Résumé exécutif

I. Stratégie de recherche : problématique, objectifs et mise en œuvre

Une question récurrente et non résolue du débat sur la lutte contre la pauvreté est celle des inégalités entre individus et entre ménages d'une même communauté jouissant d'opportunités apparemment similaires. De nouvelles approches sont donc nécessaires. En particulier, il importe de dépasser les définitions purement économiques et les analyses des disparités basées sur la comparaison des niveaux de vie entre pays ou entre larges secteurs des populations, notamment urbain/rural. L'approche des « capabilités », développée par A. Sen et son école, est utilisée dans ce projet comme un cadre pour remplacer les analyses qui interprètent les différences de qualité de vie en termes de faiblesse de ressources du contexte et de services, pour s'interroger sur les raisons multiples et diverses qui font que les personnes ont plus ou moins accès à ces ressources et sont plus ou moins capables de les utiliser.

L'originalité du projet est de créer des synergies entre deux champs – l'approche des capabilités (AC) et les études de populations - qui n'ont pour l'instant guère d'interfaces communes. Le cadre des « capabilités » est ainsi appliqué dans un champ nouveau qui offre de riches données et des outils statistiques élaborés et, réciproquement, les études de population peuvent bénéficier d'un cadre conceptuel et méthodologique qui leur donne plus de cohérence :

- L'AC, un cadre conceptuel qui place l'individu au centre.
  Dans l'AC, « le développement est appréhendé comme un processus d'expansion des libertés réelles dont jouissent les individus » pour « mener la vie qu'ils ont raison de valoriser» (Sen 1999, pp. 3 & 10). L'action de l'individu (agency) est donc transversale, mais l'individu est considéré dans son contexte. La « lunette » des capabilités offre donc aux sciences sociales une piste pour résoudre le dilemme « agency versus structure » en mettant l'accent sur les opportunités, plus que le résultat. Pour les études de population, c'est une possibilité d'appliquer le changement de paradigme retenu lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Le Caire, 1994), à savoir mettre l'individu au centre des préoccupations. Il s'agissait de remplacer les approches et actions fondées sur des cibles quantitatives par des préoccupations de bien-être des individus nés et à naître. Le virage n'a pas vraiment eu lieu et, actuellement, on observe plutôt un retour en arrière.

- L'AC un outil pour structurer l'analyse des facteurs d'inégalités.
  L'analyse s'attache à identifier l'éventail des possibles qui s'ouvrent aux individus (leurs *capabilités*), leurs interdépendances mutuelles, et les distinguer du vécu réel (les résultats atteints, le *fonctionnement*).
  Les inégalités sont considérées à trois niveaux :
  - les disparités en matière de dotation du contexte et de l'offre en service (*endowments*),
  - les caractéristiques individuelles et sociales (*facteurs de conversion*) qui modulent l'accès à ces ressources et donc restreignent le champ des possibles,
  - les *préférences* et différents types d'obstacles, en particulier socio-culturels, qui conditionnent la réalisation des potentialités.

  Finalement, on s'interroge sur la signification à donner aux résultats atteints en termes de qualité de vie et sur les indicateurs les plus pertinents pour la mesurer.

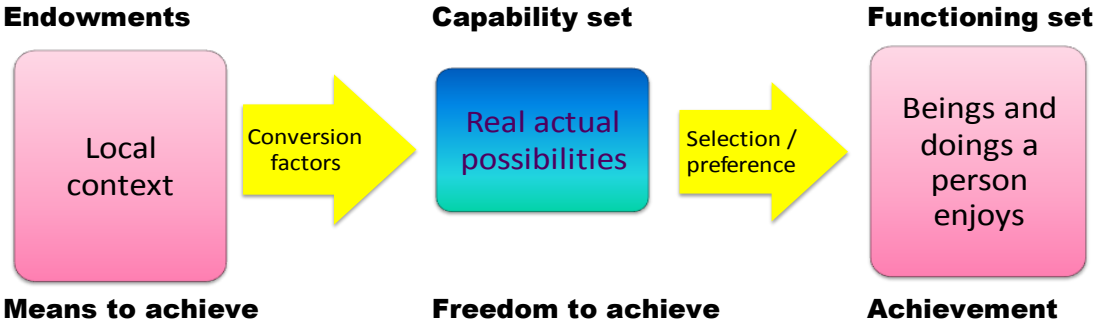
L'objectif du projet est triple. Il s'agit de réaliser une analyse fine des facteurs associés aux comportements socio-démographiques et d'identifier les groupes plus vulnérables, mais aussi de développer une méthodologie pour mieux valoriser les données existantes. Dans quelle mesure est-il possible d'appliquer l'AC sur des données qui n'ont pas été récoltées à cet effet ? Quels types de modification peut-on recommander pour les futures vagues des grandes enquêtes ? Finalement, l'examen des sources de vulnérabilité vise à ré-examiner les stratégies d'action et à fixer des priorités. Par le syncrétisme complexe entre des références socioculturelles très riches et des processus de modernisation et de globalisation accélérés, comme aussi de crises multiformes, les populations africaines sont spécialement vulnérables et constituent donc un terrain particulièrement pertinent pour appliquer l'AC. Nous prenons ici l'exemple de deux pays d'Afrique de l'Ouest, le Mali et le Ghana dans lesquels les initiateurs du projet ont une longue expérience de recherche et qui, bien que situés dans la même zone géographique, ont connu des dynamiques démographiques et socio-économiques distinctes.

Le projet a été élaboré et est mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat entre l'Institut d'études démographiques et du parcours de vie de l'Université de Genève[1] et du Harvard Center for Population and Development Studies (Cambridge, USA), leurs partenaires à Bamako (Faculté de Médecine et Direction nationale de la population) et à Accra (Departement of Geography et Regional Institute for Population Studies de l'Université du Ghana), avec la collaboration du Human Development, Capability and Poverty International Research Center (Pavia, Italie). Les prolongements pour les stratégies et actions de développement sont assurés par la participation des partenaires locaux et les liens avec la division technique du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP, au siège à New York) et les bureaux de terrain de cet organisme dans nos pays d'action. La dimension multidisciplinaire et transculturelle de l'équipe représente un terrain fertile pour le développement et l'interprétation d'un modèle analytique multidimensionnel qui a nécessité de mettre en place une dynamique substantielle d'échanges. (voir Annexe 1. Liste des événements organisés pare le projet).

Les analyses ont porté sur deux types de données. D'une part, le riche matériel récolté par les promoteurs de la recherche, en l'occurrence le projet suisso-malien « Chantier jeunes » à Bamako et une vaste enquête conduite par l'équipe américano-ghanéenne sur la santé des femmes à Accra. D'autre part, il s'est agi d'exploiter dans la même optique d'autres données disponibles sur la transition vers l'âge adulte et la santé et santé de la reproduction dans les deux pays concernés et ainsi développer des analyses directement comparables. Une petite enquête qualitative s'attache à explorer les facteurs qui sous-tendent les choix et préférences individuels. (Voir Annexe 2. Liste des travaux réalisés).

II. Résultats obtenus

Sept études ont été réalisées. Chacune a élaboré un modèle d'application de l'AC adapté à la problématique et aux données utilisées, mais basé sur un schéma de base commun (Figure ci-dessous) et se référant à des définitions communes que l'équipe de Pavia a rassemblées dans un manuel (cf. Toolkit, document I.1. dans Annexe 2).



Il s'est agi de concevoir le binôme capabilités-réalisations, c'est-à-dire distinguer l'espace des possibles du vécu réel, et les différents types de facteurs d'inégalités en choisissant des variables proxy et/ou en construisant des indicateurs composites.

[1] Au moment du lancement du projet : Laboratoire de démographie et d'études familiales

A. L'approche des capabilités appliquée à trois thématiques pour circonscrire les inégalités de qualité de vie (Voir Annexe 2. Liste des travaux)

Nous avons retenu trois thématiques qui sont au centre des analyses socio-démographiques et des politiques sociales et de santé publique : la santé auto-déclarée, l'insertion sociale et la planification familiale.

