soutenir la consommation.

Enfin, les caisses qui disposent d'une **branche de l'Action sanitaire et sociale** pourraient réorienter une partie de l'activité de cette dernière vers la lutte contre le Coronavirus. Les formes de cette branche varient grandement d'un pays à l'autre (quand elle existe), de même que les modalités de son action, il est toutefois manifeste qu'elle s'adresse le plus souvent aux populations les plus démunies donc à celles dont les moyens de se protéger seront les plus faibles durant la crise. Nous pourrions ainsi penser à la mise en place de dispensaires d'urgence, à des distributions de masques ou de gels hydroalcooliques ou tout simplement à une hausse temporaire du budget de ces branches afin de pouvoir augmenter le volume des dons à ces populations.

---

### III.2 LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN SOUTIEN DE L'OFFRE ET DES ENTREPRISES

Un deuxième axe de soutien des caisses de prévoyance sociale en période de crise économique peut être ciblé sur les entreprises. Ces dernières sont la principale richesse des systèmes de Sécurité sociale qu'elles financent par leurs cotisations assises sur les salaires versés aux employés. La relation entre les caisses de Sécurité sociale et les entreprises contributrices est complexe :

- d'un côté, les caisses doivent se battre pour assurer un recouvrement efficace et éviter le travail informel, la sous-déclaration des salaires ou le non-paiement des cotisations sociales ;
- mais d'un autre côté, les caisses ne doivent jamais « tuer la poule aux œufs d'or » et leur intérêt est de protéger et d'épargner les entreprises dans les temps difficiles, pour assurer les cotisations de demain.

Dans un contexte comme celui de la crise économique soudaine du Covid-19, qui affaiblit brutalement le tissu d'entreprises, il est dans l'intérêt des caisses de Sécurité sociale de faire preuve de bienveillance et de discernement vis-à-vis des entreprises.

Plusieurs options s'offrent aux caisses de prévoyance :

- la première est celle d'un **moratoire sur les cotisations**, par exemple sous la forme d'échéanciers de paiement distincts d'une entreprise à l'autre selon son secteur d'activité et la sévérité de la crise ; ainsi, un tel moratoire peut concerner des entreprises du secteur aérien, de l'événementiel ou de la restauration par exemple ;
- une seconde option est celle de l'**exemption pure et simple des cotisations dues**, là encore par entreprise et par secteur, tant que durera la crise. Si cette option est en réalité imposée dans le cas d'entreprises dont l'activité est à l'arrêt et où les employés sont au chômage technique (pensons aux cinémas et à la restauration), elle s'avère particulièrement généreuse et pertinente dans le cas d'entreprises dont l'activité est ralentie mais non arrêtée, par exemple le transport routier ou dans une moindre mesure le secteur pétrolier dont bon nombre de travailleurs s'apparentent à des coûts fixes tant le besoin en maintenance des sites est décorrélé du volume des extractions.

Bien entendu, il n'appartient pas aux caisses elles-mêmes de décider ces mesures, mais à la puissance publique, par décret ou loi selon les cas. Il va de soi que ces mesures, si elles étaient décidées par le gouvernement, devraient faire l'objet d'une compensation par l'État au bénéfice de la caisse (obligation d'État ?).

Plusieurs organismes de protection sociale d'Afrique ont d'ores et déjà pris adopté des mesures de soutien directs aux entreprises en mettant en place ce type de mesures :

**Figure 14 – Mesures de soutien prises par quelques caisses de Sécurité sociale en Afrique**

Caisses	Pays	Mesure	Durée
CNPS		Moratoire sur les cotisations	3 mois
CNAPS		Moratoire sur les cotisations	3 mois
CNSS		Moratoire sur les cotisations	3 mois
CNSS		Moratoire sur les cotisations sociales du 2 <sup>ème</sup> trimestre 2020	3 mois
CNSS		Moratoire sur les cotisations sociales pour les entreprises du tourisme et de l'hôtellerie	3 mois

Une troisième voie qui n'a pas encore été adoptée par les caisses est celle d'une **diminution temporaire des cotisations**. La détermination du degré et de la durée de cette diminution ne pourrait se faire sans une étude actuarielle approfondie permettant de préserver les équilibres de long terme, pourtant, une solution pouvant rapidement être mise en œuvre existe et elle s'apparente *de facto* à une adaptation des cotisations au strict besoin des branches sur la période choisie.

