



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

# DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU SÉNÉGAL



# DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE ET BUDGETISATION SENSIBLE A LA SANTE DE LA REPRODUCTION AU SÉNÉGAL

## CONTEXTE

Situé à l'extrême ouest de l'Afrique occidentale avec une façade maritime de plus de 700 km sur l'Océan Atlantique qui le limite à l'Ouest, le Sénégal couvre une superficie de 196 712 Km<sup>2</sup>. Le territoire sénégalais est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali et au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. Selon les projections démographiques de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), le Sénégal comptait en 2019 une population de 16 209 125 habitants avec une densité de 85 habitants au Km<sup>2</sup>. Cette population est quasi également répartie selon les sexes avec une proportion de femmes (50,2%) légèrement plus importante que celle des hommes (49,8%). Une analyse de la structure par âge de ces populations montre que les enfants de moins de 15 ans représentent 41,83% de la population. Les jeunes de 15 à 49 ans sont majoritaires avec une proportion de 47,38%. Au sein de cette tranche d'âge (15-49 ans), les femmes représentent 47,86%. L'analyse spatiale montre que la population du Sénégal est inégalement répartie sur le territoire national. En effet, la région de Dakar concentre à elle seule près du quart de la population (23%). Elle est suivie des régions de Thiès et Diourbel avec des proportions respectives de 13% et 11% de la population nationale. Ces trois régions réunies concentrent ainsi près de la moitié de la population résidente (47%) (SES, 2018).



La dynamique de la population sénégalaise est marquée par une baisse de la mortalité (taux brut de mortalité de 7,316 pour mille en 2017 et 7,1 pour mille en 2018) et un recul timide de la fécondité engendrant une augmentation de la population (taux de croissance annuel de 2,5%, ANSD). Cette croissance démographique pose des défis à relever dans les domaines, entre autres, de la santé, de l'éducation, de l'emploi, pour saisir l'opportunité de capture du dividende démographique qui est perceptible, notamment à travers la structure par âge de la population.

L'accessibilité aux services et soins de santé de base par cette forte population demeure une priorité des gouvernements sénégalais depuis les indépendances. Malgré les efforts réalisés en matière d'investissement public dans la santé, de couverture sanitaire passive et d'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires publiques, l'évolution du système de santé du pays n'a pas favorisé l'équité dans l'accès aux soins de santé, la protection financière des ménages et l'équité dans le finan-

cement dans la santé. Du point de vue politique, de nombreux programmes comme le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018), la composante « Santé » du PSE et l'adoption de la Couverture Maladie Universelle (CMU) témoignent de l'intérêt accordé à ce secteur et du désir d'une meilleure couverture sanitaire. Toutefois, force est de constater qu'au Sénégal, on dénombre en 2018 un total de 776 Médecins soit une couverture de 20 266 habitants par médecin deux fois plus que la norme standard de l'OMS qui est d'un médecin pour 10 000 habitants. La situation n'est pas meilleure en matière de Sage-Femme d'Etat et d'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) qui ont des couvertures respectives de 1 414 et de 7 005 qui est très loin de la norme internationale d'une Sage-Femme ou d'un IDE pour 300 habitants (SES, 2017-2018). De même en matière de financement de la santé, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a connu une hausse en valeur relative de près de 48% de son budget, ces cinq (05) dernières années (2012 à 2017), passant de 110 505 288 086 FCFA à 163 522 351 000 FCFA (MSAS, 2017). Néanmoins, la part du budget national, consacré à la Santé n'était que de 8% en 2017 (MSAS, 2017), bien en deçà des 15% recommandés par la conférence des chefs d'État tenue à Abuja en 2001.