A.1. Pluri-dimensionnalité de la santé et des facteurs de risques

Les résultats mettent bien en évidence que la santé est une notion pluridimensionnelle et que c'est en distinguant plusieurs dimensions que l'on peut identifier les facteurs de risques et les groupes à risques. Le projet aborde la santé sous trois angles : la santé auto-déclarée telle que rapportée dans deux enquêtes réalisées par les équipes du projet à Accra et à Bamako, ainsi qu'une approche mixte (quantitative et qualitative) des facteurs et perceptions associés à la montée de l'obésité dans ces deux pays.

a) **Facteurs d'inégalité de santé des femmes d'Accra** (Annnexe 2. Documents II.1 et II.3)**.**

La seconde vague de l'enquête sur la santé des femmes d'Accra réalisée par les collègues de Harvard et leurs partenaires ghanéens en 2008/09 a porté sur 2814 ménages et comporte en particulier une série de 36 questions sur leur état de santé. L'analyse examine les facteurs d'inégalité de jouissance d'une bonne santé, telle que mesurée par un indicateur synthétique de santé physique et un indicateur de santé mentale. On observe que l'appartenance ethnique et le statut dans le ménage n'ont pas d'influence et que les caractéristiques économiques des ménages affectent la santé mentale, mais pas la santé physique.

L'étude distingue ensuite quatre groupes de dotation économique selon la richesse du secteur de résidence et celle du ménage : pauvreté absolue (ménages plus pauvre dans les secteurs plus pauvres, PP), pauvreté relative (ménages pauvres dans secteurs plus riches, PR), richesse relative (RP) et richesse absolue (RR). Des analyses de régression montrent qu'à l'intérieur des groupes subsistent de fortes inégalités de santé physique et mentale associées à un faible niveau de scolarisation, à l'absence d'activité professionnelle et à un plus grand nombre d'enfants et, uniquement pour la santé physique, à l'absence d'époux et à l'avancement en âge. Etre pauvre dans un secteur riche plutôt que dans un secteur pauvre, gomme l'effet des inégalités de scolarisation sur la santé mentale et, pour la santé physique, le désavantage de quelques années d'école (ne subsiste alors que l'inégalité due à l'absence de scolarisation), annule l'effet de l'âge sur la santé physique, mais ajoute un effet positif du fait de ne pas avoir d'enfant. Etre riche dans un quartier pauvre plutôt que dans un quartier riche, annule le désavantage des non scolarisées, l'association avec le recours au soin mais, pour la santé physique uniquement, induit celui des femmes sans époux. Les femmes qui recourent aux systèmes moderne ou traditionnel de soins en cas de problème de santé jouissent d'une moins bonne santé physique, mais pour la santé mentale, l'association n'est significative que pour le système moderne. De même l'affiliation à la sécurité sociale est associée à une moins bonne santé physique, mais que parmi les femmes qui vivent dans un secteur plus riche. Finalement, une analyse de variance entre les groupes montre que pour la santé physique, c'est la richesse du secteur qui est le facteur significatif alors que, au contraire pour la santé mentale, c'est la richesse du ménage qui compte.

b) **Facteurs de risques pour la santé de jeunes BamakoisEs** (Annexe 2. Documents II.2 et II.3)**.**

Le volet santé de l'enquête réalisée en 2002 par les équipes suisso-maliennes auprès de 1819 jeunes a permis de construire quatre indicateurs : la probabilité d'avoir connu au moins un problème de santé durant les cinq années précédant l'enquête et parmi ceux-ci d'avoir vécu au moins un épisode aigu de fièvres, celle d'avoir recouru alors au système moderne de soins, et l'auto-estimation de sa santé comme médiocre ou mauvaise. En appliquant le cadre des capabilités, on examine les différents types de facteurs de vulnérabilité associés à chacune des quatre dimensions de la santé et, dans un second temps, dans quelle mesure le recours au système moderne de soins peut être considéré comme une facette de la liberté de jouir d'une bonne santé, une capabilité.

Globalement, les résultats confirment que la jeunesse est une période de l'existence en bonne santé, mais que l'entrée dans l'âge adulte marque une péjoration de la santé, pour les femmes, liée à la maternité, et les jeunes hommes à l'entrée dans l'activité professionnelle. La santé n'est pas leur préoccupation centrale : 80% estiment être en bonne ou très bonne santé, et à peine plus de la moitié recourent au système moderne de soins lorsqu'ils ont un problème. Le mode de vie urbain ne gomme pas les inégalités de santé, particulièrement pour cette phase de la vie dont la santé dépend dans une large mesure des styles de vie. L'importance des asymétries de genre a conduit à réaliser des analyses séparées selon le sexe. On constate alors que les facteurs analysés expliquent une plus grande part de l'hétérogénéité parmi les jeunes hommes. En particulier, ce n'est que chez ceux-ci que les facteurs socio-culturels jouent un rôle (différences ethniques, avantage des migrants et de ceux qui sont plus religieux et accès accru aux soins modernes parmi ceux ayant un réseau relationnel plus dense). Parmi les hommes, la santé est moins bonne parmi les plus jeunes (15 – 19 ans), mais aussi ceux qui résident dans le secteur le mieux doté en infrastructures et commerces de toutes sortes qui adopteraient donc des styles de vie moins sains. Comme l'avait montré une analyse antérieure du volet sur l'emploi du temps, les jeunes femmes, vivent beaucoup plus dans le périmètre familial et d'autres part adoptent rarement des comportements qui peuvent affecter leur santé (tel qu'exprimé par la consommation de cigarettes et d'alcool), en revanche la présente analyse montre que, par leurs activités domestiques, elles seraient plus vulnérables à la salubrité de l'environnement (plus de fièvres lorsqu'elles vivent dans le secteur le moins salubre). Dans les deux sexes, la scolarisation a un effet en ∩, à savoir une meilleure santé parmi ceux qui ne sont jamais allés à l'école, ou y sont resté au-delà du primaire, que ceux qui n'ont eu que quelques années de scolarisation. Dans ce cas, l'ouverture sur l'extérieur comporterait des risques non compensés par des compétences acquises par de plus longues études.

Dans cette population de jeunes, le recours au système moderne de soins n'est pas systématique ; il semble plus conjoncturel (on va se faire soigner lorsque l'on en a l'occasion) que relevant d'une « culture » de santé. Certes, les jeunes scolarisés et les jeunes hommes ayant un réseau plus dense utilisent plus les services modernes. Mais, surtout, le recours est plus marqué parmi ceux et celles qui sortent de l'espace familial car ils exercent une activité professionnelle et parmi les femmes les moins privilégiées, à savoir du secteur et des ménages les plus pauvres. En outre, une utilisation antérieure du système de soin accroît la probabilité de vivre un nouveau problème et, lors de ce problème, diminue celle de recourir aux soins. Finalement, le recours aux soins n'efface pas les inégalités de santé, au contraire, puisqu'un contact antérieur ne diminue le risque sanitaire subséquent que parmi les femmes ayant de meilleures ressources humaines et économiques. Par conséquent, si l'accès à des soins de qualité est une nécessité de base, il n'est pas suffisant en soi pour accroître la liberté des jeunes à jouir d'une bonne santé.

c) **Les facteurs liés à la montée de l'obésité au Mali et au Ghana** (Annexe 2. Documents II.4 à 6)**.**

La montée récente de l'obésité, et des maladies qui lui sont liées, dans un contexte dans lequel la malnutrition n'a pas été éradiquée, est un défi complexe de santé publique des pays du Sud. Le lien avec les transformations des modes de vie et des habitudes alimentaires associées à l'urbanisation, mais aussi le fait que, contrairement aux pays du Nord, c'est parmi les plus aisés que le phénomène est plus marqué, impliquent que les facteurs de risques sont multiples et enchevêtrés. La structuration de l'analyse que propose le cadre des capabilités est par conséquent particulièrement utile et une approche mixte quantitative – qualitative nécessaire pour cerner la signification que revêt la corpulence pour les individus.

