



ESJ Social Sciences

**Nkwenka Nyanda Patrick
Geoffroy**

Ecole Supérieure des Sciences et Techniques
(ESSET), Cameroun

Ngassa Nya Yve Daniel

Université de Maroua, Cameroun

Sonwa Dongue Ghislain Hervé

Université de Dschang, Cameroun

Temomo Wamba Romuald

Université de Dschang, Cameroun

Gachilie Ladifatou

Université de Yaoundé 2 Soa, Cameroun

Submitted: 31 August 2020

Accepted: 19 October 2020

Published: 30 November 2020

Corresponding author:

Nkwenka Nyanda Patrick Geoffroy

DOI: 10.19044/esj.2020.v16n31p162



Copyright 2020 Nkwenka Nyanda Patrick Geoffroy et al.
Distributed under Creative Commons BY-NC-ND 4.0
OPEN ACCESS

CoViD-19, capital humain et crise économique en Afrique subsaharienne : une analyse prospective

Résumé

Depuis quelques mois, le monde fait face à une grave crise sanitaire liée à la pandémie de la CoViD-19. Cette crise menace de faire trébucher l'Afrique subsaharienne en inversant les progrès économiques qu'elle a réalisés ces dernières années. L'objectif de cet article est de mener une étude prospective des effets économiques de la pandémie de la CoViD-19 en Afrique subsaharienne, sur la base d'une analyse de la théorie de la croissance endogène (capital humain), des résultats des travaux empiriques sur le lien santé-croissance et des prévisions axées sur les scénarios projetés par les organismes internationaux (le FMI, notamment) et les études antérieures. Selon le FMI (2020), cette pandémie entraînera une contraction du taux de croissance de 1,6% en Afrique subsaharienne en 2020. Pour faire face à cette crise sanitaire et économique, la priorité selon le FMI (2020) est d'accroître les capacités et les dépenses de santé pour sauver des vies et contenir la pandémie. Par ailleurs, pour répondre aux importants besoins de financement engendrés, tous les partenaires du développement devraient apporter leur soutien, en plus d'alléger la dette des pays les plus vulnérables de cette sous-région. Les politiques budgétaires, monétaires et financières doivent être orientées vers la protection des groupes vulnérables en atténuant les pertes économiques et en soutenant la reprise.

Mots clés: CoViD-19 ; Capital humain ; Crise économique ; Afrique subsaharienne

How to cite this article

Geoffroy, N. et al. (2020). CoViD-19, capital humain et crise économique en Afrique subsaharienne : une analyse prospective. *European Scientific Journal, ESJ*, 16(31), 162. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n31p162>

CoViD-19, Human Capital and Economic Crisis in Sub-Saharan Africa: A Prospective Analysis

Nkwenka Nyanda Patrick Geoffroy, PhD

Ecole Supérieure des Sciences et Techniques (ESSET), Cameroun

Ngassa Nya Yve Daniel, PhD

Université de Maroua, Cameroun

Sonwa Dongue Ghislain Hervé, PhD

Temomo Wamba Romuald, MSc

Université de Dschang, Cameroun

Gachilie Ladifatou, PhD

Université de Yaoundé 2 Soa, Cameroun

Abstract

For the past few months, the world has been facing a serious health crisis linked to the CoViD-19 pandemic. This crisis threatens to trip sub-Saharan Africa by reversing the economic progress it has made in recent years. The objective of this article is to conduct a prospective study of the economic effects of the CoViD-19 pandemic in sub-Saharan Africa, based on an analysis of the endogenous growth theory (human capital), of the results of empirical works on the link between health and growth and forecasts focusing on the scenarios projected by international organizations (the IMF, in particular) and previous studies. According to the IMF (2020), this pandemic will lead to a contraction of the growth rate of 1.6% in sub-Saharan Africa in 2020. To deal with this health and economic crisis, the priority according to the IMF (2020) is to increase health capacities and spending to save lives and contain the pandemic. In addition, to meet the significant financing needs generated, all development partners should provide support, in addition to reducing the debt of the most vulnerable countries in this sub-region. Fiscal, monetary and financial policies must be geared towards protecting vulnerable groups, by mitigating economic losses and supporting the recovery.

Keywords: CoViD-19; Human Capital; Economic crisis; sub-Saharan Africa

Introduction

Depuis les années 1920, une nouvelle composante immatérielle (la capacité humaine) s'est imposée comme moteur déterminant de la croissance

économique à long terme (Nan-guer, 2008). Autrefois, la richesse en matières premières, les industries manufacturières et le volume du capital matériel dont disposait une nation étaient considérés comme les facteurs essentiels de la croissance économique. Mais la théorie de la croissance endogène a montré que la véritable richesse génératrice d'avantage compétitif essentiel est la capacité à innover, à créer des concepts et à produire des idées. Autrement dit, la véritable richesse d'un pays, ce sont ses Hommes. Une population active, saine et bien qualifiée vaut plus que des lingots d'or (Nan-guer, 2008). Ces capacités, mises en valeur par Schultz et Becker à travers la notion de capital humain, sont créées ou produites par la combinaison des capacités innées et d'investissements dans les êtres humains. Sous plusieurs facettes (l'éducation, la nutrition et la santé), le capital humain constitue une source très importante de la croissance économique (Grossman, 1998). Selon la définition de l'OCDE, le capital humain recouvre les connaissances, les qualifications, les compétences et les autres qualités d'un individu qui favorisent le bien-être personnel, social et économique. Pour que le capital humain puisse contribuer favorablement et durablement à la croissance économique, les individus devraient jouir d'une bonne santé ; ce qui fait de cette dernière une composante indispensable du capital humain (Balde, 2004). La détérioration de l'état de santé des individus serait donc de nature à amenuiser l'effet catalyseur du capital humain sur la croissance économique (Grossman, 1998). L'intérêt porté sur le capital humain trouve tout son sens dans le contexte socioéconomique mondial actuel caractérisé par la crise sanitaire planétaire sans précédent due à la CoViD-19 (maladie à coronavirus 2019), une crise qui est en train de propager les souffrances humaines, paralysant l'économie mondiale et bouleversant la vie de nombreux individus (FMI, 2020).

La CoViD-19 apparaît le 17 novembre 2019 dans la ville de Wuhan, en Chine centrale, puis se propage dans le monde entier. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) alerte dans un premier temps la République populaire de Chine et ses autres Etats membres, puis prononce l'état d'urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020. Auparavant, un premier cas est découvert hors de la Chine continentale le 13 janvier 2020. Deux navires de croisière (le MS Westernam et le Diamond Princess) sont aussi touchés. Au cours du mois de janvier 2020, le gouvernement chinois met en œuvre des procédures lourdes de confinement, et place plusieurs villes, puis toute une région en quarantaine, fermant de nombreux sites publics et déployant d'importants moyens sanitaires. Le nombre total de malade hors de la Chine dépasse 1500 à la mi-février 2020. Le 25 février 2020, le nombre de nouveaux cas déclarés quotidiennement hors de la Chine est plus élevé que dans ce pays. Le 11 mars 2020, l'épidémie de CoViD-19 est déclarée pandémie par l'OMS, qui demande des mesures de protection essentielle pour prévenir la saturation des services de soins intensifs et renforcer l'hygiène

préventive (suppression des contacts physiques, bises et serrement des mains, fin des attroupements et des grandes manifestations ainsi que des déplacements et voyages non indispensables, la promotion du lavage des mains, la mise en application de quarantaine, etc.).

Cette pandémie provoque des annulations en série de manifestations sportives et culturelles sur toute la planète, la mise en place par de nombreux pays de mesures de confinement pour freiner la formation de nouveaux foyers de contagion, la fermeture des frontières de nombreux pays, et un krach boursier du fait des incertitudes et des craintes qu'elle fait peser sur l'économie mondiale (Maliszewska *et al.*, 2020). Le 8 avril 2020, environ 1 529 500 cas cumulés sont confirmés dans le monde, dont environ 339 500 personnes guéries et 89 500 morts. Ce sont 214 pays et territoires qui sont touchés par cette crise sanitaire mondiale, avec des foyers majeurs en Chine, en Italie, aux Etats-Unis, en Espagne, en Allemagne, en Iran et en France.

