

Congrès africain de population

Kampala, Ouganda, 18-22 Novembre 2019

Proposition de communication

Le handicap chez les adultes (18-59 ans) au Sénégal : une approche écologique

Arlette Simo Fotso (World Bank), Ibrahima Diouf (ANSD) et Géraldine Duthé (INED)

Résumé court

En Afrique, le handicap est une préoccupation de santé publique émergente. Pour les pouvoirs publics, il est essentiel de quantifier et de décrire les incapacités engendrées par les problèmes de santé que connaissent les populations de manière à identifier les besoins en matière d'assistance ou d'aménagement du territoire. Le dernier recensement du Sénégal de 2013 fournit l'opportunité d'étudier le lien entre handicap et environnement. L'objectif de cette communication est d'identifier des effets de contexte au niveau des communes et des facteurs environnementaux en plus des facteurs socioéconomiques associés à la prévalence du handicap chez les adultes âgés de 18 à 59 ans. Pour cela, nous mobiliserons les données du recensement, complétées par d'autres données disponibles au niveau des communes pour mener une analyse spatiale et une analyse multiniveau. Outre une description de l'ampleur et de la nature du handicap au Sénégal, les résultats devraient permettre de comprendre en partie la distribution non aléatoire sur le territoire.

Résumé long

Contexte

Dans les populations où la mortalité est encore élevée, le recours aux soins est souvent faible et des maladies évitables ou des blessures bénignes peuvent avoir de graves conséquences sur la santé et engendrer d'importantes incapacités parce qu'elles ne sont pas traitées à temps. Mais c'est surtout l'avancée dans la transition épidémiologique avec l'élévation de l'âge au décès et la montée des maladies non transmissibles en Afrique qui a fait émerger – à l'instar des pays à faible mortalité - une nouvelle préoccupation de santé publique : celle du handicap (Hay et al., 2017). En effet, malgré le recul de maladies infectieuses et parasitaires connues pour générer des handicaps importants comme la polyomyélite qui a quasiment disparu grâce à la vaccination, une partie des problèmes de santé chroniques, comme le diabète ou les problèmes cardiovasculaires, ont pour particularité de générer des limitations fonctionnelles et cognitives, elles-mêmes sources de gênes dans les activités de la vie quotidienne (OMS 2001). Ces incapacités soulèvent des questions de prise en charge pour compenser les limitations fonctionnelles, lorsque c'est possible (lunettes, aide à la marche...), ou pour apporter une assistance dans les activités élémentaires de la vie quotidienne, lorsque l'état de santé ne permettent plus aux personnes de les réaliser elles-mêmes (Verbrugge et Lette 1994). De surcroît, une partie des pathologies chroniques potentiellement invalidantes est peu létale (par exemple, les troubles ostéoarticulaires). Cela induit des états d'incapacité, et donc de besoin de prise en charge, possiblement durables.

Pour les pouvoirs publics, il est essentiel de quantifier et de décrire les incapacités engendrées par les problèmes de santé vécus par les populations de manière à identifier les besoins en matière d'assistance ou d'aménagement du territoire. La santé fonctionnelle reste pourtant très insuffisamment étudiée en Afrique (Abegunde et al., 2007; Aboderin, 2010; Dalal et al., 2011). Jusqu'à récemment, peu de données étaient collectées en population générale et les estimations nationales comme les années de vie ajustées sur l'incapacité (Disability Adjusted Life Years DALYS) restent encore essentiellement basées sur des modèles (Forouzanfar *et al.* 2015). En réalité, de nombreuses enquêtes intègrent sur le terrain des modules sur le handicap mais ces derniers ne sont pas standardisés, donnant lieu à des prévalences et facteurs sociodémographiques assez diverses y compris sur une même population (Simo Fotso et al. 2019).

Le groupe de Washington sur les statistiques d'invalidité (WG) est un groupe missionné par les Nations Unies chargé d'améliorer la qualité et la comparabilité internationale des mesures du handicap. WG a développé un outil permettant d'identifier dans des enquêtes menées en population générale les différentes dimensions du handicap, allant des limitations fonctionnelles et cognitives aux restrictions d'activités (incapacité non compensée). En 2006, ils ont proposé un module court de questions portant sur les six dimensions qu'ils ont identifiées comme essentielles : la capacité à voir, à entendre, à marcher, à communiquer, à se rappeler et se concentrer, et à faire ses soins personnels. Cet outil s'est peu à peu imposé comme l'outil de référence au niveau international pour mesurer le handicap (Madans et al. 2011) mais avait été relativement peu utilisé jusqu'alors en Afrique subsaharienne. Introduits dans certains recensements africains récents, de nouvelles données sont dorénavant disponibles permettant, non seulement d'estimer des prévalences et des caractéristiques sociodémographiques associées mais aussi d'étudier le lien entre handicap et environnement par des analyses désagrégées à un niveau géographique très fin.