Le volet quantitatif – analyse des enquêtes EDS les plus récentes du Ghana (2008) et du Mali (2006) – montre que le niveau d'obésité est assez proche dans les deux pays considérés et reste relativement marginal (8,6% et 7,3%), mais s'est fortement accru ces dix dernières années. L'analyse des facteurs associés au déficit pondéral confirme qu'il s'agit d'un indicateur de pauvreté, alors que le différentiel en matière d'obésité témoigne d'un phénomène de société extrêmement similaire dans les deux pays. C'est ainsi que dans les deux cas, l'obésité est surtout urbaine, mais avec néanmoins des différences régionales et que, même en contrôlant pour la localisation, l'appartenance ethnique joue un rôle. L'obésité est associée positivement au statut et à l'aisance, telle qu'exprimés par le gradient de richesse du ménage, le fait d'être cheffe ou épouse du chef de ménage, d'avoir été à l'école et ne pas travailler dans le secteur agriculture ; elle augmente avec l'âge, rapidement dès 30 ans. Seules les maternités ont un effet distinct entre les deux pays : léger gradient positif au Ghana (mais non significatif), au contraire diminution significative au Mali avec la parité.

Des groupes de discussion en milieu urbain, avec des hommes et des femmes se distinguant aussi par leur niveau de scolarisation et leur âge expriment l'image collective de la corpulence[2]. Le nombre de termes locaux témoigne de l'importance attribuée à corpulence. Globalement, la grosse femme est bien vue, c'est la fierté de la famille, l'expression de son bien-être ; elle est attirante sexuellement pour les hommes. La forte corpulence est recherchée, comme en témoigne le recours à certains médicaments dans ce but. Pour un homme, être corpulent signifie qu'il est bien soigné par son/ses épouse(s) ; la corpulence lui donne un statut et représente un indice de réussite. Toutefois, les avis personnels sont variés et souvent contradictoires. Le surpoids est vu comme un problème pour la mobilité et les activités. Bien souvent, il ne correspond pas à un choix personnel. La nature de la corpulence aurait changé : expression de la puissance physique, elle serait devenue un gain en graisse, dû à une alimentation trop riche. La norme est remise en question par les femmes plus jeunes et plus scolarisées qui jugent que les grosses ne sont pas sexy, ne peuvent pas mettre des vêtements modernes et que les gros hommes ne sont pas beau, ont des problèmes sexuels et mangent trop. Le concept d'ambivalence apparaît alors fort pertinent pour analyser la corpulence en termes de capabilité : l**'obésité serait r**endue possible par un certain niveau de ressources. Elle correspond globalement à une norme valorisée, mais dans les secteurs plus modernes de la population, cette norme entre en conflit avec les préférences individuelles. Les individus ont alors des inégales capacités à utiliser les ressources "*pour vivre la vie que l'on a raison de valoriser* " et résoudre l'ambivalence. C'est ainsi que les analyses sur les évolutions temporelles montrent que l'obésité est certes plus élevée parmi les scolarisées, mais qu'elle a moins progresse parmi les femmes ayant fait de plus longues études, ce qui est reflété, dans le dernier EDS, par l'absence d'effet de la durée de la scolarisation.

[2] Nous nous basons ici sur le rapport malien, n'ayant pas encore reçu celui des collègues du Ghana.

A.2. L'insertion sociale à travers l'activité professionnelle et la participation sociale.

2.1. Le rôle de l'activité professionnelle

L'occupation est considérée comme accomplissement (indicateur de qualité de vie) dans deux analyses (article III.2. Sarkodie et al et III.3. von Jacobi et al, relation 1), comme capabilité (III.3, relation 2) et comme facteur individuel de conversion dans les autres analyses. Il s'agit du type d'occupation, distinguant essentiellement les activités agricoles des autres activités manuelles et non manuelles. Cependant von Jacobi et al (II.3 à 5) ont construit un indicateur qualitatif qu'elles interprètent en terme de sécurité de l'emploi.

a) Par une analyse du Ghana Living Standard Survey de 2005/06, Sarkodie et collègues (III.2) s'interrogent sur le lien entre le niveau de scolarisation et le type d'occupation, à savoir dans quelle mesure la formation peut être considérée comme une dimension élargissant la liberté d'obtenir un emploi avec un bon revenu. Ils analysent l'impact du niveau atteint de scolarisation sur le type d'activité, ainsi que les inégalités d'occupation entre les individus de même niveau de scolarisation. Les activités sont classées en quatre grandes catégories correspondant globalement à un revenu croissant : agriculture de subsistance ou commerciale, indépendant non agricole et salarié. On constate en particulier que, même si une scolarisation plus longue accroît considérablement la probabilité d'avoir un travail salarié et en est souvent une condition, une forte hétérogénéité d'activités subsiste même parmi la minorité (12%) ayant fait les plus longues études (secondaire supérieur et plus). Les résultats montrent que les études ne gomment pas les différences. Le fait de vivre en zone rurale conduit vers l'agriculture même parmi les plus scolarisés, mais les hommes plutôt vers les cultures commerciales. La scolarisation ne nivelle pas non plus les différences liées à l'appartenance culturelle : les individus de religion traditionnelle se retrouvent dans l'agriculture de subsistance, le groupe ethnique Mole-Dagbani et les musulmans dominent dans l'agriculture commerciale, les chrétiens et les Ga-Adangbe dans les emplois salariés dans lesquels les jeunes et les femmes sont aussi sous-représentés.

b) Le lien entre occupation féminine et fécondité au Ghana et au Mali est analysé par l'équipe de Pavia (article III.3 à 6) à travers quatre types de modèles appliqués aux données EDS. Le premier modèle analyse l'effet du nombre d'enfants (au moment de l'enquête) et d'autres caractéristiques (en particulier, contrôle pour l'âge) sur la sécurité de l'emploi et le second, réciproquement, l'impact de la sécurité de l'emploi sur la parité atteinte et, dans le troisième modèle, sur le souhait d'enfant. Le quatrième modèle conduit des analyses dans des sous-populations selon le nombre d'enfant, le secteur professionnel (agricole ou non) et la richesse du ménage.

Dans les deux pays, une parité plus élevée diminue la sécurité de l'emploi et, réciproquement, la sécurité de l'emploi est associée à un plus petit nombre d'enfants ; dans les deux cas, l'association est plus robuste au Ghana. Cette relation, ainsi que le fait que les plus riches aient un moindre souhait d'enfants, suggèrerait un effet de substitution dans une perspective de stratégie de diminution de l'insécurité. On peut aussi penser que des modes de vie plus modernes entraînent à la fois un emploi plus formel et plus sûr et une famille réduite. Les résultats confirment que le souhait d'enfant supplémentaire est une variable difficile à interpréter qui est fortement associée à l'âge et à la parité ; elle n'est pas influencée par la sécurité de l'emploi, mais au Mali elle est accrue par la sécurité d'emploi du mari.

Mais l'analyse par sous-groupes met bien en lumière que les facteurs liés à la sécurité de l'emploi et l'association entre l'occupation et la fécondité sont complexes et spécifiques aux situations, en particulier eu égard à la parité, au niveau de richesse du ménage et, surtout, au fait de travailler dans le secteur agricole ou non. Non seulement, l'intensité des effets des caractéristiques examinées varie mais, dans certains cas, également la direction de leur effet :

- Au Ghana, l'association globale entre la parité et une moindre sécurité d'emploi ne se retrouve pas pour les femmes actives dans les secteurs non agricoles, parmi lesquelles un plus grand nombre d'enfants est associé positivement avec la probabilité d'avoir un emploi et négativement avec l'utilisation de la contraception.

- L'effet de l'alphabétisation sur la probabilité d'avoir une activité professionnelle est très variable selon la parité, la richesse du ménage et le secteur d'activité. Au Mali, l'alphabétisme a un effet négatif pour l'activité des nullipares et positif pour celles qui ont déjà des enfants. Au Ghana parmi les ménages du quintile le plus pauvres, effet positif de l'alphabétisation sur l'activité, le contraire dans les quintiles moyens et aisés. Dans les deux pays, ce n'est que dans le secteur agricole que l'alphabétisme a un rôle positif sur l'emploi.

Le rôle des caractéristiques du contexte est spécialement variable selon les sous-groupes. Au Ghana, la richesse et les infrastructures du contexte ont un effet positif sur la sécurité de l'emploi des femmes sans enfant, négatif pour les mères de famille. Chez les plus pauvres, le souhait d'enfant est diminué par un contexte riche en infrastructures et il est accru par un taux élevé de chômage et par la diversité ethnique ; c'est le contraire parmi les plus aisés. Au Mali, le degré d'inégalité économique du contexte accroît le souhait d'enfant des femmes travaillant dans le secteur agricole mais le diminue chez les non agricoles. La richesse du contexte a de plus un effet négatif sur l'activité dans le quintile le plus pauvre, mais positif chez les plus riches. Au Ghana, c'est dans le secteur agricole que les caractéristiques du contexte influencent la propension à ne pas avoir d'emploi, c'est le contraire au Mali.

c) L'occupation comme facteur de conversion.