Une récession mondiale est attendue du fait des perturbations généralisées provoquées par la pandémie de CoViD-19. La croissance mondiale devrait s'effondrer, passant de 2,9 % en 2019 à une contraction de 3,0 % en 2020, soit un repli bien pire que lors de la crise financière mondiale de 2008–09 (FMI, 2020). Parmi les principaux partenaires commerciaux de l'Afrique subsaharienne, la zone euro devrait connaître une contraction de 7,5 % en 2020, contre une croissance de 1,2 % en 2019, tandis que la croissance en Chine devrait considérablement décélérer de 6,1 % à 1,2 % (FMI, 2020).

L'Afrique subsaharienne n'est pas épargnée ; elle est confrontée à une crise sanitaire et économique sans précédent, qui menace de faire trébucher la région et d'inverser les progrès constatés ces dernières années sur le front du développement (Caldera *et al.*, 2020). En outre, par le lourd tribut humain qu'elle prélève, le bouleversement des moyens d'existence qu'elle entraîne et les dommages qu'elle cause aux entreprises et aux bilans publics, cette crise pourrait assombrir les perspectives de croissance de la région dans les prochaines années (Calderon *et al.*, 2020).

La rapide propagation du virus, si elle n'est pas maîtrisée, risque de submerger des systèmes de santé qui sont déjà fragiles. Le nombre de cas confirmés de CoViD-19 en Afrique subsaharienne est en augmentation rapide. Au 9 avril, plus de 6 200 cas étaient confirmés dans 43 pays de la région, l'Afrique du Sud, le Cameroun et le Burkina Faso étant les plus touchés (FMI, 2020).

Comme dans le reste du monde, la crise sanitaire due à la CoViD-19 a précipité une crise économique dans la région subsaharienne résultant de trois chocs de taille sur l'activité économique (FMI, 2020) :

- les strictes mesures d'endiguement et d'atténuation que les pays ont dû prendre pour limiter la propagation de la CoViD-19 perturberont la production et réduiront nettement la demande ;

- l'effondrement de la croissance économique mondiale et le resserrement des conditions financières ont de fortes retombées sur la région ;
- ces effets vont être aggravés par la brusque baisse des cours des produits de base, notamment du pétrole, qui accentue les difficultés dans certains des plus grands pays de la région, riches en ressources naturelles.

La maladie à virus Ébola et la CoViD-19 sont des maladies contagieuses très différentes. Toutefois, elles ont déclenché des mesures de santé publique similaires, de sorte que l'expérience de la crise de la période 2014–2015 demeure pertinente aujourd'hui (FMI, 2020). Lorsque le virus Ébola s'est propagé aux zones urbaines surpeuplées, les systèmes de santé publique ont été rapidement submergés, les rares ressources ayant été réorientées vers la lutte contre l'épidémie (FMI, 2020). L'impact économique des mesures d'endiguement et d'atténuation a été considérable, en raison de la forte baisse de l'offre de main-d'œuvre. Une rapide augmentation de l'aide internationale a été cruciale pour contenir la propagation du virus et atténuer son impact. Face à l'effondrement des recettes budgétaires, un financement budgétaire s'est avéré indispensable pour assurer les services publics essentiels, dont les soins de santé, l'éducation et la sécurité (FMI, 2020).

La plus grave flambée de maladie à virus Ébola jamais enregistrée a eu des effets dévastateurs en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone (FMI, 2020). La maladie à virus Ébola a infecté plus de 28000 personnes, a causé plus de 11000 morts et a eu un coût humain énorme sous forme de souffrances, de dislocation sociale, d'insécurité alimentaire et de bouleversements de la vie quotidienne normale (FMI, 2020). Les ressources ayant été redirigées vers la lutte contre l'épidémie, des systèmes de santé tout entiers ont été essentiellement mis à l'arrêt, ce qui a nui à la fourniture des soins de santé, y compris le diagnostic et le traitement des autres maladies infectieuses (FMI, 2020). En dehors des effets dévastateurs au niveau sanitaire, l'épidémie d'Ebola a aussi eu un profond impact socio-économique en Afrique subsaharienne, notamment en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. Selon la Banque mondiale, on estime la perte en termes de produit intérieur brut à 2,2 milliards de dollars en 2015 pour les trois pays. La croissance a chuté de 9 % en moyenne dans les pays touchés, principalement du fait de la réduction de l'offre de main-d'œuvre (Wane *et al.*, 2019).

La maladie a eu pour conséquences une baisse des investissements ainsi que des pertes substantielles dans le secteur privé, un déclin de la production agricole menant à une inquiétude au niveau de la sécurité alimentaire, et enfin une baisse du commerce transfrontalier liée à une

augmentation des restrictions des déplacements des personnes, des biens et des services (Nations Unies, 2015).

En raison de la mortalité et la morbidité en rapport avec la maladie à virus Ebola, l'activité économique s'est contractée (Nations Unies, 2015). Cette contraction résulte de la combinaison de plusieurs éléments, notamment : la baisse des ventes sur les marchés et dans les commerces, une activité réduite dans les restaurants, les hôtels, les transports publics, la construction et les institutions éducatives (causée également par les mesures gouvernementales comme la déclaration de l'état d'urgence et les restrictions imposées à la circulation des personnes), et le ralentissement de l'activité des sociétés alors que de nombreux expatriés s'en vont, entraînant une baisse de la demande de certains services (Nations Unies, 2015).

L'épidémie d'Ebola a entraîné une diminution des revenus et une augmentation des dépenses, en particulier dans le secteur de la santé, ajoutant une pression supplémentaire sur les déficits budgétaires et affaiblissant la capacité du gouvernement à la fois de contenir la maladie et de renforcer l'économie grâce par exemple à des mesures de stimulus budgétaire (Nations Unies, 2015). Les pays ont eu recours à des appuis extérieurs pour combler leurs déficits financiers. Les recettes publiques ont diminué (Nations Unies, 2015). Cette réduction s'est expliquée par une diminution de l'activité économique et par une contraction de l'assiette fiscale dans la plupart des secteurs, notamment dans l'industrie et les services (Nations Unies, 2015). On peut y ajouter une faiblesse accrue de l'administration fiscale, de sorte que moins d'impôts ont été prélevés sur les revenus, les entreprises, les biens et services et le commerce international. En outre, les redevances collectées sur les ressources naturelles dominantes se sont amoindries (Nations Unies, 2015).

Par ailleurs, la crise déclenchée par l'épidémie d'Ebola a exigé des dépenses non négligeables dans le secteur de la santé pour confiner la maladie alors que les besoins en protection sociale croissaient également rapidement (Nations Unies, 2015). D'autres dépenses non sanitaires ont également émergé à propos de la sécurité, des importations alimentaires et autres. De par ses effets négatifs sur les recettes et les dépenses publiques, l'épidémie a mis à mal les budgets, contribuant substantiellement à l'élargissement des déficits budgétaires (Nations Unies, 2015). Au regard de la diminution des recettes publiques et de l'augmentation des dépenses, la crise a détourné les dépenses publiques d'investissements en capital physique et humain au profit de dépenses de santé et autres dépenses sociales. Les investissements privés étrangers et nationaux ont également été en diminution à court terme, souvent en raison de l'alarmisme généré par la maladie (Nations Unies, 2015).

La crise d'Ebola a réduit l'offre de travail (y compris chez les expatriés), diminuant potentiellement la quantité et la qualité de biens et

services produits, en particulier la prestation de services publics (Nations Unies, 2015). La mortalité et la morbidité dues à la maladie ont réduit le nombre d'agriculteurs pouvant travailler dans l'agriculture et fait payer un lourd tribut aux travailleurs du secteur de la santé (Nations Unies, 2015). Les pressions inflationnistes augmentaient à mesure que l'épidémie se répandait, sapant la compétitivité des entreprises et des commerçants et provoquant une baisse du pouvoir d'achat des ménages (Nations Unies, 2015). Les avoirs extérieurs ont nettement diminué et les monnaies locales se sont dépréciées alors que le commerce extérieur s'étiolait et que la demande de dollars augmentait. Les réserves monétaires des pays avaient également été touchées (Nations Unies, 2015).