L'expérience accumulée pendant plus de 20 ans par FINACTU sur le continent et sa connaissance intime des caisses de la CIPRES permet de proposer cette option en posant ici un constat connu: il est rarissime que les branches dites de court-terme c'est-à-dire celles des « prestations familiales » et des « accidents de travail » soient déséquilibrées techniquement, en outre, le montant des cotisations perçues au titre de ces branches apparaît systématiquement supérieur aux besoins nécessaires pour les prestations qu'elles doivent couvrir, autrement dit ces branches sont structurellement déséquilibrées positivement. Si les excédents accumulés par ces branches servent le plus souvent à combler les déficits des branches « retraite », *a contrario* systématiquement déséquilibrées négativement car trop généreusement paramétrées, et remplissent donc une vraie fonction de long terme, il est évident que sur un horizon de court terme, une baisse des taux de cotisation de ces branches ne mettrait pas en danger leur équilibre actuariel et pourrait être décidée.

Enfin, une dernière option, bien connue en France, pourrait être la **mise en place de mécanismes de préretraite** destinés aux populations proche de l'âge légal de départ. Selon les modalités de mise en place, les dispositifs de préretraite permettraient en premier lieu de soulager la pression fiscale des entreprises puis, dans un second temps, une fois le calcul des droits et le versement de la première pension effectués, la réintroduction dans

le circuit économique d'une partie de cette dernière. Le coût de telles mesures devrait, ici encore, être quantifié mais il est possible de penser à plusieurs scénarii: les droits pourraient par exemple être calculés sans la période non cotisée en considérant que les dernières années travaillées seraient celles du salaire de référence (i), la caisse pourrait dans un autre cas s'acquitter de la part patronale afin de ne pas diminuer la pension du futur retraité (ii).

### III.3 LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE EN SOUTIEN DE L'ACTIVITÉ EN GÉNÉRAL

Un dernier rôle que pourraient remplir les caisses serait celui d'un soutien direct à l'État sous la forme d'une aide au financement de la réponse à la crise. Comme rappelé dans le paragraphe précédent, les caisses de Sécurité sociale sont, pour la plupart, dotées d'importantes réserves, fruits des excédents accumulés d'une année sur l'autre destinés à payer d'ici quelques années les prestations dues aux futurs assurés. S'il est difficile de généraliser le portefeuille type de titres détenus par les caisses, il est courant que celles-ci disposent d'importants montants de dépôts à terme ou autre type de placements à échéance courte donc mobilisables rapidement. L'absence de liquidités jouant contre les États dans la lutte contre la crise, il pourrait être envisagé que les caisses consentent à accorder aux États des prêts à taux 0% afin que ceux-ci puissent mettre en place les différents projets coûteux tels que la mise en place d'hôpitaux, l'achat de tests, etc... Cette participation pourrait s'assimiler à un emprunt d'État fait par exemple sous la forme d'une Obligation assimilable du Trésor (OAT). Cette voie est celle qu'a d'ores et déjà empruntée la CNPS de Côte d'Ivoire en accordant à l'État un prêt combiné à un don spécifique au contexte Covid-19.

---

## IV. CONCLUSION

Depuis que la crise du Covid-19 a éclaté, il y a 2 ou 3 mois, la vision que nous en avons est construite à travers les chaînes de télévision européennes ou internationales, avec les images des hôpitaux saturés d'Italie, des maisons de retraite françaises endeuillées, de la morgue de New-York où s'entassent les morts plus rapidement qu'ils ne peuvent être enterrés, du Premier Ministre britannique lui-même hospitalisé après avoir sous-estimé la crise sanitaire.

L'Afrique prend peur en attendant que cette crise ne la submerge de la même façon, et la peur collective est redoublée par les faiblesses de nos systèmes de soins et les faibles capacités d'accueil en réanimation.

Mais avons-nous raison d'avoir peur ? Les gouvernements doivent-ils laisser la peur dicter leur réaction politique face à la crise ?

**L'équipe FINACTU considère qu'il serait faux de regarder cette crise en Afrique avec les yeux des pays riches et qu'il n'y a pas de sens à appliquer au continent les mêmes stratégies prophylactiques qu'en Europe ou aux États-Unis.**

Une première évidence s'impose : le Covid-19 est une maladie de personnes âgées, de comorbidité et de personnes en surpoids, qui frappe très durement les pays industrialisés vieillissants et repus. Mais les populations d'Afrique, beaucoup plus jeunes et beaucoup moins concernées par l'obésité, seront beaucoup moins touchées. Nos calculs montrent que, toutes choses égales par ailleurs, un pays comme le Bénin sera 5 fois moins touché que le Royaume-Uni, malgré un nombre de lits de réanimation bien moins important relativement. Ce chiffre donne raison *a posteriori* au Président TALON, qui assumait explicitement de ne pas soumettre tous les Béninois à un confinement « à l'europpéenne ».