L'occupation est considérés dans les autres travaux comme un facteur de conversion. Les résultats témoignent d'effets complexes, selon l'âge et le type de secteur d'activité. La santé des femmes d'Accra est associée positivement à l'exercice d'une activité, qu'elle soit formelle ou non formelle, alors que, pour les jeunes interrogés à Bamako, particulièrement les jeunes hommes, le fait d'être déjà actif professionnellement entraîne une moins bonne santé (et, spécialement pour les jeunes femmes, à moins de temps pour soi). Dans les deux pays, le risque d'obésité est le plus bas parmi les femmes actives dans le secteur agricole et le plus haut parmi celles qui exercent une activité non manuelle. Dans les deux pays et pour les deux sexes, les personnes activent dans le secteur agricole ont un moindre accès à la contraception que celles qui ont un autre emploi (manuel ou non manuel). Au Ghana, leur utilisation de la contraception est identique à celle des personnes non actives, elle est même moindre au Mali : l'activité, lorsqu'elle se situe dans le secteur agricole, n'implique donc pas des contacts accrus avec l'extérieur et serait plutôt l'expression de l'appartenance à des couches traditionnelles.

2.2. La participation sociale, une « capabilité complexe »

Le travail de Dieng et al (III.1.) examine dans quelle mesure la participation sociale ouvre des opportunités dans les modes de vie. Par une analyse de l'enquête sur les jeunes bamakoisEs, cette étude considère trois profils de participation sociale : être membre d'une association et, parmi les non membres, jouir ou non d'un entourage social riche. Ce dernier est un indicateur construit sur le réseau de confidents et les personnes avec qui les jeunes passent leur samedi[3]. Le mode de vie est appréhendé par l'espace de liberté individuelle tel que mesuré par le fait d'adhérer à une association par intérêt récréatif et par la quantité de temps résiduel, à savoir non occupé par des tâches professionnelles (ou scolaires), domestiques et les soins personnels de base, le samedi, jour le moins structuré de la semaine.

Les résultats témoignent d'une vie associative peu développée (16% des jeunes sont membres d'une association) et qui n'est pas liée à la densité des liens avec l'entourage (membres ou non, la moitié des jeunes jouissent d'un entourage riche). En revanche, le degré de structuration du contexte apparaît comme facteur significatif de différence en matière de participation sociale : les jeunes résidant dans le grand quartier informel de Sicoroni sont moins souvent membres d'association et leur affiliation est plus souvent à but économique que d'épanouissement personnel, en revanche, lorsqu'ils ne sont pas membres ce sont eux qui jouissent de plus de temps résiduel. Ils semblent donc avoir une sociabilité moins formalisée que dans les deux autres quartiers. Parmi ceux de Bandiagara Coura, un entourage dense diminue le temps pour soi, ce qui est cohérent avec un secteur plus structuré par une appartenance culturelle plus homogène (proportion importante de migrants Dogon).

L'analyse met bien en lumière la capacité des femmes à gérer les contraintes qui pèsent sur leur vie sociale. Les femmes jouissent de moins de temps résiduel que les hommes et, si elles adhèrent à des associations autant que les jeunes hommes, c'est le plus souvent à des associations de type économique. Nos résultats confirment cependant que si le lien associatif joue un rôle économique important pour les femmes, surtout actives dans le secteur informel, il représente pour elles aussi une dimension d'épanouissement personnel, comme en témoigne le fait qu'elles déclarent quatre fois plus souvent que les hommes que la raison de leur affiliation est récréative.

A.3. Le processus de planification de la famille (« Dessiner sa famille »)

L'objectif de ce volet sur la planification familiale est d'appliquer le cadre des capabilités pour étudier les raisons qui font que certaines femmes ont la capacité d'avoir un projet familial – « Dessiner sa famille » -, proposant ainsi une approche alternative aux études classiques des déterminants de la fécondité et aux mesures des besoins non satisfaits en contraception. Une première analyse du lien entre la connaissance et l'utilisation de la contraception au Mali réalisée par l'équipe de Bamako (Diawara et al) a pu être élargie grâce à un mandat de la Division technique du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP[4], New York). Un modèle analytique supplémentaire a été ajouté, étudiant le lien entre contraception et espacement des naissances, ainsi qu'une comparaison avec le Ghana. Ces analyses secondaires des enquêtes EDS les plus récentes ont aussi été complétées par une enquête

[3] Un entourage est pauvre si le jeune a passé plus de 5 heures seul le samedi et déclare ne pas avoir de confident dans au moins deux des sept domaines considérés.
[4] UNFPA en anglais.

qualitative ad hoc dans les deux pays. Un rapport pour le FNUAP est en cours de rédaction qui développera en particulier les résultats qualitatifs.

La première partie de l'analyse quantitative examine les facteurs associés à l'adoption de la contraception, en particulier le fossé entre une connaissance élevée de la contraception moderne et le maintien au Mali d'un taux très bas d'utilisation (6% des femmes mariées) et la stagnation des évolutions au Ghana (14%). Un premier constat est que, parce que le recours à la contraception évolue au long du parcours de vie familiale, la prévalence contraceptive du moment, mesure largement utilisée pour les comparaisons internationales, ne fournit pas un reflet fiable des comportements et attitudes face à la contraception. Nous considérons donc ici la « culture contraceptive », en distinguant les personnes qui ont recouru au moins une fois à la contraception durant leur existence (au Mali, 27% des femmes et 26% des hommes ; au Ghana 51% et 56%[5]), de celles qui ne l'ont jamais utilisée mais ont l'intention de le faire (au Mali, 36% des femmes, au Ghana 39%[4]) et de celles qui ne l'ont pas utilisée et n'ont pas l'intention de le faire.

Les résultats montrent que la connaissance de la contraception ne diminue que peu l'hétérogénéité en matière de pratique. La connaissance constitue certainement une « capability» dans le sens de Sen, à savoir un accroissement de la liberté de réaliser son projet familial, mais de multiples autres facteurs jouent un rôle dans le passage à l'acte : préférences, valeurs, obstacles divers. Néanmoins, la plupart des caractéristiques qui améliorent la connaissance accroissent aussi l'utilisation. C'est ainsi que, dans les deux pays et les deux sexes, la richesse du ménage, une scolarisation plus longue et une occupation non agricole (non manuelle pour les femmes maliennes) renforcent tant l'accès à la connaissance que l'utilisation ; les analyses confirment le problème d'accès des jeunes. Ces caractéristiques individuelles apparaissent particulièrement importantes, supprimant notamment l'avantage des habitants des métropoles. En effet, l'idée répandue selon laquelle c'est dans les grandes villes que l'on adopte de nouveaux comportements est certes corroborée par les résultats bruts, mais ils sont radicalement modifiés lorsque l'on contrôle pour l'effet des caractéristiques individuelles. Au Ghana, le contexte de résidence n'a alors plus d'effet ; au Mali, c'est alors dans les villes moyennes que la contraception est la plus répandue. Ainsi, ce n'est pas le mode de vie des métropoles qui accroît l'adoption de la contraception, mais les caractéristiques des citadins et l'importance de l'offre en infrastructures économiques et de santé[6].

En revanche, certaines caractéristiques du contexte et l'appartenance culturelle accroissent les connaissances mais n'ont pas d'effet sur l'utilisation, ou même contribuent à la réduire. Ces secteurs de la population n'ont donc pas la possibilité ou les ressources personnelles pour mettre en œuvre les connaissances acquises ou, pour des raisons qui leur sont propres, ne souhaitent pas recourir à la contraception. Finalement, quelques caractéristiques ont un effet indépendant sur l'utilisation, c'est-à-dire qu'ils influencent la pratique bien qu'ils n'aient pas d'effet, ou un effet négatif, sur la connaissance. Au Mali, c'est le cas de la proximité d'école et de pharmacie pour les hommes, d'émetteur radio dans les deux sexes. Il en est de même pour le différentiel en matière d'appartenance ethnique au Ghana. Pour les femmes maliennes, le statut d'épouse du chef de ménage n'a pas d'effet en matière de connaissances, mais constitue un handicap en matière d'utilisation.