En matière de santé de la reproduction, le rapport 2017 de l'EDS Continue (EDS-C) montre que l'âge médian à la première union des femmes est de 20,2 ans en 2017 tandis que l'âge médian au premier rapport sexuel est de 19,4 ans pour les femmes de 25 à 49 ans. Pour ce qui concerne la planification familiale, la connaissance des méthodes contraceptives est généralisée au Sénégal. En effet, au moins neuf sénégalais sur dix déclarent connaître au moins une méthode contraceptive (95 % des femmes et 94 % des hommes, EDS 2017). Le Sénégal a fait le choix stratégique de faire de la planification familiale une priorité nationale en vue d'une réduction rapide de la mortalité maternelle et infantile. En 2018, 83% des structures de santé offrent une méthode moderne de Planification Familiale (PF) plus importante dans le public (96%) que le privé (60%) et 28 % des femmes en union âgées de 15-49 ans utilisent une méthode contraceptive (SES, 2017-2018). Les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont les injectables (10 %) et les implants (8 %).



Selon les EDS-C de 2017 et 2018, au Sénégal, le niveau de la mortalité des enfants est globalement faible, sauf pour la composante mortalité post néonatale et la composante de la

mortalité juvénile qui restent stagnantes avec respectivement 13 et 15 décès pour 1 000 naissances vivantes. Entre 2017 et 2018, la mortalité infanto juvénile a connu une baisse, passant de 56‰ à 51‰. Pour la période des 6 ans avant l'EDS Continue 2017, le rapport de mortalité lié à la grossesse est de 273 pour 100 000 naissances vivantes.

## REVUE DE LITTÉRATURE

L'apparition du terme « santé de la reproduction » remonte à la fin des années 1980 sous l'influence des organisations non gouvernementales et des mouvements féministes (Bonnet, Guillaume, 1999). Ce terme fait référence au bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » (Nations unies, 1997). Au fil des années, avec l'apparition d'études et de rapports alarmants, les gouvernements des pays du globe se sont peu à peu rendu compte de l'importance de cette thématique. Par exemple, les rapports sexuels non protégés sont le deuxième facteur de risque d'invalidité et de décès le plus important dans les communautés les plus pauvres du monde et le neuvième dans les pays développés (Glasier et al, 2006). Au cours des dernières années, un accent particulier est mis sur les pays africains. Selon Adjamagbo et Guillaume (2001), malgré d'importants progrès réalisés dans le domaine de la santé de la reproduction depuis les années cinquante, l'Afrique se distingue des autres parties du monde en développement par des taux élevés de mortalité. Avant ces deux auteurs, plusieurs autres ont attiré l'attention sur les conséquences de la situation précaire de la santé de reproduction en Afrique. Barbieri et Vallin (1996) soulignaient déjà que l'extension particulièrement rapide du sida en Afrique au cours des années 90 aggrave la situation. La pandémie du sida a en effet des conséquences désastreuses, tant pour les individus et les familles qui en sont les premières victimes (Dozon, Guillaume, 1994) que pour les gouvernements souvent mal armés pour lutter contre ce fléau (Banque mondiale, 1993). Selon Welfens Ekra et al., (2000), les femmes sont particulièrement vulnérables au VIH d'un point de vue biologique mais aussi du fait de leur position sociale : leur pouvoir parfois limité de négociation dans leur relation sexuelle ainsi que le risque de transmission mère-enfant, en cas d'infection, les placent dans une situation sociale et familiale difficile. Pour Adjamagbo et Guillaume (2001), le nombre important de grossesses non désirées en Afrique est expliqué par la faible prévalence contraceptive. Des auteurs se sont aussi penchés sur l'avortement qui est une pratique récurrente en Afrique de nos jours. Bledsoe et Cohen (1993) soulignent que l'interruption volontaire de grossesses manque d'encadrement biomédical et est souvent la cause d'importantes complications pour la santé des femmes.