S'agissant du handicap, les personnes vivant avec un handicap ne sont probablement pas réparties aléatoirement sur le territoire. Il est probable que les grands centres urbains concentrent plus de personnes handicapées parce que l'offre de soins y est plus importante et que l'habitat et les infrastructures y sont mieux adaptés que dans les campagnes. En outre, dans un contexte où les personnes handicapées ont pour principale source de revenu la mendicité (Fassin, 1991), celles-ci peuvent trouver plus avantageux de vivre autour des centres urbains. Cependant, l'environnement rural est plus ou moins propice au développement ou à l'apparition de certaines limitations fonctionnelles, voire de restrictions d'activité. Par exemple, la présence d'eau expose plus fortement à certaines maladies parasitaires pouvant générer des handicaps comme l'onchocercose aussi appelée cécité des rivières. Selon les régions, les secteurs d'activités et les métiers exercés peuvent exposer à des risques d'accidents ou de maladies pouvant générer des handicaps. Grâce aux données fournies par le dernier recensement du Sénégal, notre objectif est d'identifier des effets de contexte au niveau des communes et des facteurs environnementaux en plus des facteurs socioéconomiques associés à la prévalence du handicap.

Population

Comme de nombreux pays africains, l'espérance de vie à la naissance a beaucoup augmenté depuis les années 1950 malgré des phases de stagnation notamment dans les années 1990. Cependant, elle a particulièrement progressé depuis les années 2000 et les dernières estimations des Nations Unies 69,4 ans pour les femmes et 65,3 ans pour les hommes pour la période 2015-2020 (Nations Unies 2019). D'après IHME¹, de nombreuses maladies de la pauvreté figurent toujours dans les dix principales causes de décès: affections périnatales, infections respiratoires, diarrhées, tuberculose,

¹ consulté sur le web le 15-07-2019.

paludisme et méningite. Les maladies de l'appareil circulatoire et le diabète figurent aussi parmi les 10 principales causes de décès et sont particulièrement prépondérantes chez les adultes.

Données

Le questionnaire du dernier recensement de la population du Sénégal (RGPH 2013) comportait l'outil standard du WG qui identifie les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité. Les données collectées sur la totalité de la population du territoire permettent d'identifier la prévalence des adultes âgés de 18 à 59 ans vivant avec des limitations fonctionnelles (détaillées selon la nature de ces limitations : vue, ouïe, mobilité, communication, concentration) et des restrictions d'activités (se laver). Par ailleurs, le recensement fournit toutes les données sociodémographiques de base que ce soit au niveau des individus et des ménages (sexe, âge, statut marital, activité professionnelle, ressources, niveau d'instruction, caractéristiques du logement...).

Chaque individu est rattaché à un ménage qui lui-même est rattaché à l'une des 552 communes du pays. La commune est une collectivité locale exerçant sur un territoire déterminé un certain nombre de compétences transférées par l'Etat. En milieu urbain, on parle de commune ou de commune d'arrondissement alors qu'en milieu rural, on parle de communauté rurale. Selon le Code des collectivités locales du Sénégal, les communes ont pour mission "*la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique, social et environnemental d'intérêt local*". Depuis 1996, neuf domaines compétences ont été transférés aux collectivités locales. Entre autres, on peut citer les domaines de la santé, de la population et de l'action sociale. Ces communes ont été cartographiées sur le territoire du Sénégal. D'autres sources nationales ou ministérielles sont mobilisées pour disposer de données au niveau des communes (école, santé, pauvreté).

