

Huitième Conférence Sur La Population Africaine *KAMPALA – OUGANDA*

18 - 22 Novembre 2019

Thème : S'appuyer sur le potentiel de la population pour accélérer le développement durable en Afrique : 25 ans après le Caire et au-delà

Inégalités spatiales face au décès à Dakar : une analyse des données du recensement de 2013

Atoumane Fall¹, ²Bruno Masquelier²

¹Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

² Université Catholique de Louvain (UCL)

Résumé

Cette étude vise à explorer les inégalités spatiales de mortalité dans la région de Dakar. Cette dernière rassemble 50% de la population urbaine du Sénégal. En raison de disparités en termes d'accès aux soins, d'équipement et d'assainissement, de profondes inégalités face au décès subsistent dans l'agglomération dakaroise. Les données du recensement de 2013 servent de base à l'analyse. L'introduction de questions sur les décès survenus dans les ménages au cours des 12 derniers mois précédant la collecte permet de calculer directement des tables de mortalité et les espérances de vie par commune d'arrondissement. Une analyse des résultats obtenus montre l'existence d'une zone de surmortalité localisée dans le département de Guédiawaye, tandis que dans la ville de Dakar, les populations bénéficient de niveaux de santé bien plus enviables. Ainsi, les espérances de vie à la naissance (obtenues sans ajustement pour la sous-déclaration des décès) varient chez les hommes de 63 ans à Médina Gounass à 77 ans dans la commune de 'Point E/Amitié'. En outre, l'espérance de vie s'élève à mesure la densité de la population diminue.

Mots clés : mortalité, inégalité face aux décès, recensement, Sénégal.

Introduction

La population sénégalaise bénéficie d'une espérance de vie de 65 ans, l'une des plus élevées en Afrique sub-saharienne¹. Au cours des 15 dernières années, l'espérance de vie a progressé de près de 9 ans, soit une hausse de près de 7 mois chaque année (Nations Unies, 2017). Ces progrès sont toutefois très inégalement partagés par la population du Sénégal. Par exemple, selon l'enquête EDS de 2007, le taux de mortalité infanto-juvénile de certaines régions (Diourbel, Sud, Sédhiou, Kolda) était plus de deux fois supérieur à celui estimé à Dakar. Au sein même des villes, de profondes inégalités face au décès subsistent en raison de disparités en termes d'accès aux soins, d'équipement et d'assainissement. Dans ce contexte, il est crucial de mieux évaluer les besoins sanitaires de tous les segments de la population, à une échelle spatiale très fine.

Dans cette communication, nous utilisons les données de recensement de 2013 pour explorer les inégalités spatiales de mortalité dans la Région de Dakar. Dakar fait face à une urbanisation rapide et peu maîtrisée, et les facteurs de risque pour la santé sont très inégalement distribués spatialement. Dans l'ensemble, l'urbanisation réduit les risques de transmission du paludisme (**Erreur ! Source du renvoi introuvable., Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Par contre, les facteurs de risque de maladies chroniques tels que l'hypertension et l'obésité connaissent une prévalence plus élevée qu'en milieu rural. Dans les quartiers les moins favorisés, les populations les plus vulnérables peuvent faire face à un double fardeau, quand maladies transmissibles et chroniques cohabitent. A ce jour, l'état d'avancement de cette transition dans le milieu urbain dakarois reste toutefois peu documenté.

La Région de Dakar compte quatre départements très différents : Dakar (qui abrite la ville de Dakar), Pikine, Guédiawaye et Rufisque. Ces départements se distinguent nettement en matière de densité de la population, d'équipement des ménages, d'occupation du sol, d'assainissement et d'infrastructures. L'habitat spontané concerne par exemple 3% des ménages dans la ville de Dakar, contre 42% des ménages à Pikine (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Ces variations sont susceptibles de se traduire par d'importantes inégalités de santé.

Données et méthodes

La source idéale de données sur les décès est un système exhaustif et continu d'état civil. A ce jour, plus de 80% des décès sont enregistrés dans des registres dans la région de Dakar, mais ces données ne sont pas accessibles pour l'analyse. Nous exploitons donc ici les données du recensement de 2013. L'introduction de questions sur les décès survenus dans les ménages au cours des 12 derniers mois précédant la collecte permet de calculer directement des tables de mortalité.