---

[5] Parmi les personnes ayant déclaré connaître la contraception.

[6] Informations non disponibles dans les données ghanéennes.

Dans les deux pays, un peu plus d'un-tiers des femmes[7] qui n'ont jamais utilisé la contraception moderne, bien qu'elles la connaissent, déclarent avoir l'intention d'y recourir à l'avenir. Les ressources personnelles jouent un rôle moins marqué en matière d'intention que de recours. Dans les deux pays, les intentions sont inversement associées à l'âge, et l'état matrimonial n'a pas d'effet, mais les intentions s'accroissent avec le nombre d'enfants. En revanche, d'autres facteurs, au contraire, diminuent la pratique (ou n'ont pas d'effet significatif), mais accroissent les intentions. Ces sous-populations, pour de multiples raisons n'ont pas encore (ou pas encore pu) utiliser la contraception, et cela aurait tendance à accroître leurs intentions futures. Cette situation est bien connue pour les jeunes qui ont un accès difficile aux services de planification familiale ou qui souhaitent rapidement constituer leur famille. Dans les deux pays, on observe le même phénomène pour les femmes vivant en zone rurale qui rencontrent certainement plus d'obstacles à recourir à la contraception (au Mali, également lorsque l'on vit dans une zone sans école et/ou sans infrastructure de santé). D'autre part, l'analyse confirme que les déclarations en matière de souhait d'enfants ne peuvent nullement être considérées comme des indicateurs d'intention de planification familiale. En effet, tant la pratique que les intentions d'utilisation ne sont pas cohérentes avec les déclarations en matière de souhait d'enfant.

La « culture contraceptive » n'a qu'un impact relativement faible sur la maîtrise du projet fécond telle qu'exprimée par l'espacement des naissances. Elle n'a pas d'effet sur l'espacement entre le mariage et la première naissance, ce qui est cohérant avec les points de vue exprimés dans les entretiens. En effet, le recours à la contraception n'a pas été mentionné spontanément pour éviter une grossesse rapidement après la mise en couple. D'autre part, l'association entre la « culture contraceptive » et des intervalles plus longs diminue lorsque l'on contrôle pour les caractéristiques individuelles. Ainsi, ce n'est donc pas le fait d'avoir adopté un comportement contraceptif, mais le profil des femmes qui l'adoptent qui compte. La contraception ne semble donc pas constituer, en soi, l'expression de transformation des valeurs, mais ne représente qu'un moyen pour mettre en œuvre des intentions qui relèvent d'autres facteurs[8]. Par conséquent, si une faible qualité de l'offre peut être un obstacle, ce n'est pas la disponibilité en services qui détermine les choix féconds.

L'enquête qualitative confirme que l'espacement des naissances exprime une transition complexe entre des traditions anciennes ancrées dans des valeurs collectives et des comportements plus individuels qui varient donc en fonction des ancrages et caractéristiques de la personne. Les dimensions culturelles semblent plus prégnantes par rapport à l'intervalle proto-génésique, alors que les ressources individuelles influencent plus les intervalles entre les naissances. Reste à examiner à travers quels comportements ces différentes dimensions influencent l'espacement entre les naissances, en particulier le rôle de séparation temporaire des époux et/ou des interruptions de grossesses, aspects qui dépassent les limites du présent article.

---

[7] Il est intéressant de constater que les promoteurs de l'enquête n'ont pas jugé utile de connaître les intentions des hommes.

[8] Les analyses de l'équipe de Pavia sur le lien entre l'occupation et la fécondité (ci-dessus, 2.1.b), montre que, dans les deux pays, l'utilisation de la contraception est associée à l'exercice d'une activité professionnelle de certaines femmes, à savoir celles n'ayant pas encore d'enfant (ou, au Ghana, ayant moins de quatre enfants) et ne travaillant pas dans le secteur agricole.

B. Ressources du contexte, facteurs de conversion et préférences

L'approche des capabilités constitue un outil pour structurer l'analyse des facteurs de vulnérabilité, en particulier distinguer les ressources du contexte, des caractéristiques socio-culturelles, familiales et individuelles qui modulent leur accès et leur utilisation, et parmi ces caractéristiques les dotations des ressources qui s'acquièrent. Le rôle de l'individu est ainsi pris en compte en filigrane à travers les différents types d'inégalités et leur impact différentiel sur les opportunités et les résultats, mais ce n'est que des questions spécifiques relatives aux préférences des gens que l'on peut vraiment cerner leur espace de liberté.

B.1. Ressources du contexte, trois approches

Nos travaux mettent bien en évidence que le contexte de résidence joue un rôle important, même lorsque que l'on contrôle pour les caractéristiques des personnes. Toutefois, les interprétations sont souvent complexes et nécessitent une bonne connaissance du milieu. Trois approches ont été utilisées ici qui illustrent différentes façon de mesurer les caractéristiques du contexte et les intégrer dans les analyses :

- **Analyse multi-niveau** : Jacobi et al ont construit dix variables[9] décrivant les caractéristiques des unités spatiales retenues (respectivement 30 unités au Ghana et 25 au Mali sur la double base des régions administratives et de la distinction urbain/rural). Ces caractéristiques du contexte ne modifient pas les effets des variables individuelles, mais ont des effets propres même lorsque l'on contrôle pour ces dernières. Les résultats montrent que la richesse du contexte est associée négativement avec le nombre d'enfants au Mali, mais augmente le souhait d'enfant au Ghana. Le statut moyen des femmes influence la sécurité de l'emploi des ghanéennes. La proportion de femmes cheffes de ménage a, au Mali, un effet positif sur la sécurité de leur travail et est associé négativement à leur nombre d'enfant. Le degré de diversité ethno-linguistique accroît la sécurité d'emploi au Mali ; il diminue la fécondité au Mali et le souhait d'enfant au Ghana. En conclusion, les effets ne sont pas très consistants, ils sont difficiles à interpréter et diffèrent souvent entre les deux pays. Ceci sans compter que la construction des indicateurs a nécessité un gros travail de recherche de données et de recodage.

- **Caractéristiques du lieu de résidence.** Le contexte de vie est alors considéré comme une variable individuelle. L'analyse de la santé des femmes d'Accra (documents II.1 et II.3) compare ainsi les effets de la richesse du secteur et celle de la richesse du ménage. Les données EDS fournissent un certain nombre d'indications sur le lieu de résidence qui peuvent être liés aux données individuelles. Ainsi, dans les cas qui nous intéressent, ces données sont disponibles pour le Mali mais pas pour le Ghana. Leur inclusion dans nos modèles sur la contraception (doc IV.2.) montrent que les effets ne sont pas consistants sur les différentes variables retenues et qu'ils varient selon le sexe et d'une caractéristique à l'autre. Ils demandent donc à être interprétés séparément sur la base d'une bonne connaissance du terrain. C'est ainsi que par exemple, la présence d'une station de radio ou d'une pharmacie n'a pas d'effet sur la connaissance que les femmes ont de la contraception mais, parmi celles qui la connaissent, accroissent leur propension à l'utiliser la contraception, alors qu'elles n'ont aucun effet pour les hommes.

[9] Niveau moyen de scolarisation, structure du marché du travail, taux de femmes non actives professionnellement, de femmes cheffes de ménage, indicateur d'émancipation des femmes, activisme communautaire, diversité ethno-linguistique, index moyen et d'inégalité de richesse, infrastructures.

- **Le lieu de résidence comme proxy.** Dans les pays étudiés, la distinction entre une résidence urbaine ou rurale reste un indicateur central des modes de vie et des ressources du contexte. L'exemple de l'analyse de la contraception montre cependant qu'il est essentiel de contrôler pour les variables individuelles pour distinguer un réel effet de contexte, d'un effet résultant de la composition de la population. D'autre part, lorsque la stratégie d'enquête a ciblé des secteurs aux caractéristiques bien distinctes et documentées, comme ce fut le cas du Chantier jeunes Mali, le lieu de résidence constitue une variable fournissant des indications sur différents types d'effets du contexte eu égard à leur salubrité, la richesse des infrastructures, la composition culturelle et socio-économique de la population et leurs modes de vie.