Des études plus récentes intègrent les facteurs socio-économiques dans l'étude des questions de santé reproductive. On peut citer Margaret et al. (2019) qui ont étudié l'expérience des femmes en ce qui concerne les facteurs socio-économiques associés à la morbidité et à la mortalité périnatales dans les districts de Lusaka et de Mumbwa, en Zambie. D'après leurs résultats, le fait d'avoir l'argent, une famille qui vous soutient et toutes les ressources nécessaires pendant la grossesse simplifie le fardeau de la grossesse, de l'accouchement et de l'éducation des enfants. Dans le sillage de ces auteurs, Ogundele et al. (2020) ont analysé les données sur les inégalités socio-économiques dans l'utilisation des soins de santé reproductive en Afrique subsaharienne et identifié la variance des estimations

de ces inégalités. Leurs analyses ont indiqué que l'inégalité était la plus forte pour les services d'accouchement qualifié, avec un indice de concentration moyen de 0,343. L'indice de concentration moyen pour la planification familiale et les composantes des soins prénatals était de 0,268 et 0,142 respectivement. Une méta-régression à effets aléatoires effectuée a montré que l'hétérogénéité dans l'utilisation des soins de santé reproductive s'expliquait par les différences contextuelles entre les pays.

## ANALYSE DU CYCLE DE VIE ÉCONOMIQUE

Le dividende démographique (DD) désigne l'accélération de la croissance économique résultant d'une modification de la structure par âge d'une population suite à la baisse de la mortalité et de la natalité. La mesure du DD est opérationnalisée à partir des comptes nationaux de transferts (NTA ou National Transfer Accounts). Les NTA sont un nouvel outil permettant de comprendre la façon dont les flux économiques circulent entre les différents groupes d'âge d'une population pour un pays et pour une année donnée. Ils indiquent notamment à chaque âge les différentes sources de revenus et les différents usages de ces revenus en termes de consommation, que celle-ci soit privée ou publique, et d'épargne (United Nations, 2013). Ils permettent ainsi d'étudier les conséquences liées aux modifications de la structure par âge de la population.

La construction des NTA du Sénégal a permis d'analyser la consommation et le revenu du travail en fonction de l'âge des individus afin de repérer les groupes d'âge qui présentent un déficit de ressources et qui sont donc en situation de dépendance économique, et ceux qui dégagent un excédent de ressources permettant de "subventionner" les premiers. Les différents profils de consommation et de revenu du travail sont analysés au niveau microéconomique (individu) et macroéconomique (national). Au-delà de cette analyse du cycle de vie, les NTA ont également montré, à partir des projections démographiques, l'évolution du DD du Sénégal, et donc l'impact du changement de sa pyramide des âges sur la croissance économique du pays.

### Encadré 1 : Notion de déficit de cycle de vie et de dépendance économique

Le déficit du cycle de vie pour les individus d'un âge  $a$  donné, noté  $LCD$ , se définit comme la différence de leur consommation  $C(a)$  et leur revenu du travail  $YL(a)$  :

$$LCD(a) = C(a) - YL(a)$$

La consommation  $C(a)$  comprend la consommation privée et publique d'éducation, de santé et autres (logements, électricité et eau, consommation non alimentaires et alimentaires, etc.).

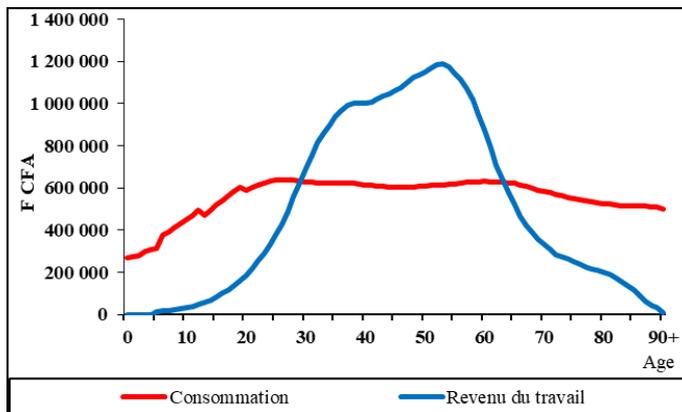
Le revenu du travail  $YL(a)$  est composé du salaire, des indemnités, de la cotisation de l'employeur aux programmes de prestations publiques (par exemple, les pensions et les soins de santé) et du revenu d'un travail indépendant.