Résultats préliminaires

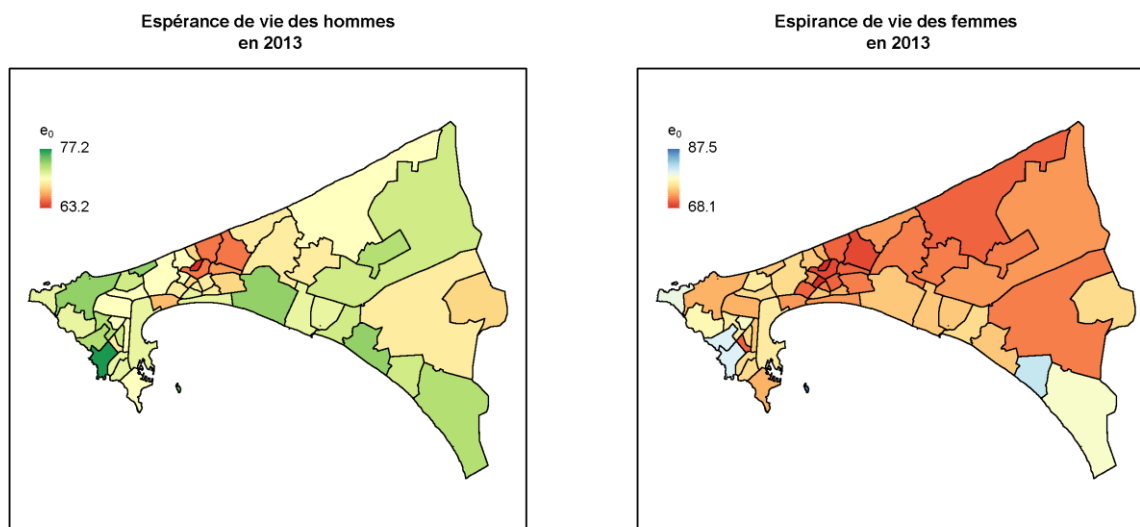
D'après les données du recensement de 2013, sur base des taux non ajustés pour la sous-déclaration des décès, les espérances de vie à la naissance varient chez les hommes de 63 ans (dans la commune d'arrondissement de Médina Gounass, dans le département de Guédiawaye), à 77 ans dans la commune 'Point E/Amitié', dans le centre de Dakar. Les deux extrêmes en matière d'espérance de vie des femmes sont Pikine Nord, avec 68 ans, et Ngor, où l'espérance de vie féminine estimée ici atteint 87 ans. Même si une évaluation de la qualité des données a été effectuée, ces niveaux élevés d'espérance de vie sont à considérer avec prudence. Ainsi, une analyse plus fine de la qualité des âges déclarés doit encore être menée. Il est possible également qu'une fraction des décès ne soit pas déclarée dans le recensement.

Les deux cartes présentées ci-dessous font ressortir, pour chacun des deux sexes, une zone de surmortalité localisée dans le département de Guédiawaye, tandis que dans la ville de Dakar, surtout à l'extrême Sud

¹Sc: World Population Prospects 2015: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

et à l'extrême Ouest de la presqu'île du Cap Vert, les populations bénéficient de niveaux de santé bien plus enviables.

Graphique 1 : Espérances de vie à la naissance (par sexe) selon les communes d'arrondissement de Dakar