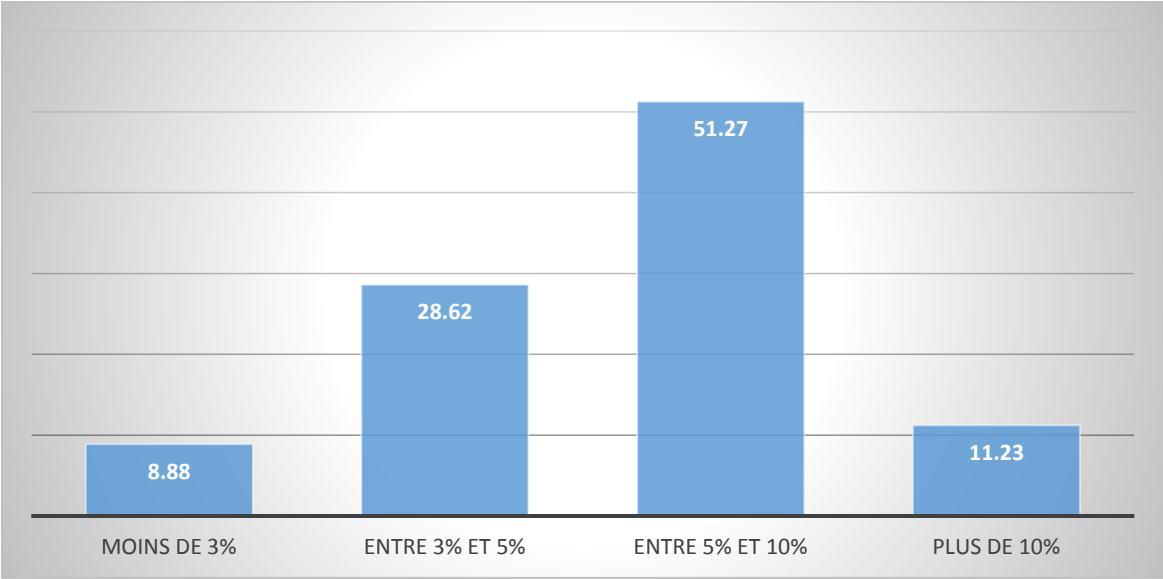
Méthode

Dans ce papier, nous souhaitons analyser le handicap sous ses différentes dimensions (limitations fonctionnelles, cognitives, restriction d'activité) ainsi que leur cumul et leur sévérité. Dans un premier temps, nous mènerons une analyse cartographique pour mettre en lumière la répartition non aléatoire des personnes vivant avec un handicap dans les communes du pays. Dans un second temps, nous mènerons une analyse multiniveau (tenant compte des caractéristiques individuelles, du ménage et de la commune) nous permettant d'identifier des effets de contexte et de comprendre dans une certaine mesure la répartition observée spatialement.

Premières exploitations

En décembre 2013, au Sénégal, 5,9 % des adultes âgés de 18 à 59 ans ont été identifiés comme ayant au moins quelques difficultés dans une des six dimensions du handicap. Le graphique ci-dessous présente la répartition en pourcentage des communes selon la prévalence du handicap. Des taux de prévalence en deçà de 3% sont notés dans 9% des communes alors que dans 11% d'entre elles, la prévalence est supérieure à 10%. La carte 1 montre qu'il existe des disparités importantes entre les communes avec des prévalences allant de 1,1 % à 29.8%.

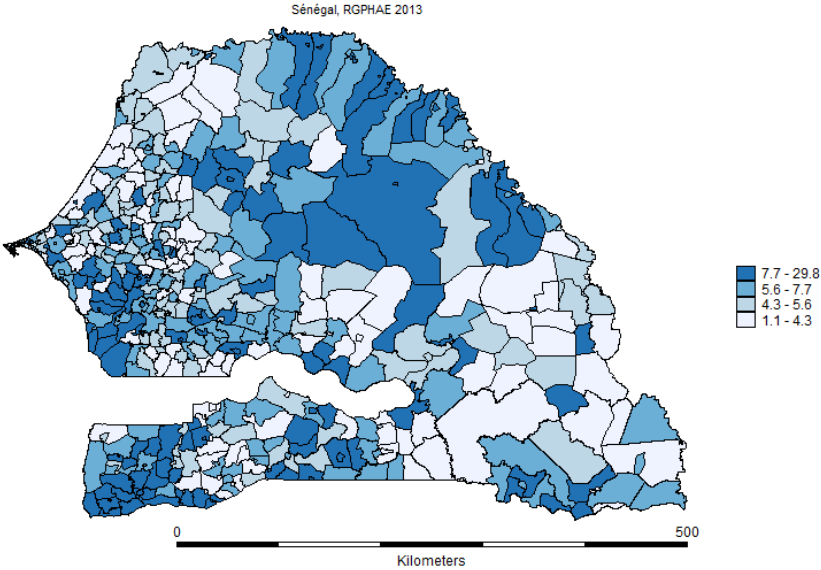
Graphique 1 : Répartition des communes selon la prévalence du handicap (au moins quelques difficultés)



Source : RGPH 2013, calcul des auteurs.