B.2. Au niveau individuel : dotations et ressources personnelles acquises

En termes de caractéristiques individuelles – dans lesquelles nous incluons aussi celles du ménage et de l'appartenance socio-culturelle – le cadre des capabilités distingue les ressources acquises des dotations, à savoir les caractéristiques que l'on ne peut pas modifier. Les conséquences de ces dernières varient cependant selon le contexte et elles peuvent être atténuées, ou au contraire renforcées, par des actions de prévention. L'avancement dans le parcours de vie et le genre représentent deux dotations centrales qui prennent sens par l'ancrage socio-culturel.

Parcours de vie et transitions de l'existence

L'avancement en âge a des conséquences complexes de fragilisation comme en témoigne la dégradation de la santé physique des femmes d'Accra. Toutefois, le fait que l'effet disparaît parmi les familles pauvres résidant dans secteur riche, souligne bien le rôle tampon que peut jouer le contexte. L'âge est aussi un facteur de compétences accrues qui s'exprime dans la stabilité de la santé mentale ou une meilleure sécurité de l'emploi (documents II.2 à 5), mais surtout à travers la vulnérabilité plus grande des jeunes. L'enquête auprès des jeunes BamakoisEs montre que les jeunes hommes adoptent des modes de vie moins sains et que les plus jeunes des deux sexes sont plus vulnérables aux fièvres mais s'estiment en meilleure santé que leurs aînés. Au Mali comme au Ghana, les moins de 20 ans connaissent et recourent moins à la contraception et les jeunes ont des naissances plus rapprochées. En termes d'occupations, c'est le statut matrimonial qui joue un rôle, les célibataires valorisant mieux une éducation supérieure, mais le mariage apparaît comme un handicap parmi les non scolarisés.

Les maternités ont des effets complexes : parmi les jeunes bamakoises, elles accroissent les risques de santé, mais au Mali, les écarts pondéraux, tant le déficit que le surpoids, sont plus fréquents parmi les femmes qui ne sont pas encore mères. Au Ghana, les plus pauvres ont une meilleure santé mentale quand elles n'ont pas d'enfants. L'agrandissement de la famille est associée à une moins bonne santé physique des Ghanéennes, mais la charge d'une très grande famille implique un risque moindre d'obésité.

Les inégalités de genre

Les résultats confirment que les inégalités de genre se retrouvent à de multiples niveaux et demandent des études fines. L'analyse de la santé des jeunes BamakoisEs met bien en évidence de grandes différences de genre : la salubrité de l'environnement affecte la santé des jeunes femmes alors que l'origine culturelle est une cause d'hétérogénéité de celle des hommes ; si la nécessité semble être un

facteur conduisant les femmes les plus défavorisées à utiliser le système de santé, ce sont les jeunes hommes des quartiers les mieux dotés qui adoptent un mode de vie préjudiciable à la santé. L'analyse de Sarkodie et al sur les données Ghanéennes montre que les inégalités d'accès à l'emploi ne sont pas gommées par la scolarisation : quel que soit le niveau de formation, les femmes se retrouvent massivement dans l'agriculture de subsistance ou comme indépendantes et les hommes dans l'agriculture commerciale et les emplois salariés.

La situation des femmes est de plus influencée par celle de leur partenaire. C'est ainsi que la stabilité du travail du partenaire accroît la stabilité de celui de la femme (au Ghana que dans les grandes familles) et est associée positivement au nombre d'enfants dans les deux pays. A Accra, avoir un époux améliore la santé physique, mais que pour les femmes riches vivant dans un secteur pauvre. Les femmes non mariées ont toujours un handicap en termes d'accès à la contraception (effet moindre au Ghana), alors que, pour les hommes, le mariage n'influence que le degré de connaissances. Le fait que l'accroissement du recours à la contraception avec le nombre d'enfant déjà nés n'apparaît que dans les déclarations des femmes confirme bien ce qu'elles disent dans les entretiens à savoir que la charge d'une famille nombreuse repose sur elles.

Ressources économiques et ressources humaines

La richesse du ménage, information disponible dans toutes les enquêtes, est interprétée ici dans les travaux des économistes et de santé publique comme un bien dont l'individu est doté (endowment dans la nomenclature des capabilités), alors que les analyses de socio-démographie la considère comme un facteur de conversion, à savoir un moyen pour utiliser les ressources du contexte[10]. La richesse du ménage est associée à des emplois féminins plus sûrs au Ghana (relation non significative au Mali) et un nombre d'enfant moindre. C'est ce que confirme l'analyse en matière de contraception, avec un recours accru et, de façon plus nette au Mali, à un espacement des naissances. Alors que la richesse du ménage na pas d'effet positif sur la santé des jeunes BamakoisEs, elle constitue un facteur de meilleure santé mentale des femmes d'Accra (leur santé physique étant plus sensible à la richesse du contexte). Dans les deux pays, elle est associée à une moindre prévalence de déficit pondéral, mais à un risque accru d'obésité.

Dans toutes les analyses, la scolarisation a un effet propre, même après contrôle pour les ressources du ménage et du contexte, mais cet effet est souvent complexe. C'est ainsi que dans les deux pays, les femmes alphabètes ont moins d'enfants mais ne se distinguent pas en termes de souhait d'enfant supplémentaire. L'enquête sur la santé des femmes d'Accra montre que l'absence de scolarisation et l'abandon après l'école primaire constituent un handicap pour la santé tant physique que mentale, même parmi les riches ; toutefois, la richesse relative (être riche dans un quartier pauvre ou être pauvre dans un quartier riche) pourrait compenser le handicap de scolarisation absente ou réduite. L'effet en ∩ du niveau de scolarisation sur la santé des jeunes BamakoisEs confirme que l'accès à l'école peut être facteur de risque, lorsqu'il n'est pas compensé par des compétences acquises par une scolarisation plus longue.

Etre alphabète accroît la sécurité professionnelle des femmes au Ghana mais, au Mali, l'amoindri bien qu'elle accroisse la probabilité d'être active dans le secteur formel. En fait, l'effet de l'alphabétisation varie au Mali selon le nombre d'enfants et le secteur d'emploi et, au Ghana, selon la richesse du

[10] De même l'utilisation de la contraception est pour les uns une ressource et pour les autres un moyen.

ménage. L'analyse de Sarkodie et al montre aussi que la scolarisation n'est pas une condition suffisante pour effacer le handicap professionnel des femmes, des ruraux et groupes traditionnels.

III. Bilan sur les résultats obtenus et leurs implications

Comme prévu, nous avons appliqué l'approche des capabilités à des données qui n'avaient pas été conçues dans ce but, d'une part sur les enquêtes réalisées antérieurement par les promoteurs du projet et, d'autre part, sur les grandes bases de données internationales. Nous avons développé un cadre méthodologique rigoureux permettant une approche systématique. Nous avons montré qu'il est possible de l'appliquer sur des données socio-démographiques secondaires non conçues dans cette optique. Mais le cadre doit rester souple, les différents concepts devant être adaptés à chaque problématique et les meilleures proxys identifiés parmi les variables disponibles. Par conséquent, le recours à l'AC repose sur un travail fin de conceptualisation et de définition claire des questions spécifiques de recherche.

Pour répondre à la demande des experts du SNIS, nous avons développé la dimension comparative plus largement que prévu initialement en ajoutant des analyses des enquêtes EDS sur la contraception, l'obésité et les occupations et par des compléments qualitatifs. Toutefois, seules les données des enquêtes EDS existent dans les deux pays et elles ne disposent pas exactement des mêmes variables. D'autre part, même si des parallèles peuvent être tirés, et nos résultats en fournissent de nombreux exemples, l'approche des capabilités n'est pas conçue dans un but de comparaison des situations atteintes, mais d'identification des facteurs de vulnérabilité et des groupes à risques en termes d'opportunités, donc spécifique au contexte donné.