Compte tenu du coût économique de l'épidémie d'Ebola, l'on est tenté de se poser la question suivante : quels pourraient être les effets économiques de la pandémie de la CoViD-19 en Afrique subsaharienne, sachant qu'elle menace l'humanité tout entière en se répandant partout dans le monde, paralysant des pays entiers, suscitant la psychose et plongeant le monde dans une crise inédite ?

La peur de la maladie et d'un décès prématuré fait de la lutte contre la CoViD-19 l'une des principales préoccupations mondiales actuelles. La santé apporte aux individus et aux familles une perspective d'épanouissement personnel et la possibilité d'assurer leur sécurité économique dans le futur. Elle est à la base du rendement professionnel, du potentiel d'apprentissage à l'école et de la capacité de développement intellectuel, physique et affectif. Compte tenu de la propagation exponentielle de la CoViD-19, du nombre de décès fulgurant qui en découle et des mesures gouvernementales de confinement, l'objectif de ce papier est de déterminer l'incidence que cette pandémie aurait probablement sur l'activité économique afin d'éclairer les gouvernements sur les mesures qu'ils pourraient prendre pour stabiliser leur économie à terme, étant donné que « gouverner c'est prévoir ».

Loin de faire une analyse empirique du sujet, ce papier se borne à l'étude prospective des conséquences économiques de la CoViD-19 à la lumière de la théorie du capital humain, et des prévisions axées sur les scénarios projetés par les organismes internationaux (FMI, Banque mondiale) et les études antérieures. Dans cette perspective, la théorie de la croissance endogène sera mobilisée dans la première section pour montrer l'importance du capital humain pour la croissance à long terme. Ensuite une synthèse des travaux empiriques sur le lien entre la santé et la croissance fera l'objet de la deuxième section. Enfin, la troisième section permettra de faire une synthèse des effets économiques probables de la CoViD-19.

1. Théorie de la croissance endogène et capital humain : l'importance de la santé

Pour les tenants de la théorie de la croissance endogène, le progrès technique ne tombe pas du ciel. Les théories de la croissance endogène considèrent le facteur résiduel comme un facteur endogène. Elles montrent que les externalités technologiques et de connaissances permettent de compenser l'effet des rendements décroissants de l'accumulation du capital et de maintenir l'économie sur un sentier de croissance soutenue à long terme. La croissance économique est ainsi assimilée à un phénomène autoentretenu par l'accumulation de quatre facteurs¹ principaux : le capital physique, la technologie, le capital public et le capital humain.

1.1. Capital physique

C'est l'équipement dans lequel une entreprise investit pour produire des biens et services. Romer (1986) a proposé un modèle qui repose sur les phénomènes d'externalités² entre les firmes. Ce phénomène s'explique par le fait que l'investissement dans de nouvelles technologies est le point de départ des nouveaux apprentissages par la pratique (*learning by doing*). Or, ce savoir ne peut être approprié par la firme qui le produit. Il se diffuse donc inévitablement aux autres firmes. L'investissement agit donc directement sur la croissance et indirectement sur le progrès technique.

1.2. Technologie

Pour Romer (1986), le changement technique sera d'autant plus intense que les innovateurs espèrent en tirer un profit important. Le progrès technique n'est pas exogène, il est produit. Son niveau de production dépend de la rémunération attendue, c'est-à-dire des droits de propriété et des rentes monopolistiques. Si au travail et au capital, on ajoute des idées nouvelles génératrices de changement technique, tout sera modifié. En effet, contrairement au capital dont les rendements sont décroissants et au travail dont les rendements sont constants, les idées ont un rendement croissant (plus on s'appuie sur un stock d'idées important, plus on aura de nouvelles idées). Le progrès est d'autant plus intense que le nombre de chercheurs est élevé et le stock de connaissances important. Ainsi pour Romer (1986), le rythme de croissance ne va pas en déclinant au fur et à mesure que l'on s'approche de l'état régulier³, comme le prétendait Solow (1956). Il dépend du nombre, de la proportion et de la productivité des chercheurs, c'est-à-dire de la capacité

¹ Le rythme d'accumulation de ces facteurs dépend des choix économiques. C'est pourquoi on parle de théories de la croissance endogène.

² En investissant dans de nouveaux équipements, une firme se donne les moyens d'accroître sa production mais également celle des autres firmes (concurrentes ou non).

³ Seuil où la production par tête croît moins que les coûts liés à son augmentation.

des rendements croissants de la recherche à compenser les rendements décroissants de l'investissement matériel. La diffusion de la connaissance parmi les producteurs et les effets externes du capital humain évitent la baisse du rendement de l'investissement (décroissance des rendements du capital). Dans ce contexte, la croissance peut se poursuivre à long terme.

1.3. Capital public

Il correspond aux infrastructures de communication et de transport. Il est au cœur du modèle élaboré par Barro (1991). En théorie, le capital public n'est qu'une forme de capital physique. Il résulte des investissements opérés par l'Etat et les collectivités locales. Le capital public comprend également les investissements dans les secteurs de l'éducation et de la recherche. En mettant l'accent sur le capital public, cette nouvelle théorie de la croissance développée par Barro (1991) souligne les imperfections du marché. Outre l'existence de situations de monopole, ces imperfections proviennent des problèmes d'appropriation de l'innovation. Du fait de l'existence des externalités entre les firmes, une innovation se diffuse d'une façon ou d'une autre dans la société. La moindre rentabilité de l'innovation dissuade l'agent économique d'investir dans la recherche-développement. Dans ce contexte, il incombe à l'Etat de créer des structures institutionnelles pour soutenir la rentabilité des investissements privés et de subventionner les activités insuffisamment rentables. Tous ces travaux ont été prolongés par Grossman et Helpman (1991), Aghion et Howitt (1992), Barro et Sala-i-Martin (1995). Il en ressort que les découvertes n'ont pas tendance à s'épuiser et les taux de croissance peuvent rester positifs à long terme. Le taux de croissance à long terme dépend des actions gouvernementales (politique fiscale, respect des lois, fourniture des biens collectifs, développement des marchés financiers, etc.). Le gouvernement a ainsi un pouvoir d'infléchissement du taux de croissance à long terme.

Puisque l'Homme est le moteur de l'investissement, de la création et l'utilisation des biens d'équipement, de la mise sur pied et de l'implémentation des politiques publiques, le capital physique, la technologie et le capital public seraient dépourvus de sens sans l'existence humaine. La théorie de la croissance endogène explique donc la poursuite de la croissance économique à long terme par l'amélioration des capacités humaine constituant le capital humain.

1.4. Capital humain

Le capital humain a été mis en évidence par les économistes de l'Ecole de Chicago, notamment Becker (1964) qui est au centre des études menées par Lucas (1988). Le capital humain désigne les capacités apprises par les individus. Ces capacités accroissent leur efficacité productive. Chaque

individu est en effet propriétaire d'un certain nombre de compétences qu'il valorise en les vendant sur le marché du travail. Dans ce schéma, l'éducation est un investissement dont l'individu attend un certain retour. Lucas (1988) souligne que la tendance à allonger la durée moyenne de la scolarité est un facteur important de la croissance économique.

Le cadre théorique issu de l'approche endogène de la croissance apparaît compatible avec une analyse intégrant le facteur santé dans le processus de l'accumulation des richesses. L'intérêt et l'importance de l'investissement en capital humain dans la promotion de la croissance peuvent se résumer en cette phrase de Mingat cité par Psacharopoulos : « l'investissement en infrastructure et en capital physique n'atteindra pas tout son potentiel si on n'a pas investi dans les personnes qui sont de façon ultime responsable du fonctionnement du capital physique ». La santé fait partie, avec l'éducation et la formation professionnelle, du capital humain. Le capital éducatif comprend la formation initiale et la formation permanente, ainsi que l'ensemble des aptitudes. Ce concept a ensuite été appliqué à la santé par Grossman (1998). Par contre le capital santé collectif, celui d'une société ou d'une nation est d'abord la somme des capitaux individuels qui les composent, mais pas seulement. Deux facteurs s'y ajoutent : les économies externes et les préoccupations collectives éthiques. On en trouve les effets avec la contagion et l'incertitude. Ma santé individuelle dépend en effet de celle de mon voisin. D'abord par risque de contagion : le SIDA, la tuberculose, l'Ebola ou la CoViD-19. Ensuite, du niveau de risque toléré dans la société : en situation d'incertitude, j'ai intérêt, à cause du « voile d'ignorance », à ce que toute la société se protège des risques pour m'en protéger, donc à ce que mon voisin en soit aussi protégé.