Le déficit du cycle de vie permet d'analyser les besoins de consommation à satisfaire à chaque âge en respectant le niveau des agrégats de consommation et de revenu du travail des comptes nationaux. Il permet également d'identifier les personnes qui sont économiquement dépendantes et celles qui ne le sont pas. En effet, la dépendance économique est une situation où un individu a une consommation qui excède son revenu du travail. C'est le cas des enfants et des personnes âgées par exemple.

## Un déficit global de plus de deux mille milliards FCFA à combler

Au Sénégal, la consommation moyenne est supérieure au revenu du travail de l'enfance jusqu'à 29 ans. C'est à partir de 30 ans que le revenu moyen du travail permet de couvrir ses besoins de consommation. Cette situation d'excédent de ressources est observée jusqu'à 63 ans. Mais au-delà de cet âge, le niveau du revenu du travail redevient inférieur à la consommation moyenne. En somme, un individu est dépendant dès sa naissance jusqu'à 29 ans en moyenne (dépendance à la jeunesse), puis lorsqu'il est âgé de plus de 63 ans (dépendance à la vieillesse). Autrement dit, l'individu est en moyenne créateur de point de vue des transferts intergénérationnels entre 30 et 63 ans mais débiteur de la naissance jusqu'à 29 ans et au-delà de 63 ans.

Graphique 1 : Profils moyens de consommation et de revenu du travail

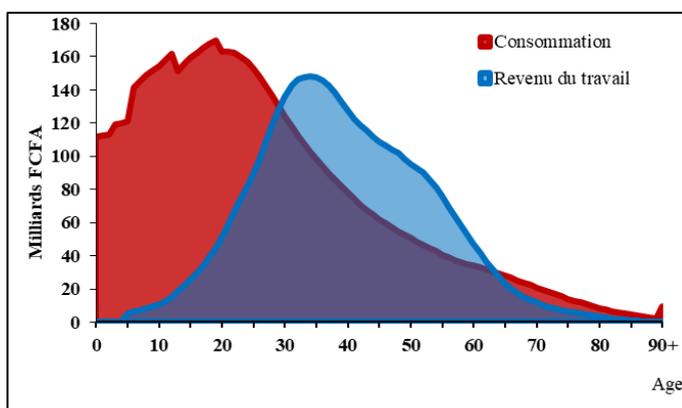


Source : Policy Brief - Le Sénégal, à l'heure du dividende démographique, 2019.

Au Sénégal, le déficit de cycle de vie à la jeunesse (0-29 ans) est évalué en moyenne à 336 404 FCFA par individu. Les personnes âgées de plus de 63 ans enregistrent un déficit de 308 586 FCFA par individu. Le surplus généré par les producteurs effectifs (30-63 ans) se chiffre en moyenne à 337.417 FCFA par individu.

La comparaison des profils agrégés de consommation et du revenu du travail montre qu'au niveau national, le déficit est plus important à la jeunesse (0-29 ans) qu'à la vieillesse (63 et plus).

Graphique 2 : Profils agrégés de consommation et de revenu du travail



Source : Policy Brief - Le Sénégal, à l'heure du dividende démographique, 2019.

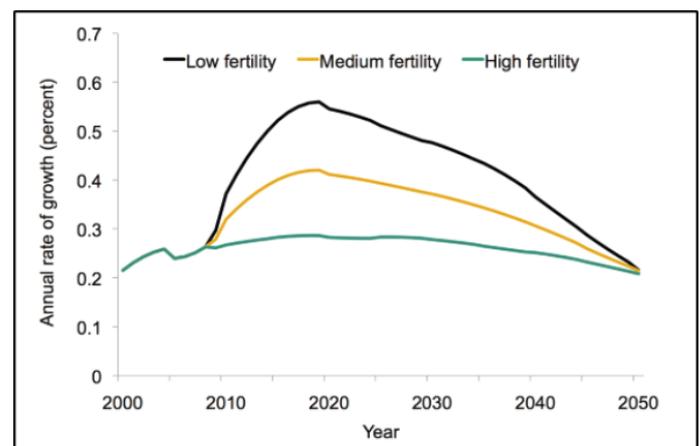
L'analyse des résultats montre que le surplus dégagé par les travailleurs de 30-63 ans est estimé à 1 260 milliards de FCFA. En revanche, le déficit engrangé par les personnes dépendantes (les individus âgés de moins de 30 ans et plus de 63 ans) est évalué à 3 399 milliards de FCFA. Ainsi, au Sénégal le surplus de revenu des travailleurs ne permet pas de couvrir entièrement le déficit des personnes dépendantes. Il subsiste en effet un gap de 2 139 milliards (représentant 32% du PIB) à rechercher en dehors de ressources provenant du travail.