L'AC propose un nouvel éclairage très utile pour les stratégies d'action d'où l'intérêt que notre projet a suscité auprès du Fonds des Nations Unies pour la population qui s'est concrétisé par l'implication des bureaux nationaux dans nos deux pays d'étude pour l'organisation et le financement d'un atelier de diffusion des résultats[11], ainsi qu'un mandat complémentaire de leur Division technique au siège à New York. Nos travaux soulignent que, par le rôle central qu'elle attribue à l'individu-acteur, l'AC est particulièrement pertinente pour analyser les dimensions de la qualité de vie qui sont fortement tributaires des comportements et styles de vie, c'est notamment le cas pour la santé perçue, spécialement celle des jeunes, et pour la corpulence. Elle permet de mettre en évidence les interactions complexes entre facteurs de contexte, normes culturelles et préférences individuelles, et constitue donc un apport précieux pour apporter un nouvel éclairage sur l'exception africaine en termes de fécondité. Nos résultats contribuent à alimenter deux points centraux du débat actuel : celui des indicateurs de suivi et celui du rôle du bénéficiaire des actions. Dans un contexte de multiplication des enquêtes à très grande échelle, il est indispensable d'identifier quelles données sont vraiment nécessaires et quels indicateurs les plus appropriés. C'est particulièrement le cas dans le contexte de définition d'une nouvelle phase des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Chacune de nos analyses propose un éclairage critique sur les mesures ; elles mettent bien en évidence que le choix des indicateurs et l'interprétation des évolutions nécessitent une bonne connaissance du terrain et la réalisation d'enquêtes en profondeur. Elles soulignent donc les limites des politiques d'arrosage des grandes enquêtes dans un objectif de comparaison plutôt que d'identification des groupes à risques.

[11] Malheureusement, l'atelier de Bamako prévu deux semaines après le coup d'état a dût être reporté sine diem.

D'autre part, l'AC renouvelle le débat relatif aux politiques sociales et de santé, eu égard à la nécessité d'avoir des offres qui correspondent à la diversité des besoins et, surtout, des actions en amont pour élargir l'espace d'opportunité des individus, en particulier des plus vulnérables. Nos analyses mettent bien en lumière que les services de santé ne constituent pas une condition suffisante pour jouir d'une bonne santé et que l'utilisation de la contraception n'est qu'un élément parmi d'autres qui permet aux femmes d'avoir un projet familial et que la scolarisation n'est qu'une dimension des compétences de vie.

Nos travaux ont donné lieux à une série d'articles, présentés lors d'ateliers internes au projet, du séminaire de diffusion au Ghana, de présentations dans des conférences et ont été soumis (ou sont en cours de soumission) dans des journaux scientifiques. Ils sont aussi utilisés par les membres du projet dans leurs enseignements. (Voir liste complète des événements organisés par le projet et des documents produits en annexe). Nous souhaitons aussi pouvoir produire un volume avec l'ensemble des travaux. Des tractations sont en cours à cet égard avec les bureaux nationaux du FNUAP (voir proposition de contenu dans l'annexe 2).

Quelques développements supplémentaires sont en cours d'élaboration : un modèle additionnel pour l'analyse de la santé des femmes d'Accra par l'équipe de Harvard, l'élaboration d'un indicateur d'inégalité (analyse entre / à l'intérieur des groupes) par l'équipe de Pavia, ainsi que le mandat du FNUAP New York sur les projets féconds et l'apport à cet égard des théories sur l'ambivalence par l'équipe de Genève.

Nos travaux ont aussi mis en évidence une série de questions qui restent ouvertes. Ils ont confirmé que la notion de capabilité propose un paradigme extrêmement pertinent pour identifier les facteurs de vulnérabilité et les interventions à mettre en place pour y remédier, mais que l'approche est difficile à appliquer. Les différents concepts sont délicats à mesurer, en premier lieu la notion même de capabilité qui est alors approchée indirectement ou par une approximation. En outre, le modèle ne propose pas de clé pour hiérarchiser les facteurs et les dimensions des phénomènes, par exemple en matière de santé. Non résolue est aussi l'alternative entre le recours à des indicateurs composites, le plus souvent difficiles à interpréter, et l'utilisation de variables proxy qui nécessitent une très bonne connaissance du terrain. Dans le contexte africain, ce fut particulièrement le cas de la mesure de l'occupation des femmes et des choix féconds, notions pour lesquelles les définitions occidentales ne sont pas appropriées. Finalement, il serait pertinent de développer des modèles statistiques pouvant intégrer plusieurs sous-modèles et options différentes, par exemple dans la logique des analyses de chemins.

ANNEXES

1. Liste des événements organisés par le projet.

2. Liste des travaux réalisés et proposition de contenu pour les actes des ateliers nationaux.

Annex 1. List of project events.
Team meetings & video conference, exchange stay, project workshops, international conference

Date	Type of event	Place	Participants
Dec 14, 2009 April 30, 2010	First contact UNFPA Technical Division	New York	Claudine Sauvain-Dugerdil Allan G. Hill (Uni Harvard)
April 30, 2010	Presentation project and outline methodology UNFPA Technical Division	New York	Claudine Sauvain-Dugerdil Allan G. Hill (Uni Harvard) Enrica Chiappero-M (Uni Pavia)
Sept 30 – Oct 1, 2010	Official SNIS launching. Work session Harvard-GE-Pavia teams : list research questions and detailed overall planning	Geneva	Geneva Team and invited colleagues, Enrica Chiappero-M (Uni Pavia), Allan G. Hill (Uni Harvard)
Nov 11-19 2010	Field mission	Accra	N. Douptcheva
Jan 23 Jan – March 13 2011	Exchange stay Accra & Bamako researchers : choice data set, detailed planning analyses, training in statistics and in CA, start statistical analysis.	Geneva (3 weeks) & Pavia (4 weeks)	Adu Owusu Sarkodie (Acccra) Sory I. Diawara (Bamako)
Febr 24-26, 2011	Team meeting: Detailed planning of studies	Pavia	Pavia Team Geneva Team (Cl. Sauvain-Dugerdil & Aba Dieng) Harvard Team (Allan G. Hill & N. Douptcheva) Accra team (Adu O. Sarkodie), Bamako team (Sory I. Diawara)
Apr 26 – May 5, 2011	Field visit, Acccra and Bamako, follow up analysis and contact with UNFPA offices	Bamako	Cl. Sauvain-Dugerdil
June 6, 2011	Team Video Conference : presentation Accra women Health by N. Douptcheva (Harvard /Geneva)		All teams

June 27- July 1st, 2011	Intermediate workshop. Discussion outcomes studies : incl preferences, comparative perspective. Link with field actors (incl UNFPA Bko)	Bamako	Bamako teams Geneva Team (Cl. Sauvain-Dugerdil & Aba Dieng) Harvard Team (Allan G. Hill) Pavia Team (Enrica Chiappero-M, Lia quartapelle) Accra team (Adu O. Sarkodie & Thomas Antwi Bosiakoh)
1st – 6th July	Follow up Mali team	Bamako	Cl. Sauvain-Dugerdil
July 21, 2011	Team Video Conference : presentation health Bamako youth by M. Lerch (Geneva)		All teams
Sept 28, 2011	Team Video Conference : presentation paper on occupation by L. Quartapelle (Pavia)		
Sept 2011	HDCA Conference	The Hague	Enrica Chiappero
Oct 2 – 15, 2011	Field mission, preparing qualitative survey	Accra	Bamako team : prof Samba Diop, Samba Diarra assistant Generva team : Cl. Sauvain-Dugerdil
Nov 19 – 26, 2011	Field mission. Follow up qualitative survey	Accra	Aniouk Piraud, ass Geneva
Nov 27 – Dec 3, 2011	Field mission follow up qualitative and quantitative analysis	Bamako	Anouk Piraud and Cl. Sauvain-Dugerdil
Dec 4-9, 2011	Conference UAPS	Ouagadougou	Accra team : prof Samuel Aggye-Mensah and Adu Sarkodie, assistant Geneva team : Cl. Sauvain-Dugerdil et Anouk Piraud
Jan 11-12, 2012	UNFPA Technical Division Reporting	New York	Claudine Sauvain-Dugerdil
April 11-15 / 19 – 21, 2012	Follow up organization Sogakope workhop and analysis Accra team	Accra	Claudine Sauvain-Dugerdil Allan G. Hill
April 16 – 18, 2012	Ghana workshop	Sogakope (Ghana)	Claudine Sauvain-Dugerdil Allan G. Hill Enrica Chiappero-Martinetti Samba Diop
Nov 12 – 16, 2012	Conference - AIDELF	Ouagadougou	Samba Diop (Bamako), Ababacar Dieng (Geneva)
Dec 4 – 7, 2012	International Conference Chaire Quetelet	Louvain-La-Neuve (Belgium)	Cl. Sauvain-Dugerdil (Geneva), Allan G. Hill (Harvard / Southampton), Faustina Frempong (Southampton/Accra)
Aug 2013	World Population Conference	Busan (Korea)	