Grossman (1998) a présenté la santé comme un bien durable et l'a intégrée dans un modèle général de consommation et d'investissement des ménages. Tout agent économique hérite d'un capital humain, qui tend à se déprécier à un rythme croissant avec l'âge. Mais Grossman (1998) considère l'individu en partie comme un producteur de sa propre santé. Il optimise son revenu et sa consommation au cours de sa vie en luttant contre cette dépréciation par ses attitudes préventives, en y consacrant du temps et en utilisant des soins. Cette optimisation se fait sous contrainte de temps et de revenu. On distingue deux sous modèles. L'un considérant la santé comme un investissement permettant d'augmenter la capacité de production et de gain. La demande de santé est alors une demande dérivée de la demande générale de bien-être. Ce raisonnement s'applique bien aux adolescents et à la population active dans une optique individuelle. Au niveau collectif, il y échappe dans les zones touchées par le chômage où une partie de la population d'âge actif peut rester à la fois inoccupée et en mauvaise santé sans effet sur l'économie. Le second sous modèle considère la santé comme une

consommation pure : elle améliore l'utilité tirée de la vie et des autres consommations. Cette analyse s'applique dans un modèle général où les consommations individuelles et collectives sont à la fois les autres biens durables, les consommations courantes, mais aussi la vie personnelle. L'optique consommation pure s'applique aux inactifs et en particulier aux retraités. L'approche de Grossman (1998) fait de la santé un facteur endogène dans l'ensemble des comportements économiques.

L'amélioration de la santé contribue donc à la croissance économique et cela de différentes façons : elle limite le manque à produire imputable à l'incidence de la morbidité sur la main d'œuvre ; elle permet d'exploiter des ressources naturelles qui, situées dans des zones infestées de vecteurs d'agents pathogènes, étaient totalement ou largement inaccessibles ; elle accroît le taux de fréquentation scolaire et permet aux enfants de mieux assimiler ce qu'on leur enseigne ; enfin, elle libère à d'autres fins les ressources qui auraient servi, sinon à soigner les malades. Les effets les plus évidents de l'amélioration de la santé sur la population active sont la réduction du nombre de journées perdues pour cause de maladies, l'augmentation de la productivité, l'amélioration des chances d'accéder à des emplois mieux rémunérés et l'allongement de la durée de vie active.

Les lignes qui précèdent témoignent considérablement de l'importance de la santé, composante essentielle du capital humain, pour le développement économique compte tenu de la théorie de la croissance endogène. Cependant, les travaux empiriques présentent des résultats ambigus quant au lien santé-croissance. La section suivante permettra de synthétiser les résultats des investigations empiriques sur ledit lien.

2. Santé et croissance économique : une synthèse des résultats empiriques

La relation entre l'état de santé et la croissance dans les analyses macroéconomiques trouve sa justification dans les travaux de nature microéconomique montrant le lien entre l'état de santé et l'offre de travail (quantité et productivité), d'une part et entre état de santé et capital humain, d'autre part. L'état de santé peut alors être introduit dans la fonction de production agrégée comme un vecteur nécessaire de l'accumulation du capital humain qui est lui-même un élément essentiel de la croissance endogène dans un modèle de type Lucas (1988). Une autre approche, basée sur les travaux de Nelson et Phelps (1966), présente le capital santé comme un élément important de l'absorption et de la diffusion de la technologie au sein d'une économie assurant ainsi un taux de croissance plus élevé. Implicitement, ces modèles macroéconomiques supposent que l'état de santé est le résultat d'investissements dans le secteur de la santé. Il existerait alors une fonction de

production qui aurait pour *output* l'état de santé et pour *input* les ressources du secteur de la santé (en capital, en travail et en technologies).

Les travaux empiriques, au niveau macroéconomique, sur les relations entre l'état de santé et la croissance ont émergé avec le développement des théories de la croissance endogène à partir des années 1990 (Ulmann, 1999) et la mise en place de bases de données internationales. Ces travaux économétriques portant sur des modèles de mesure des sources de la croissance peuvent se diviser en deux grandes catégories : ceux qui concernent un vaste échantillon de pays (avec, notamment, un grand nombre de pays en développement), d'une part et, d'autre part, ceux qui portent spécifiquement sur les pays développés. Si la relation positive entre l'état de santé et la croissance est largement validée pour les pays en développement, elle reste fragile, voire remise en cause, pour les pays développés (Yusuf et Rodrigo, 2012). Aussi, face aux limites de ces travaux macroéconomiques, les études renvoient généralement aux travaux de nature microéconomique ou aux approches en termes de fondements micro de la macroéconomie, travaux de modélisation à caractère plus théorique dont il est plus difficile d'extraire des conclusions empiriques (Yusuf et Rodrigo, 2012).

La majeure partie des travaux empiriques macroéconomiques étudiant la relation entre l'état de santé et la croissance s'inscrit dans le domaine de l'économie du développement, visant à estimer le poids des déterminants des différentiels de croissance entre pays riches et pays pauvres à partir de régressions sur un échantillon plus ou moins large de pays (Yusuf et Rodrigo, 2012). Une augmentation de 10 % de l'espérance de vie à la naissance contribue au moins à 0,3 point de croissance supplémentaire par an (Yusuf et Rodrigo, 2012). Pour la quasi-totalité des études regroupant un large échantillon de pays, la santé a un impact important sur la croissance, une augmentation de cinq ans de l'espérance de vie se traduisant par 0,3 à 0,5 point de croissance supplémentaire (Kocoglu et De Albuquerque, 2009). Un second résultat important émerge de ces analyses : l'impact de la santé sur la croissance serait marginalement décroissant, devenant nul au-delà d'un certain niveau de santé (Bhargava *et al.*, 2001 ; Jamison *et al.*, 2004).

Acemoglu et Johnson (2008), qui régressent l'augmentation de la durée de vie sur le PIB par habitant sur la période 1940-1980, obtiennent un résultat non significatif qu'ils attribuent aux effets négatifs de la taille de la population sur la croissance. Ainsi, les améliorations de l'état de santé auraient deux effets négatifs sur le revenu par tête selon la théorie néoclassique de la croissance : l'effet de «Solow» (dilution du stock de capital) et celui de Malthus (réduction de la quantité de terre par travailleur), qui engendrent respectivement une réduction des ratios capital/travail et terre/travail. Même si le déclin initial du revenu par tête peut *a posteriori* être compensé par l'augmentation de l'*output* et de la population active, cette compensation est

insuffisante si les gains de productivité liés à l'augmentation de l'espérance de vie sont limités et si l'offre de certains facteurs de production (comme la terre) est inélastique (Yusuf et Rodrigo, 2012).

Cependant, cette conclusion est remise en cause par l'étude relativement robuste d'Aghion *et al.* (2010). Les auteurs reprennent l'étude d'Acemoglu et Johnson (2008) et y ajoutent à l'effet traditionnel de l'accumulation du capital santé sur la croissance (effet Lucas) l'effet du stock de capital santé (effet Nelson-Phelps), en introduisant le niveau d'espérance de vie à la date initiale (1940). Ils obtiennent alors un impact fort et positif du niveau initial et du taux de croissance de l'espérance de vie sur la croissance du PIB par tête. L'introduction par Aghion *et al.* (2010) de cet effet Nelson-Phelps permet ainsi de prendre en compte la convergence des espérances de vie entre les pays en développement et les pays développés.