## Faible fécondité pour un dividende démographique optimal

Dans le cadre de l'exploitation plus judicieuse du dividende démographique, des modèles de projection des effets dus aux changements politiques et aux investissements sociaux ont été élaborés. Ainsi, à partir des NTA, des méthodes ont été élaborées pour projeter le DD suivant les hypothèses de fécondité :

- Baisse rapide de la fécondité (ou fécondité faible) : chaque femme aura en moyenne 2,7 enfants à l'horizon 2050 ;
- Baisse tendancielle de la fécondité (ou fécondité moyenne) : chaque femme aura en moyenne 3,2 enfants à l'horizon 2050, soit 0,5 enfant de plus au niveau de l'hypothèse de fécondité faible ;
- Baisse lente de la fécondité (ou fécondité forte) : chaque femme aura en moyenne 3,7 enfants jusqu'à l'horizon 2050.

Graphique 3 : Projection du dividende démographique suivant les différents scénarii de fécondité



Source : Country Brief - Will Senegal Enjoy a Demographic Dividend?, 2013.

Les projections sur le dividende démographique (DD) permettent de prévoir selon les scénarii d'évolution de la fécondité au Sénégal, les tendances en termes de gain économique à un horizon plus ou moins lointain. De 0,26% en 2010, le gain économique tiré de la structure de la population (encore appelé le DD) atteindrait 0,51% ; 0,40% et 0,29% en 2050 respectivement selon que la fécondité est faible, moyenne et élevée. Cela traduit l'impact potentiel d'une réduction de la fécondité sur la croissance économique.

Le déficit relativement important observé sur le cycle de vie et les projections démographiques en fonction des scénarii de fécondité montrent que d'importants efforts restent à être consentis en vue de la capture du dividende démographique. En relation avec la fécondité, la dimension santé en général et la santé de la reproduction en particulier nécessite une

prioritaire particulière en termes de définition de politiques adéquates et d'investissements subséquents. Ainsi, une analyse de l'évolution des dépenses en santé et en santé de la reproduction, et des indicateurs de la SR offrirait des évidences pour cet aspect essentiel du développement humain et de la capture du dividende démographique.

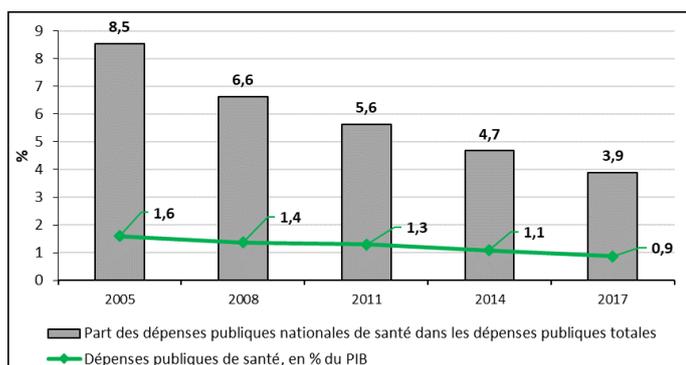
## ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

### Baisse tendancielle de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat

Au cours de la période 2005 à 2017, les parts des dépenses publiques en santé dans le budget et en % du PIB ont globalement connu des baisses (voir graphique ci-dessous). En effet, de 2005 à 2017, la part des dépenses publiques en santé a connu une baisse de 4,6 points de pourcentage dans le budget de l'Etat sénégalais. La part de dépenses publiques de santé dans le budget national en 2017 (3,9%) n'atteignant plus la moitié de ce qu'elle représentait en 2005 (8,5%).