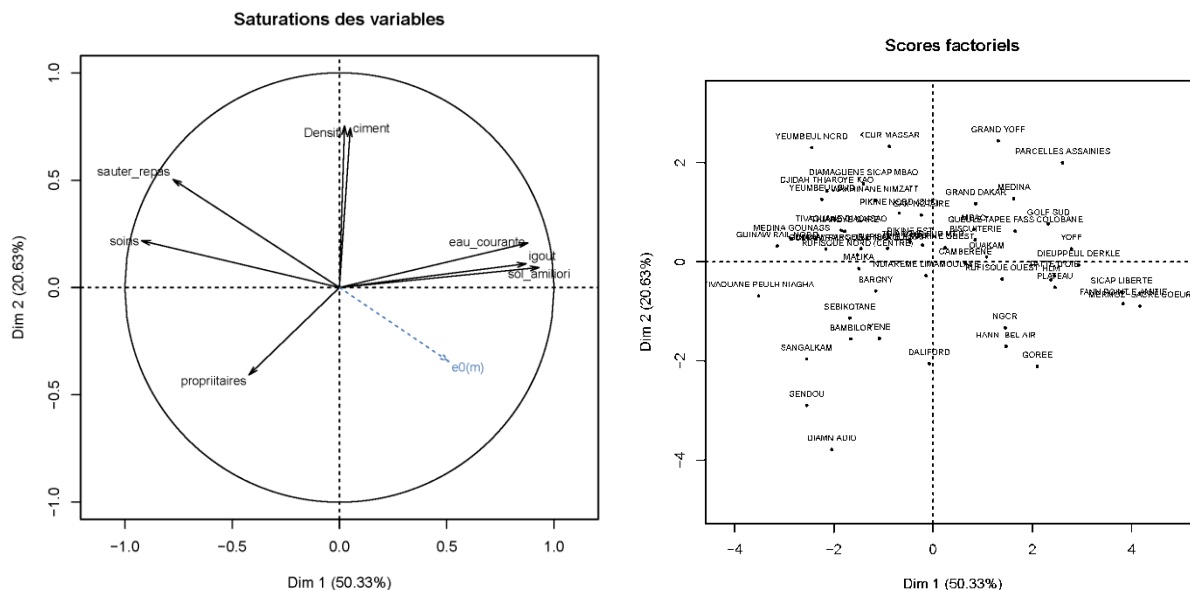
Sc: RGPHAE 2013 (données non ajustées)

Sc: RGPHAE 2013 (données non ajustées)

Afin de donner sens à ces inégalités face au décès, une typologie des communes sera établie à l'aide d'une analyse en composantes principales sur la base des données du recensement de 2013 sur les caractéristiques de l'habitat, les niveaux d'instruction, la structure des ménages et l'activité professionnelle de leurs membres. Ceci permettra d'étudier les interactions entre les profils socio-économiques des communes et les risques de décès.

En guise de résultats préliminaires, nous présentons ci-dessous une première analyse en composantes principales intégrant les variables suivantes : (1) la proportion de chefs de ménage qui sont propriétaires de leurs logements, (2) la proportion d'habitations dont les murs sont en ciment, (3) celles dont les sols sont améliorés (tapis ou carrelage), (4) celles disposant d'une toilette raccordée à l'égout, (4) celles disposant d'eau courante, (5) la proportion de ménages dans lesquels il a été nécessaire de sauter un repas au cours des 7 derniers jours par manque de moyens financiers, (6) là où des dépenses de soins de santé n'ont pas pu être effectuées par manque de moyens, et (7) la densité de la population. L'espérance de vie (ici des hommes) n'est pas utilisée pour construire le plan factoriel, mais elle est représentée sur ce plan par après.

Graphique 2 : Saturations des variables et scores factoriels de l'ACP - communes d'arrondissement de Dakar



La première composante oppose les communes d’arrondissement les plus pauvres et moins bien équipées aux autres, et comme attendu, elle est significativement et positivement corrélée à l’espérance de vie ($r = 0.51$, $p.val < 0.01$). De façon plus inattendue, la seconde composante est elle aussi corrélée significativement à l’espérance de vie à 60 ans ($p.val = 0.01$). Elle oppose les communes d’arrondissement très densément peuplées (Grand Yoff, Keur Massar), où la proportion de chefs de ménages qui sont propriétaires est faible, aux communes moins densément peuplées, au caractère plus rural, où la propriété est plus fréquente (Gorée, Ngor, Sendou, Diamniadio). La relation est ici négative ; l’espérance de vie s’élève à mesure que diminue la densité de la population. Ce résultat suggère que des facteurs contextuels plus détaillés, tels que la disponibilité des services de santé, devraient être considérés.

Ces premières analyses indiquent que la mortalité est très inégalement répartie dans l’espace urbain dakarois, et qu’il est possible de donner sens à ces inégalités spatiales. Avant la VIII^{ème} conférence sur la Population Africaine de novembre 2019, elle doit être approfondie et prolongée en intégrant des facteurs de risques liés à l’environnement des ménages, tels que la proximité de zones humides (pour les maladies liées à l’eau) mais aussi en analysant les inégalités au niveau de la mortalité par groupes d’âges (p.ex. 0-5 ans et 15-59ans). Des données sur la disponibilité d’infrastructures sanitaires fonctionnelles et équipées (en personnel et matériels) seront également intégrées.