Au final, et bien que les résultats quantitatifs demeurent fragiles et hétérogènes en raisons de problèmes économétriques importants (endogénéité, multicollinéarité), ces études montrent une certaine convergence dans la reconnaissance d'effets importants de l'état de santé sur la croissance dans les pays en développement. Dans certaines études (Barro, 1996 ; López-Casnovas *et al.*, 2005), l'influence de la santé est même supérieure à celle de l'éducation, traditionnellement considérée comme l'élément central du capital humain.

Généralement, les études macroéconométriques qui testent la relation santé-croissance utilisent des échantillons regroupant à la fois des pays développés et des pays en développement. Or, cette association présente trois principales sources de biais qui peuvent sensiblement fragiliser les conclusions : différences dans les patrons de morbidité, dans les paramètres de la fonction de production et dans les niveaux d'espérance de vie à l'état initial (Yusuf et Rodrigo, 2012).

La première spécificité des pays développés est avant tout celle de leur patron de morbidité (Suhrcke *et al.*, 2005). Ainsi, alors que la charge de la maladie repose avant tout dans les pays pauvres sur des maladies transmissibles liées à des facteurs de risque spécifiques (maladies périnatales, déficiences nutritionnelles), dans les pays développés, la morbidité est surtout liée à des maladies non contagieuses, généralement associées au mode de vie (diabète, maladies mentales) et bien plus complexes et coûteuses à combattre que les maladies infectieuses (Yusuf et Rodrigo, 2012). Il existe ainsi une relation fortement décroissante entre la part des années de vie perdues en raison des maladies transmissibles et le niveau de revenu du pays : pour les pays à haut niveau de revenu, les maladies transmissibles représentent moins de 10 % des années de vie perdues, contre 70 % pour les pays à bas revenus (Yusuf et Rodrigo, 2012).

La principale conséquence de cette différence dans les patrons de morbidité est la suivante : alors que les indicateurs de mortalité sont pertinents comme *proxies* de l'état de santé des personnes d'âge actif dans les pays en développement, ils sont imparfaits dans les pays industrialisés, pour lesquels des indicateurs de morbidité, notamment liés à l'incapacité et à la dégradation des fonctions cognitives, pourraient être plus adaptés (Yusuf et Rodrigo, 2012). Un autre effet de cette différence dans le patron de la charge de maladie est que la variance des indicateurs de mortalité entre pays développés n'est pas significative, ce qui tend à biaiser le résultat des régressions basées sur l'espérance de vie ou des indicateurs de mortalité ou de survie (Yusuf et Rodrigo, 2012).

La deuxième grande spécificité des pays développés par rapport aux pays en développement est que les paramètres de leur fonction de production sont significativement différents. En effet, la combinaison productive des pays développés intègre une part plus importante de progrès technique et de capital humain et une part moins importante d'activités intensives en travail (Yusuf et Rodrigo, 2012). Les effets d'une mauvaise santé sur la production ne transitent pas par les mêmes canaux et, par exemple, une mauvaise santé physique aura des effets plus importants sur la production dans les pays en développement que dans les pays développés (Yusuf et Rodrigo, 2012). Aussi, modéliser au sein d'une même fonction de production relativement basique les effets de l'état de santé sur la croissance des pays en développement et des pays développés entraîne nécessairement des biais dans les résultats (Yusuf et Rodrigo, 2012).

Enfin, l'étude de Aghion *et al.* (2010) soulève une troisième spécificité des pays développés par rapport aux pays en développement soulignant au passage un nouvel aspect de la fragilité des études macroéconomiques mêlant pays développés et pays en développement. Les auteurs montrent que sur la période 1940-1980, les espérances de vie des pays ont convergé : les gains d'espérance de vie ont été de 20 ans pour les pays avec un revenu par habitant faible contre une hausse de 9 ans pour les pays avec un revenu par habitant élevé. Aussi, l'écart d'espérance de vie entre les deux groupes de pays a été divisé par deux sur la période, passant de 20 ans à 10 ans alors que dans le même temps le revenu par habitant des pays développés a augmenté plus vite que celui des pays à revenu par habitant faible (2,5 % par an en moyenne contre 2,3 %). L'omission de cet effet dit de rattrapage de l'espérance de vie biaise considérablement les résultats des estimations.

Ces trois sources de biais justifient l'étude de la relation entre l'état de santé et la croissance avec un échantillon spécifique aux pays développés. Le lien significatif et positif entre état de santé (généralement approximé par des indicateurs de mortalité ou d'espérance de vie) et croissance, constaté pour les

pays en développement, est moins net lorsqu'on se focalise sur les pays à hauts revenus (Yusuf et Rodrigo, 2012).

En effet, la santé n'est pas toujours positivement corrélée à la croissance, la relation étant même négative parfois. Knowles et Owen (1995), par exemple, incorporent l'espérance de vie comme *proxy* de la santé dans un modèle de croissance de type Mankiw-Romer-Weil (1992) et estiment la relation par les moindres carrés ordinaires. Pour leur échantillon global de 84 pays, la corrélation entre le revenu par tête (ou le taux de croissance) et l'espérance de vie est forte et robuste (plus forte que celle entre éducation et revenu), mais celle-ci n'est pas statistiquement significative dans le sous-échantillon de 22 pays développés. Si certains ont pu y voir la preuve des rendements décroissants de la santé, un consensus se dessine quant au fait que ces résultats pourraient être avant tout expliqués par des problèmes méthodologiques liés notamment au choix des indicateurs de l'état de santé (Yusuf et Rodrigo, 2012). Des indicateurs de morbidité par pathologie et par facteurs de risque spécifiques aux pays riches, comme l'obésité, les maladies cardiovasculaires, les incapacités ou encore les déficiences cognitives, seraient ainsi à privilégier sur les indicateurs de mortalité, posant dès lors le problème de disponibilité des données sur longue période et pour un assez vaste échantillon de pays (Yusuf et Rodrigo, 2012).

Rivera et Currais (1999) concentrent, quant à eux, leur analyse sur 24 pays développés, toujours à l'aide d'un modèle de type Mankiw-Romer-Weil (1992), mais en utilisant cette fois les dépenses de santé comme un *proxy* de l'état de santé. Leurs estimations par la méthode des moindres carrés ordinaires et des doubles moindres carrés avec plusieurs variables instrumentales, aboutissent à un fort impact positif et robuste des dépenses de santé par tête sur le PIB par tête. Ces résultats ont été par la suite confirmés par ceux de Beraldo *et al.* (2005), mais ils doivent être pris avec précaution en raison de la forte endogénéité des dépenses de santé par rapport au PIB et du fait que cet indicateur n'est pas corrélé avec les indicateurs usuels de l'état de santé.

Suhrcke et Urban (2006) font ainsi valoir que le lien entre les dépenses et les différents *outcome* de santé n'est pas encore assez bien connu et démontré pour que le premier soit utilisé comme un *proxy* du second. Ils utilisent comme indicateur d'état de santé, dans leur régression de croissance, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires parmi la population d'âge actif. Leurs résultats sont particulièrement robustes et significatifs en ce qui concerne les pays développés : 1 % d'amélioration de cet indicateur de santé engendrerait un gain de 0,1 % point du taux de croissance du revenu par habitant dans les cinq années suivantes. En ce qui concerne l'échantillon de pays à bas et moyens revenus, cet indicateur n'a aucune influence sur la croissance.

Ulmann (2003) estime les corrélations croisées du taux de croissance des dépenses nationales de santé (en % du PIB) avec le taux de croissance du PIB pour 22 pays de l'OCDE entre 1960 et 1996. Il conclut que, pour huit des vingt-deux pays analysés (Allemagne, Autriche, Danemark, France, Italie, Pays-Bas, Portugal et Grèce), il existe une corrélation significative et positive entre la dépense nationale de santé en t et le PIB en $t+2$ et/ou en $t+3$. Ces résultats inciteraient, selon l'auteur, à repousser l'hypothèse « libérale » d'une relation négative de court terme entre les dépenses de santé et la croissance dans les pays développés en raison du poids excessif des dépenses publiques. Il n'en demeure pas moins que ces résultats sont soumis à des problèmes liés à la faible profondeur de la base (36 années), au faible nombre de pays avec un résultat positif (8/22), et aux limites intrinsèques de l'analyse par corrélations croisées. Il reste donc un large travail à accomplir quant à la disponibilité et au choix d'indicateurs spécifiques au profil de morbidité des pays développés avant de pouvoir espérer obtenir des résultats plus pertinents de ce genre d'analyse (Yusuf et Rodrigo, 2012).