Le constat n'est pas différent pour ce qui concerne l'évolution des parts des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB. Ces parts sont passées de 1,6% en 2005 pour s'établir à 0,9% en 2017, soit une baisse de 0,7% au cours de la période.

**Graphique 4 :** Dépenses publiques de santé, en % du PIB et en % des dépenses publiques totales



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

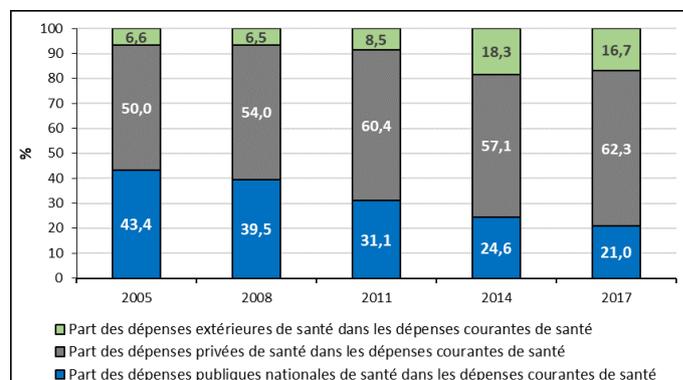
### Les dépenses de santé sont majoritairement supportées par les ménages

Au Sénégal, la grande partie des dépenses courantes de santé est prise en charge par les ménages. En effet, sur la période 2005-2017, les dépenses privées de santé ont atteint en moyenne environ 57% des dépenses courantes de santé. Cela constitue une charge relativement lourde pour les ménages et pourrait provoquer une réduction d'autres dépenses essentielles conduisant à une dégradation des conditions de vie des ménages.

Contrairement à plusieurs autres pays, l'Etat sénégalais contribue dans une large mesure aux dépenses courantes de santé. En part des dépenses publiques nationales de santé dans les dépenses courantes de santé est estimé par exemple à 43,4% en 2005. Toutefois, il importe de souligner que cette part connaît une baisse continue et est estimée en 2017 à 21%. Cela soulève la problématique du financement public de la santé au Sénégal. Le troisième partenaire intervenant dans la chaîne de financement de la santé est constitué des partenaires au développement. Bien que leurs contributions soient relativement

faibles en 2005, elles connaissent un accroissement constant et la part des dépenses extérieures de santé dans les dépenses courantes de santé a atteint 18,3% et 16,7% respectivement en 2014 et 2017. Ainsi, l'extérieur joue un rôle essentiel dans le financement des dépenses de santé au Sénégal.

**Graphique 5 :** Part des dépenses publiques nationales de santé dans les dépenses courantes de santé

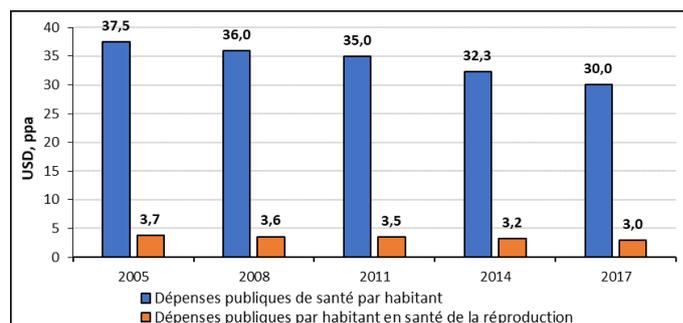


Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

### Dépenses publiques par habitant en SR faibles et en baisse

Les dépenses publiques en santé rapportées à chaque habitant connaissent une baisse de leurs valeurs. En 2005, chaque sénégalais dépensait en moyenne 37,5 dollars USD pour les besoins de santé. Ce montant est de 30 dollars USD en 2017, soit une baisse de 7,5 dollars USD entre ces deux dates. En dépit de leurs baisses de valeurs au cours de la période 2005-2017, force est de constater que les dépenses en santé de la reproduction représentent une infime partie de la dépense en santé générale des sénégalais. En effet, celles-ci représentent en moyenne 10% de la dépense générale en santé par habitant au cours de la période 2005 à 2017.