Une seconde évidence vient renforcer ce constat : outre qu'il n'est pas réaliste, le confinement total ne serait pas supportable économiquement en Afrique, car il ne pourrait être accompagné des mesures qui le rendent acceptable dans les pays industrialisés. Mais la bonne nouvelle, que confirme la présente étude, est que le confinement n'est pas nécessaire en Afrique, où l'organisation de la société est très différente de ce qu'on connaît en Europe, en Chine ou aux États-Unis. En Afrique, il est fréquent que les retraités « retournent au village » pour y goûter le repos et la tranquillité de la dernière partie de leur vie. Comme l'ont déjà mis en place de nombreux pays, il est donc très utile, à la place d'un confinement total, d'assurer la protection des villages par rapport aux villes, où la maladie se développe rapidement.

Enfin, l'équipe FINACTU voit dans cette crise à la fois sanitaire et économique une occasion de mesurer le rôle formidable des investisseurs institutionnels, au premier rang desquels les caisses de Sécurité sociale, dans le soutien à l'économie face aux conséquences négatives de la crise. C'est un message d'action qui ressort de cette analyse : action à court terme

---

en mobilisant ces acteurs institutionnels dans le soutien à l'économie ; action à moyen et long termes en les renforçant demain, pour augmenter la résilience de nos économies africaines. Plus que jamais, l'Afrique toute entière doit accélérer le renforcement de ses investisseurs institutionnels que sont les assureurs, les institutions de Sécurité sociale, les caisses de dépôts et consignation, etc.

Et plus que jamais aussi, les gouvernements doivent généraliser les systèmes de prévoyance sociale à toutes les populations. Certains pays sont sur le point de le faire (Maroc, Côte d'Ivoire), d'autres l'ont déjà fait (Gabon avec la CNAMGS), prouvant que cela est possible !

## V. ANNEXES

### V.1 PROJECTION DE LA MORTALITÉ AU BÉNIN

	POPULATION	NOMBRE DE PERSONNES INFECTÉES (60% : IMMUNITÉ COLLECTIVE)	NOMBRE DE PERSONNES NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION	NOMBRE DE PERSONNES NÉCESSITANT DES SOINS INTENSIFS	NOMBRE DE PERSONNES NÉCESSITANT DES SOINS INTENSIFS (% DE LA TRANCHE D'ÂGE)
0-9 ANS	3.596.950	2.158.170	2.158	108	0,0%
10-19 ANS	2.779.486	1.667.692	5.003	250	0,0%
20-29 ANS	2.061.768	1.237.061	14.845	742	0,0%
30-39 ANS	1.436.443	861.866	27.580	1.379	0,1%
40-49 ANS	981.832	589.099	28.866	1.819	0,2%
50-59 ANS	650.681	390.409	39.822	4.858	0,7%
60-69 ANS	379.183	227.510	37.767	10.348	2,7%
70-79 ANS	184.835	110.901	26.949	11.642	6,3%
>80 ANS	52.020	31.212	8.521	6.041	11,6%
TOTAL	12.123.198	7.273.919	191.510	37.187	0,3%

Source: Imperial College, ONU

## V.2 TABLE DES FIGURES

<b>Figure 1</b>	Bons et mauvais élèves de la lutte contre le Covid-19 (nombre de décès cumulés par pays, échelle logarithmique)	5
<b>Figure 2</b>	Le dépistage massif en Corée du Sud et en Allemagne a permis de limiter le nombre de décès	6
<b>Figure 3</b>	Dépistages quotidiens effectués par la Corée du Sud	7
<b>Figure 4</b>	Différentes stratégies qui tendent toutes vers un but commun	12
<b>Figure 5</b>	Une forte dépendance de plusieurs pays aux exportations de matières premières	13
<b>Figure 6</b>	Une forte dépendance des pays aux revenus du pétrole	13
<b>Figure 7</b>	Le Covid-19, un virus qui frappe et tue les personnes âgées (répartition par groupe d'âge)	17
<b>Figure 8</b>	Caractéristiques de nos deux pays de référence	18
<b>Figure 9</b>	Projection du nombre de personnes nécessitant une hospitalisation en l'absence de mesures de confinement (en pourcentage de la population)	19
<b>Figure 10</b>	Durée de confinement nécessaire et infrastructures sanitaires : cas du Bénin et du Royaume-Uni	21
<b>Figure 11</b>	Nombre de lits de réanimation pour 1 million de personnes	21
<b>Figure 12</b>	Comparaison des grands agrégats macroéconomiques de la Côte d'Ivoire et de la France	23
<b>Figure 13</b>	Comparaison de l'impact de la prise en charge des salaires des travailleurs du secteur privé en chômage partiel durant un mois sur les comptes publics de la France et de la Côte d'Ivoire	24
<b>Figure 14</b>	Mesures de soutien prises par quelques caisses de Sécurité sociale en Afrique	28



[www.finactu.com](http://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