Néanmoins, l'effet positif de l'amélioration de l'état de santé (notamment des gains en longévité) sur la croissance de long terme semble prévaloir, notamment si l'on suit les conclusions des études relativement robustes de Aghion *et al.* (2010) ou Suhrcke et Urban (2006), même si ce résultat ne fait pas encore totalement consensus. En termes d'implications politiques, ces résultats confirment que l'état de santé tient une place importante parmi les sources de la croissance et que les dépenses publiques de santé doivent également être analysées sous cet angle pour la croissance de long terme d'une économie.

Au-delà de son effet sur la croissance *via* l'amélioration de l'état de santé général de la population, le secteur de la santé est aussi source (directe et indirecte) de croissance par son activité productive même, notamment par les retombées (*spillovers*) de ses activités de recherche et développement (R&D) sur l'ensemble de l'économie (Yusuf et Rodrigo, 2012).

Les développements théoriques et empiriques précédant montrent à suffisance le rôle indispensable de la santé comme ressource fondamentale du capital humain dans le processus de développement économique des nations. L'on peut donc s'attendre à ce que la pandémie de la CoViD-19 qui détériore considérablement la vie des habitants dans le monde amenuise significativement le bien-être des populations et par ricochet affecte globalement la santé socioéconomique des nations. Les paragraphes qui vont suivre permettront d'éclairer les consciences individuelles et collectives sur les conséquences socioéconomiques qui résulteraient de l'expansion de la pandémie de la CoViD-19 dans le monde en général, et en Afrique subsaharienne en particulier.

3. Retombées économiques

Le nombre de cas confirmés de CoViD-19 en Afrique subsaharienne est en augmentation rapide. Alors que le rythme d'apparition de nouveaux cas dans la sous-région était initialement très proche de celui observé dans la plupart des autres pays, avec un doublement du nombre de cas tous les trois jours, l'augmentation quotidienne des cas s'est quelque peu infléchi depuis la première semaine d'avril sur fond des mesures strictes d'endiguement et d'atténuation instaurées dans plusieurs pays (Calderon *et al.*, 2020). Au 9 avril, plus de 6 200 cas étaient confirmés dans 43 pays de la sous-région, l'Afrique du Sud, le Cameroun et le Burkina Faso étant les plus touchés (FMI, 2020).

Selon la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, les pays africains devraient se préparer à voir leur croissance divisée par deux, la faisant ainsi passer seulement à 2% au lieu des 4% prévus initialement (Boutaleb, 2020). Le PIB réel en Afrique subsaharienne devrait se contracter de 1,6 % en 2020, le pire résultat jamais enregistré. Ce chiffre est inférieur d'environ 5,2 points de pourcentage à celui qui était envisagé dans l'édition d'octobre 2019 des *Perspectives économiques régionales pour l'Afrique subsaharienne* (FMI, 2020). Cette forte révision à la baisse s'explique en grande partie par les conséquences de la propagation de la CoViD-19 et des cours des produits de base inférieurs aux prévisions (FMI, 2020). En outre, des facteurs spécifiques tels que des contraintes structurelles permanentes (Afrique du Sud), l'ajustement de la politique économique (Éthiopie) ainsi que des chocs climatiques et autres chocs naturels comme l'invasion de sauterelles (Afrique orientale) ont également contribué à ces révisions à la baisse (FMI, 2020).

Selon Calderon *et al.* (2020), la croissance économique en Afrique subsaharienne passera de 2,4 % en 2019 à une fourchette entre -2,1 % et -5,1 % en 2020, ce qui constituera la première récession enregistrée dans la sous-région depuis 25 ans. Selon ces derniers, les pertes de production dans la sous-région pour 2020 vont se chiffrer entre 37 et 79 milliards de dollars américains. La révision à la baisse de la croissance en 2020 reflète les risques macroéconomiques découlant de la chute brutale de la croissance du PIB des principaux partenaires commerciaux de la sous-région, particulièrement la Chine et la zone euro, de la baisse du prix des matières premières, de la réduction de l'activité touristique dans de nombreux pays ainsi que des mesures destinées à maîtriser la pandémie mondiale de la CoViD-19 (Calderon *et al.*, 2020). Grosso-modo, la pandémie de CoViD-19 amenuisera la situation économique des pays d'Afrique subsaharienne par plusieurs canaux.

3.1. Effets sanitaires intérieurs

Outre les coûts humains croissants, la fermeture des lieux de travail, la perturbation des filières d'approvisionnement et la diminution de la main-d'œuvre due à la maladie ou aux décès peuvent profondément perturber la production. En outre, un confinement peut avoir des effets dévastateurs (par exemple, l'insécurité alimentaire) sur des foyers vulnérables qui vivent dans la précarité et ont un accès limité aux filets de sécurité sociale (FMI, 2020). Par ailleurs, la perte de revenus, la peur de la contagion, la perte de confiance et l'incertitude accrue sont autant d'éléments qui réduisent la demande (FMI, 2020).

La CoViD-19 est susceptible de créer une grave crise en termes de sécurité alimentaire en Afrique subsaharienne. La contraction de la production agricole pourrait aller de 2,6 % dans le scénario optimiste jusqu'à 7 % dans le scénario avec blocages commerciaux. Les importations alimentaires baisseraient également de façon considérable (de 13 à 25 %) en raison de la combinaison de coûts de transaction plus élevés avec une demande intérieure réduite (Coladeron *et al.*, 2020).

Les effets seront également ressentis sur le court terme en Afrique subsaharienne puisque l'Afrique dépend de ses importations autant qu'il dépend de ses exportations. Avec le confinement de plusieurs de leurs partenaires, l'accès aux chaînes d'approvisionnement mondiales sera plus compliqué que par le passé (Boutaleb, 2020). La forte demande, couplée à une offre en baisse, pourrait également impacter les prix des produits mais également leur disponibilité pour les petits commerçants et entreprises africaines (Boutaleb, 2020).

Les pertes de bien-être des ménages en 2020 s'élèveront à 7 % par rapport à un scénario sans CoViD-19, mais pourraient atteindre 10 % si la crise devait se prolonger. La détérioration des termes de l'échange (à la suite à l'effondrement des prix des produits de base) combinée à une baisse de l'emploi se traduit par une forte perte de bien-être pour les ménages (Calderon *et al.*, 2020).

3.2. Effets sur les flux réels et monétaires

En ce qui concerne les échanges, un brutal ralentissement de la croissance des principaux partenaires commerciaux diminue la demande extérieure tandis que les perturbations des filières d'approvisionnement réduisent la disponibilité des produits importés, ce qui pourrait engendrer des pressions inflationnistes (FMI, 2020). En outre, le resserrement brutal des conditions financières mondiales réduit les flux d'investissement vers la sous-région et sa capacité à financer les dépenses nécessaires pour gérer la crise sanitaire et soutenir la croissance. Cela pourrait entraîner une baisse des dépenses publiques, une accumulation d'arriérés ou une augmentation des

emprunts d'État sur les marchés locaux, avec les conséquences qui s'ensuivent sur le crédit et la croissance (FMI, 2020). Pour les pays pré émergents, l'arrêt brutal des entrées de capitaux et les sorties de capitaux pèsent sur les taux de change et peuvent causer un ajustement conséquent du solde courant par une contraction de la demande intérieure et d'autres pressions sur les bilans dans les pays qui présentent de fortes asymétries de devises (FMI, 2020). Le ralentissement de la croissance mondiale pourrait également faire baisser les envois de fonds, ce qui réduirait le revenu disponible et s'ajouterait aux pressions externes (FMI, 2020). En outre, certains secteurs tels que le tourisme, l'hôtellerie et le transport peuvent être gravement touchés par les restrictions des déplacements (FMI, 2020).