**Graphique 6 :** Dépenses publiques par habitant en santé et en santé de la reproduction

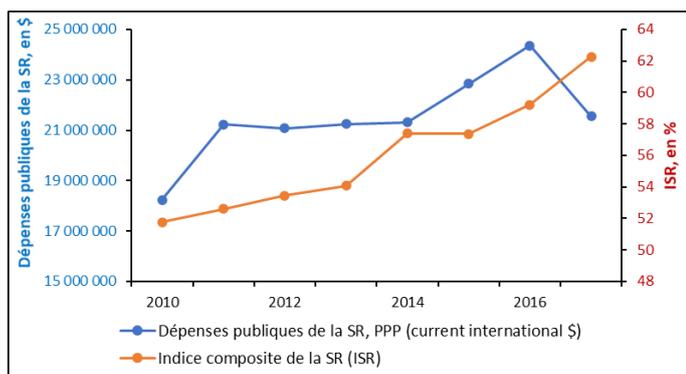


Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

### Nécessité d'accroître les dépenses en santé de la reproduction pour améliorer les indicateurs de la SR

Il existe une corrélation positive prononcée entre les dépenses publiques de la santé de la reproduction et les indicateurs de la SR regroupés dans l'indice composite ISR. En d'autres termes, on assisterait à une amélioration sensible des indicateurs de la SR et donc une amélioration du bien-être sanitaire des populations à travers d'un accroissement des dépenses publiques en SR au Sénégal.

Graphique 7 : Evolution des dépenses de la SR et l'ISR



Source : CREG 2020, à partir des données de WDI.

L'élasticité des dépenses en santé de la reproduction (SR) par rapport à l'indice composite de la SR est estimée à environ 0,24 pour la période de 2006 à 2017 au Sénégal. En d'autres termes, une augmentation des dépenses de la SR de 1% engendrerait un accroissement de l'indice composite de la SR de 0,24%. Comparativement à ses pays limitrophes membres du Partenariat de Ouagadougou, le Sénégal présente le même niveau d'élasticité budgétaire que le Mali, mais reste en-dessous de celle de la Guinée (0,26) et de la Mauritanie (0,26). Par ailleurs, il est à noter que le Niger (0,23) et le Burkina Faso (0,28) possèdent respectivement la plus faible et la plus forte élasticité de l'ensemble des pays du Partenariat de Ouagadougou.



#### Encadré 2 : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et Elasticité budgétaire

En statistique, l'élasticité mesure la variation d'une grandeur provoquée par la variation d'une autre grandeur. Dans le cadre de la santé de la reproduction, l'élasticité budgétaire est une mesure de la sensibilité d'un indice de la SR par rapport aux variations des dépenses allouées à la SR.

Pour les besoins de calcul de l'élasticité des dépenses de la SR, il est nécessaire de disposer d'un indicateur « unique et synthétique » de la SR qui serait une agrégation de tous les indicateurs relatifs à la SR. Ainsi, nous avons construit un **indice synthétique de la SR**, en abrégé **ISR**, qui agrège les indicateurs relatifs de la SR.

#### Encadré 2 (suite et fin) : Indice de la santé de la reproduction (ISR) et Elasticité budgétaire

Au regard de la littérature, les principaux indicateurs de la SR sont :

- Prévalence contraceptive ( $SR_1$ )
- Proportion de femmes enceintes recevant des soins prénataux ( $SR_2$ )
- Taux de naissances assistées par du personnel de santé qualifié ( $SR_3$ )
- Proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos ( $SR_4$ )
- Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes ( $SR_5$ )
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 05 ans ( $SR_6$ )
- Risque de décès maternel ( $SR_7$ )
- Taux de mortalité des enfants de moins d'un an ( $SR_8$ )
- Prévalence des mutilations génitales féminines ( $SR_9$ )
- Proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale ( $SR_{10}$ )

Ces indicateurs interviennent dans la construction de l'indice composite **ISR**, à l'exception des deux derniers ( $SR_9$  et  $SR_{10}$ ) qui sont écartés pour des raisons de disponibilité des données.