Carte 1. Prévalence du handicap des adultes par commune au Sénégal

% de la population ayant au moins quelques difficultés âgées de 18-59 ans



Source : RGPH 2013, calcul des auteurs.

Limites

Etant donné l'ampleur d'une opération de collecte que représente un recensement, la formation des enquêteurs joue un rôle essentiel dans la qualité des données recueillies, y compris sur le handicap. Parallèlement, les répondants sont essentiellement les chefs de ménage qui répondent pour l'ensemble des membres des individus et peuvent, d'une part, avoir tendance à écourter la durée de l'interview, phénomène classique de biais d'enquête (Institute for Resource Development 1990) et, d'autre part, méconnaître les problèmes de santé de certains des membres du ménage. Cet élément est d'autant plus important qu'au Sénégal, les ménages sont relativement grands en raison d'une définition du ménage basée sur l'unité économique (Dasré et al. 2019). Nous envisageons une analyse qui tient compte du statut dans le ménage pour identifier un éventuel biais de déclaration.

Il convient également de préciser que l'analyse en cours ne concerne que la population des ménages ordinaires. Elle ne prend pas en compte les personnes handicapées vivant dans des institutions spécialisées comme les hôpitaux. En perspective, nous envisageons de prendre en compte cette population comptée à part pour une meilleure estimation de la prévalence du handicap.

Contribution attendue

Le sujet des inégalités est un élément central des objectifs du développement durable adoptés en 2015 par les Nations Unies avec dès le préambule la volonté de ne laisser personne de côté (*no one left behind*). Dans le domaine de la santé, les études portant sur les inégalités qu'elles soient de nature géographique, économique ou sociale sont essentielles pour identifier les freins aux progrès, cibler les personnes plus vulnérables et mieux appréhender l'hétérogénéité de la population dans la préparation des programmes de santé.

Cette communication permettra de quantifier et de décrire les incapacités de la population du Sénégal. Sans étudier les processus à l'origine des situations de handicap, elle permettra aussi d'identifier des conditions environnementales susceptibles d'exposer les habitants à des situations de handicap. Elle offrira des éléments sur les besoins en matière d'assistance de la population ou d'aménagement du territoire.

Références

- Abegunde D, Mathers C, Adam T, Ortegón M, Strong K. 2007. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *The Lancet*: 1929–1938.
- Aboderin I. 2010. Understanding and advancing the health of older populations in sub-Saharan Africa: policy perspectives and evidence needs. *Public Health Rev*: 356–376.
- Dalal S, Beunza JJ et al. 2011. Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: what we know now?, *International Journal of Epidemiology* 40(4): 885-901.
- Dasré Aurélien, Assa Doumbia Gakou, Véronique Hertrich, Jean-Pierre Diamane Bahoum, Baguinébié Bazongo, Abdoul Karim Diawara, Papa Mabege Diop, Mahmoud Diouf, Paul Sawadogo. 2019. La comparabilité des données sur les ménages et les structures familiales dans les recensements du Burkina-Faso, Mali et Sénégal. Communication au Colloque international *Enjeux démographiques en Afrique : l'apport des données de recensement et d'état civil*, Paris-Aubervilliers, Campus Condorcet, 16-18 octobre 2019.
- Fassin Didier. 1991. Handicaps physiques, pratiques économiques et stratégies matrimoniales au Sénégal. *Social Science & Medicine* 32(3) : 267-272

- Forouzanfar MH, Lopez AD, Vos T, Murray CJ & GBD Risk Factors Collaborators. 2015. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 386: 2287-2323.
- Hay SI, Murray CJ, & GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. 2017. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, *The Lancet* 390: 1260-1344.
- Institute for Resource Development. 1990. An Assessment of DHS-I Data Quality. DHS Methodological Reports, 1. Columbia, Maryland : Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc.
- Madans JH, Loeb ME, Altman BM. Measuring disability and monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the work of the Washington Group on Disability Statistics. *BMC Public Health*. 2011;11 Suppl 4:1-8.
- OMS. 2001. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: WHO.
- Simo Fotso Arlette, Géraldine Duthé et Clifford O Odimegwu, 2019, A comparative analysis of disability measures in Cameroonian surveys. Documents de travail, n°249, Paris: Ined.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019.
- Verbrugge L, Jette A. The disablement process. *Social Science and Medicine* 1994; 38: 1-14.