Des stratégies ayant pour résultat des blocages des échanges sous-régionaux vont accroître les coûts de transaction et mener à des pertes de bien-être encore plus fortes. En Afrique, une région qui dépend des produits agricoles, ces stratégies auront un impact disproportionné sur le bien-être des ménages à cause des augmentations de prix et des déficits d'approvisionnement (Calderon *et al.*, 2020).

3.3. Effets sur les produits de base

La forte chute des prix des produits de base est un choc de plus pour les pays de la sous-région riches en ressources naturelles, qui accentue encore l'impact de la pandémie. Le choc sur les termes de l'échange pèsera sur la croissance et aggravera la vulnérabilité budgétaire et extérieure, mais surtout, de faibles recettes issues des produits de base réduiraient sensiblement les ressources de ces pays pour combattre l'épidémie et soutenir la croissance (FMI, 2020).

Selon le FMI (2020), ces chocs viennent aggraver une situation économique déjà difficile dans la sous-région. En effet, l'activité économique dans les pays riches en ressources naturelles a été terne ces dernières années, car la plupart des pays s'ajustaient encore au choc sur les cours des produits de base de 2014. Dans le même temps, la forte croissance dans les pays pauvres en ressources naturelles a souvent été soutenue par les investissements du secteur public et s'est accompagnée d'une augmentation de la dette et de la vulnérabilité extérieure (FMI, 2020). En outre, selon le FMI (2020), la situation sécuritaire au Sahel reste difficile et le continent a subi de multiples chocs météorologiques parmi lesquels des cyclones, des sécheresses en Afrique australe et orientale (surtout au Mozambique, en Zambie et au Zimbabwe) et des nuages de sauterelles dévastateurs (en particulier en Éthiopie, au Kenya, en Ouganda et au Soudan du Sud).

Les pays dépendants de leurs ressources naturelles, comme c'est le cas de bon nombre d'entre eux sur le continent, verront leurs revenus impactés négativement (Boutaleb, 2020). En effet, une baisse du prix et de la demande

des matières premières résulte en une baisse des revenus. C'est le cas de la Guinée qui dépend de ses exportations de bauxite, principalement en Chine, mais également celui des économies tributaires des produits pétroliers, comme l'Angola et le Nigeria. Le prix d'un baril de pétrole a effectivement largement chuté en dessous du seuil de rentabilité fixé sur lequel les pays prévoient leur budget annuel inquiétant ainsi les gouvernements de ces pays (Boutaleb, 2020). Pour le Nigéria par exemple, le prix de référence sur lequel le budget a été conçu est de 57 dollars tandis que les prévisions pour le second et troisième trimestre de l'année 2020 situent le prix d'un baril à 30 dollars, ce qui représente un coup dur pour le géant ouest-africain (Boutaleb, 2020).

La CoViD-19 frappe les trois plus grandes économies de la sous-région (le Nigéria, l'Afrique du Sud et l'Angola) dans le contexte d'une faiblesse persistante de la croissance et des investissements, et d'un déclin des prix des matières premières (Coladeron *et al.*, 2020). Selon ces derniers, les prix du pétrole brut et des métaux industriels ont fortement baissé (de 50 et 11 % respectivement entre décembre 2019 et mars 2020). Les simulations des modèles suggèrent que, comparé à un scénario de base sans CoViD-19, la croissance moyenne du PIB réel dans ces trois pays pourrait connaître une réduction allant jusqu'à 6,9 points de pourcentage en 2020 dans le scénario de base, et jusqu'à 8 points de pourcentage dans le scénario pessimiste (Coladeron *et al.*, 2020). L'Afrique du Sud a le plus grand nombre de cas confirmés dans la région et les mesures strictes de lutte contre le virus et d'atténuation de ses conséquences pèsent sur son économie (Coladeron *et al.*, 2020).

Le FMI a annoncé, en février, que les économies des pays africains encouraient des dangers. Cela s'explique, d'une part, par la diminution de la demande chinoise, principal partenaire commercial du continent mais, également, par celle de l'Europe, très proche des pays africains. De plus, la lutte contre le virus nécessite d'augmenter les dépenses dans les secteurs les plus impactés, ce qui suggère d'injecter de l'argent dans les petites et moyennes entreprises, les ménages et de venir en aide aux travailleurs du secteur informel (Boutaleb, 2020). Cette démarche, couplée à la baisse de revenus, entrainerait sans doute une accumulation du déficit qui pourrait se solder par une dette insoutenable pour certains de ces pays (Boutaleb, 2020).

3.4. Effets de la fermeture des frontières

La fermeture partielle ou totale des frontières de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne impactera sur plusieurs secteurs économiques prioritaires de cette sous-région. Certains pays ont dû, du fait de la propagation du virus, reconsidérer la priorité du placement de leurs budgets. Alors que le Sénat nigérian venait d'approuver une demande de prêt de 22,7 milliards de dollars pour des projets d'infrastructure et de développement social

d'envergure, le gouvernement a décidé de mettre en suspens ses projets pour se concentrer sur cette lutte sanitaire (Boutaleb, 2020). Le tourisme, principal levier économique dans plusieurs Etats africains, accusera également un recul considérable. Ce secteur est considéré comme ayant un effet catalyseur sur l'ensemble de l'économie en termes de création d'emplois et d'apport de devises. De ce fait, avec la baisse brutale encaissée par le secteur, l'effet sera immédiat non seulement sur le secteur formel mais également sur le secteur informel qui en dépend largement dans ces pays (Boutaleb, 2020). Les compagnies aériennes sont également fortement touchées du fait de la suspension d'une grande partie de leurs vols. Depuis le début de l'épidémie, la compagnie nationale marocaine Royal Air Maroc a perdu près de 400 millions de dollars en deux mois (Boutaleb, 2020). C'est également le cas de plusieurs compagnies aériennes sur le continent qui peinaient déjà à se développer. Les effets seront également ressentis sur le court terme sur un continent comme l'Afrique qui dépend de ses importations autant qu'il dépend de ses exportations. Avec le confinement de plusieurs de leurs partenaires, l'accès aux chaînes d'approvisionnement mondiales sera plus compliqué qu'auparavant. La forte demande, couplée à une offre en baisse, pourrait également impacter les prix des produits mais également leur disponibilité pour les petits commerçants et entreprises africaines (Boutaleb, 2020).

En raison de la fermeture des frontières au commerce, les pertes de bien-être se monteraient à 14 % par rapport au scénario sans CoViD-19 (Coladeron *et al.*, 2020). La fermeture des frontières affecterait de façon disproportionnée les populations pauvres, en particulier les ouvriers agricoles ou la main d'œuvre non qualifiée du secteur informel (Coladeron *et al.*, 2020).

3.5. Effets sur les entreprises

Lorsqu'une entreprise est victime d'une baisse de sa rentabilité, les employés n'en sont pas épargnés. Ce phénomène est relativement plus présent dans les Petites et Moyennes Entreprises (PME) qui représentent un poids important dans le tissu économique des économies d'Afrique subsaharienne. Victimes de la pandémie de la CoviD-19, les PME enregistreront à coup sûr une baisse considérable de leurs chiffres d'affaires et par ricochet une réduction de leurs profits. Pour pallier à ce problème, les chefs d'entreprise devraient développer des nouvelles stratégies en prenant des mesures pour faire face à la crise. Dans cette veine, les entreprises pourraient procéder à la réduction de leurs personnels par le chômage technique, la réduction des salaires et le recours au télétravail. Les entreprises gagneraient également à maintenir le personnel aguerris pouvant cumuler les postes de travail.