L'**ISR** est déterminé en prenant la moyenne géométrique des indicateurs relatifs à la SR, au moyen de la formule suivante :

$$ISR = \left( \prod_{j=1}^4 SR_j \times \prod_{j=5}^7 (1 - SR_j) \times \left(1 - \frac{SR_8}{10}\right) \right)^{\frac{1}{8}}$$

L'**ISR** est construit de sorte que sa valeur soit toujours comprise entre 0 et 1. Il donne une mesure des performances en matière de la santé de la reproduction pour un pays. Le niveau de la santé de la reproduction d'un pays donné est meilleur lorsque l'**ISR** tend vers 1, et médiocre lorsque l'**ISR** tend vers 0.

#### RECOMMANDATIONS

L'analyse des résultats a montré une baisse des parts des dépenses en santé publique dans le budget de l'Etat sénégalais et dans les dépenses courantes en santé, une faiblesse des parts des dépenses en santé de la reproduction dans les dépenses générale en santé et une évolution dans le même sens entre la dépense en santé de la reproduction et les dépenses en santé générale par habitant.

Sur la base de ces résultats, nous émettons les recommandations de politiques suivantes :

- Continuer le plaidoyer pour que la part dans le budget sénégalais des dépenses publique en santé et en santé de la reproduction soit indexé au taux de croissance démographique du pays ;
- Sensibiliser les populations sur la nécessité d'une prise de conscience sur les questions de santé de la reproduction ;
- Mettre en place de structures par âge ou par sexe adaptées pour la prise en charge des populations sur les questions de santé de la reproduction.

## RÉFÉRENCES

ANSD (2017) ; « Rapport final Enquête Démographique et de Santé continue (EDS-C 2017) »

ANSD (2020); « Situation Economique et Social 2017-2018 : Présentation du pays » ; pp 5-20.

ANSD (2020) ; « Situation Economique et Social 2017-2018 : Etat et structure de la population » ; pp 3-11.

ANSD (2020) ; « Situation Economique et Social 2017-2018 : Santé » ; pp 3-26.

Adjamagbo, Agnès, et Agnès Guillaume (2001). « La santé de la reproduction en milieu rural ivoirien », *Autrepart*, vol. 19, no. 3, pp. 11-27.

Barbieri M., Vallin J. (1996) ; « Les conséquences de la crise économique africaine sur l'évolution de la mortalité » ; in J. Coussy, J. Vallin (éd.), *Population et Crises en Afrique*, Paris, Les Études du Cepad, 13 : 319-344.

Dramani (2019) : *Dividende démographique et développement durable : Fondements théoriques et Modèles normatifs*. Editions L'Harmattan

Maimbolwa et al. (2019); "Women's Experience with Socio-Economic Factors Associated with Perinatal Morbidity and Mortality in Lusaka and Mumbwa Districts of Zambia". *Health*. 11. 733-754. 10.4236/health.2019.116061.

National Transfer Accounts (2013) "Will Senegal Enjoy a Demographic Dividend?" *Country Brief-Senegal*, March 2013.

République du Sénégal (2019), "Le Sénégal à l'heure du bonus démographique", *Policy Brief*, CREG-CREFAT.

Oluwasegun Jko Ogundele, Milena Pavlova, Wim Groot (2020). "Socioeconomic inequalities in reproductive health care services across Sub-Saharan Africa. A systematic review and meta-analysis, *Sexual & Reproductive Healthcare*"; Volume 25, 2020, 100536, ISSN 1877-5756

United Nations (2013). *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

United Nations (2017). « World Population Prospects: The 2017 Revision », DVD Edition. Department of Economic and Social Affairs, Population Division

## AUTEURS

Rédaction	Supervision	Relecture
Pr Latif Dramani Edem Akpo Xavier Beogo	Dr Sam Agbahoungba	Dr Sam Agbahoungba Mame Diaara Samb



ISSN 2712-6927



9 772712 692002