Conclusion et recommandations

L'objectif de ce papier était d'analyser prospectivement les effets économiques de la pandémie de la CoViD-19 en Afrique subsaharienne. Une analyse exploratoire prenant appui sur la théorie du capital humain, les travaux empiriques antérieurs sur le lien santé-croissance et les projections économiques des organismes internationaux, notamment le FMI, a permis de constater que la pandémie de la CoViD-19 impactera négativement la situation économique des pays de cette sous-région. La gestion de la crise sanitaire liée à la CoViD-19 exige aux gouvernements des pays d'Afrique subsaharienne d'adopter urgemment des mesures correctives. Dans cette veine, le FMI (2020) recommande un certain nombre de mesures prioritaires pour contrecarrer les pertes économiques éventuelles dues à la pandémie de la CoViD-19. La première priorité pour les dirigeants est de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour accroître les dépenses de santé publique pour faire face aux besoins croissants de services de santé et de ralentir la propagation du virus. Ensuite, une politique macroéconomique efficace est essentielle pour limiter les pertes économiques, protéger les groupes les plus vulnérables et assurer une reprise rapide lorsque la pandémie s'éloignera. Étant donné l'ampleur du choc, mais aussi son caractère temporaire, un certain soutien budgétaire discrétionnaire se justifie, même dans les pays disposant d'un espace budgétaire réduit. Il convient de privilégier les mesures ciblées qui allègent les problèmes de liquidité des entreprises (pour qu'elles puissent surmonter la crise) et des ménages (pour assurer l'approvisionnement continu en produits de première nécessité comme les produits alimentaires). Cependant, pour les pays exportateurs de pétrole qui devront affronter un choc plus long, la marge de relance budgétaire discrétionnaire est plus restreinte : l'objectif doit rester de financer les dépenses de santé prioritaires et d'entreprendre des ajustements bien rythmés des dépenses favorables à la croissance qui visent à protéger et à créer l'espace pour les dépenses sociales tout en mobilisant des financements additionnels auprès des institutions financières internationales et de la communauté des donateurs. Les mesures de relance monétaire peuvent jouer un rôle important pour contenir les répercussions économiques. La flexibilité des taux de change dans les pays dotés d'un régime de change flottant et des ponctions sur les réserves lorsque celles-ci sont suffisantes peuvent amortir en partie le choc extérieur. Pour les pays confrontés à un brusque retournement du financement extérieur et donc à une crise imminente, des mesures temporaires de gestion des flux de capitaux pourraient être envisagées. Enfin, un large soutien des partenaires au développement est indispensable pour aider la sous-région à préparer les systèmes de santé et à lever les financements indispensables. Les mesures de riposte à la crise sont temporaires et doivent être mises en œuvre dans la transparence, avec une bonne communication, pour assurer aux parties

prenantes que la hausse du déficit budgétaire et de la dette publique sera corrigée après la crise. Cette approche garantira que la sous-région reste en bonne voie d'atteindre ses objectifs à moyen terme, à savoir accroître la résilience, rétablir la croissance pour créer des emplois et atteindre d'autres objectifs de développement durable.

References:

1. Acemoglu, D. and Johnson, S., S., 2008, "Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth", *Journal of Political Economy*, 113 (5), pp. 949-995.
2. Aghion, P. and Howitt, P., 1992, "A Model of Growth Through Creative Destruction", *Econometrica*, 60, pp. 323-351.
3. Aghion, P., Howitt, P. et Murin, F., 2010, « Le bénéfice de la santé, un apport des théories de la croissance endogène », *Revue de l'OFCE*, 112, pp. 88-108.
4. Balde, A., 2004, « Influence de la santé sur la croissance économique : le cas du Sénégal », Mémoire pour le Master en Sciences Economiques présenté et soutenu en 2004, Université Cheikh Anta Diop de Dakar au Sénégal.
5. Barro, R., 1991, "Government Spending in a Simple Model of Endogenous Growth", *Journal of Political Economy*, 98, pp. 103-125.
6. Barro, R., 1996. "Health and economic growth", <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/barro.pdf>
7. Barro, R. et Sala-i-Martin, X., 1995, "Economic Growth", London, Mac Graw Hill.
8. Becker, G., S., 1964, "Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education", University of Chicago Press, Chicago.
9. Beraldo, S., Montolio, D. and Turati, G., 2005. "Healthy, Educated and Wealthy: is the Welfare State Really Harmful for Growth?", Universidad de Barcelona, Working Papers in Economics 127.
10. Bhargava, A., Jamison, D., Lau, L. and Murray, C., 2001, "Modeling: the Effects of Health on Economic Growth", *Journal of Health Economics*, 20 (3), pp. 423-440.
11. Boutaleb, O., 2020, « Face au coronavirus, l'Afrique se prépare au pire », POLICY BRIEF 20-18, Policy Center for the New South, Mars 2020.
12. Calderon, C., Kambou, G., Zebaze Djiofack, C., Korman, V., Kubota, M., Cantu Canales, C., 2020, « Evaluation de l'impact économique de la CoViD-19 et des réponses politiques en Afrique subsaharienne », *Africa's Pulse*, N° 21 (Avril). Washington, DC. Doi: 10.1596/978-1-

- 4648-1569-0, La Banque mondiale, Licence : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO
13. FMI, 2020, « CoViD-19: Une menace sans précédent pour le développement », Perspectives Economiques Régionales pour l'Afrique subsaharienne, Avril 2020.
 14. Grossman, G., M. and Helpman, E., 1991, "Innovation and growth in the global economy", Cambridge, MA: MIT Press.
 15. Grossman, M., 1998, "On the optimal length of life", Journal of Health Economics, 17.
 16. Jamison, D., Lau, L. and Wang, J., 2004. "Health's Contribution to Economic Growth in an Environment of Partially Endogenous Technical Progress", Disease Control Priorities Project Working Paper 10.
 17. Knowles, S. and Owen, P., 1995, "Health Capital in Cross-Country Variation in Income per Capita in the Mankin-Romer-Weil model", Economic Letters, 48, pp. 99-106.
 18. Kocoglu, Y. et De Albuquerque, D., R., 2009, « Contributions du secteur santé à la croissance économique ». Paris. Rapport de recherche pour la Drees.
 19. López-Casanovas, G., Rivera, B. and Currais, L., 2005, "Health and Economic Growth". Cambridge : MIT Press, Cambridge.
 20. Lucas, R., 1988, "On the Mechanics of Economic Development", journal of monetary economics, 22, pp. 3-42
 21. Maliszewska, M., Mattoo, A., Men, D., Sbrugghe, D. v. d., 2020, "The Potential Impact of CoViD-19 on GDP and Trade : A Preliminary Assessment", Policy Research Working Paper 9211, World Bank Group.
 22. Mankiw, G., Romer, D. and Weil, D., 1992, "A Contribution to the Empirics of Economic Growth", The Quarterly Journal of Economics, 107(2), pp. 407-437.
 23. Nan-guer, K., B., 2008, « L'impact du capital humain sur la croissance économique au Tchad », Mémoire pour le DEA en Sciences Economiques présenté et soutenu en 2008, Université Cheikh Anta Diop de Dakar au Sénégal.
 24. Nations Unies, 2015, « Incidences socio-économiques d'Ebola sur l'Afrique », janvier 2015, Addis-Abeba (Éthiopie).
 25. Nelson, R. and Phelps, E., 1966, "Investment in humans, technological diffusion, and economic growth", American Economic Review, Papers and Proceedings, 61, pp. 69-75.
 26. Romer, P., 1986, "Capital, Labor and Productivity", Brooking papers on microeconomics, pp. 337-367.

27. Solow, R., 1956, "A Contribution to the Theory of Economic Growth", *Quarterly Journal of Economics*, 70, pp. 65-94.
28. Suhrcke, M. and Urban, D., 2006, "The Role of Cardiovascular Disease in Economic Growth", Venise: WHO European Office for Investment for Health and Development, Mimeo.
29. Ulmann, P., 1999, « Les relations entre santé et croissance dans les pays développés », *Les Cahiers du Gratice*, 15, pp. 9-44.
30. Ulmann, P., 2003, « Économie de la santé : quelques faits stylisés », <http://129.3.20.41/eps/hew/papers/0308/0308002.pdf>
31. Wane, Abdoul, Chu Wang, Mehmet C., Komla A. et Iyabo M., 2009, « Growth under Ebola ». Document de travail du FMI, Fonds monétaire international, Washington DC.
32. Yusuf, K. et Rodrigo, D. A. D., 2012, « Santé et croissance de long terme dans les pays développés : une synthèse des résultats empiriques », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 24-25 | 2009/1-2, mis en ligne le 01 décembre 2012, consulté le 10 mai 2020. URL: <http://journals.openedition.org/economiepublique/8478>.