Sept 2013	HDCA Conference	Nicaragua	

Annex 2. PRODUCTS FROM THE PROJECT : "ENHANCING THE CAPABILITIES OF THE MOST VULNERABLEIN WEST AFRICA"

2a. Papers and presentations

Topic/data set	Title	Authors	Institu -tion	Presentations	Publications	Lang uage
I. Concepts, methods, data						
Methodology	I.1.CA – A Toolkit : Methods and materials; Concepts and definitions.	E.Chiappero-Martinetti, A. Spreafico & Lia Quartapelle	Uni Pavia	Bamako meeting, July 2011. Sogakope Wk, Ghana, April 2012.	Section in book proposal Ghana / Mali	ENG
Project presentation	I.2. Enhancing the capabilities of the most vulnerable. A pilot project on inequalities in Human development in West Africa	All		Poster – SNIS event		ENG
	I.3.Linking the Capability Approach to socio-demographic analyses : Case studies in West Africa.	Geneva team		Poster – HDCA Conference 2011		ENG
	I.4. Renforcer les « capabilités » des plus vulnérables. Projet pilote sur les inégalités de développement humain à Bamako et à Accra.	Geneva team		Résumé	Journal suisse des Africanistes	FR
	I.5.Final report SNIS	Cl. Sauvain-Dugerdil	Geneva		SNIS website	FR
Existing data in Ghana	I.6.Assessing population and development in Ghana: data collec-tion, management and utilization	Bawa Amadu (UNFPA) and colleagues	UNFPA Accra	Sogakope Wk, Ghana, April 2012.	Possible chapter in proceedings Ghana workshop	ENG
II. A. Health differential						

Women health survey Accra	II.1.Health differentials among women : the Accra women health survey.	N. Douptcheva and A.G. Hill	Uni Harvard	Video Conference project team, juin 2011 Bamako meeting July 2011 Sogakope Wk, Ghana, April 2012.	Revised and completed by F. Frempong to submit for publication	ENG
Youth health Bamako. Project Chantier Jeunes	II.2.Les défis sanitaires de jeunes bamakoisES (Mali). Identifier les plus vulnérables par la lunette de l'approche des « capabilités »	Cl. Sauvain-Dugerdil et Mathias Lerch	UNI Geneva	Video Conference project team, juil 2011 Bamako meeting July 2011 Colloque international, Chaire Quetelet Louvain-La-Neuve, Dec 2012	Submitted to Quetelet Journal	FR
Health Accra - Bamako	II.3.Health and disability : Norms, goals and capabilities in two West African case studies	Allan G. Hill, N.Douptcheva, M. Lerch and Cl. Sauvain-Dugerdil	Harvard, Geneva		Submitted Journal Human Development and Capabilities	ENG
II. . Obesity						
Underweight and obesity : DHS Ghana and Mali	II.4.Coexistence of underweight and obesity : Determinants and Consequences applying the Capability Lens to DHS data.	N.Douptcheva, Cl. Sauvain-Dugerdil and Allan G. Hill	Harvard, Geneva	Sogakope Wk, Ghana, April 2012.		ENG
Image of obesity. Ad hoc quali surveys Ghana & Mali	II.5.The collective image of obesity in Accra and Bamako, a qualitative survey: Bamako case Ghana case.	Sambar Diarra et al Thomas Antwi Bosiakoh et al	Bamako & Accra	Sogakope Wk, Ghana, April 2012		
Obésité Mali. EDS et quaki	II.6.La montée de l'obésité en Afrique de l'Ouest : défis socioculturels pour les politiques de santé publique. Application de l'approche des capabilités sur des données mixtes au Mali.	Cl. Sauvain-Dgerdil, Samba Diarra, Nedialka Douptcheva, Samba Diop	Geneva Bamako,Harvard	AIDELF Conference Ouagadougou, Nov 2012	AIDELF Conference on line publication	FR
III. Participation / Occupation						

Social partici-pation Bamako Youth.. Chantier jeunes	III.1.Approche des capabilités et participation sociale. Le cas de la vie associative des jeunes à Bamako.	Ababacar Dieng et Cl. Sauvain-Dugerdil	Geneva	Bamako meeting July 2011 AIDELF Conference Ouaga Nov 2012	AIDELF Conference online publication	FR
Education & employ-ment. Ghana GLSS.	III.2.Education and Employment through the lens of the Capability Approach. Outcomes of the GLSS.	Adu Owusu Sarkodie et al	Accra	Bamako meeting July 2011 ECOWAS Wk on Poverty and Inequality, Uni Ghana, Jul 2011 UAPS Conf, Ouaga Dec 11. Sogakope Wk, Ghana, April 2012. Several presentations Uni Accra	Accepted by Asian african journal of economics and econometrics, Sept 2012	ENG
Occupation and fertility desires. DHS Mali & Ghana.	III.3.A comparative analysis of fertility and labor : an empirical application of the capability approach	Nadia Von Jakobi, Lia Quartapelle, E. Chiappero –Martinetti	Pavia	Bamako meeting July 2011 Sogakope Wk, Ghana, April 2012. Conf Italian Association of African Studies, Pavia September 2012		
	III.4.What women want. Fertility intentions and job condition: a capability approach analysis of Ghana and Mali	Lia Quartapelle and Nadia von Jacobi		Chapter in PhD thesis L. Quartapelle	Submission: Feminist Economics	ENG
	III.5.Context and Vulnerability: a comparative analysis of Mali and Ghana	Nadia von Jacobi and Lia Quartapelle			Submission: Journal of Development Economics	ENG
	III.6.[Within / between group heterogeneity : index of inequality]	Enrica Chiappero		Work in process		ENG
IV. "Shaping the Family" / Dessiner sa famille (partnership with UNFPA New York)						

Contraception and birth spacing. DHS Ghana and Mali.	IV.1.The gap between contraception knowledge, use and birth spacing through the analysis of DHS in Ghana and Mali.	Nedialka Douptcheva, Claudine Sauvain-Dugerdil, Sory Diawara	Har-vard, Geneva Bama-ko	Bamako meeting, July 2011 Sogakope Wk, Ghana, April 2012. Submitted IUSSP World Conference 2013	Submitted IUSSP World Conference 2013 Scientific Journal ??? UNFPA Report	ENG
Family planning. Interviews Ghana and Mali.	IV.2.Understanding the norms for shaping family formation trajectories in Ghana with the Capability Approach.	Thomas Antwi Bosiakoh et al.	Accra	Sogakope Wk, Ghana, April 2012. Submitted IUSSP World Conference 2013	Submitted Nov 2012 to the Submitted Journal of Family Issues and IUSSP World Conference 2013	ENG
	IV.3.Le cas malien	Samba Diarra, Samba Diop et al	Bama-ko	Sogakope Wk, Ghana, April 2012.		FR
	IV.4 . “Shaping the family”	Claudine Sauvain-Dugerdil, Anouk Piraud, Thomas Antwi Bosiakoh, Samba Diarra, Samba Diop	Geneva , Accra, Bamak o		To be submitted to a sciebntific Journal Report for UNFPA	ENG

ANNEX 2
2b. Proposal publication national workshops
1. MALI CASE STUDIES

RENFORCER LES « CAPABILITES » DES PLUS VULNERABLES.
Projet pilote sur les inégalités de développement humain à Bamako et à Accra.

L'apport de l'approche des « capabilités » pour relever les défis démographiques : comprendre les comportements au lieu de mesurer les résultats

PUBLICATION DOCUMENTS ATELIER NATIONAL, BAMAKO

Document de travail du 22 juillet 2012, ne pas diffuser.

Cette publication rassemble les documents préparés pour un atelier national visant à partager avec les acteurs du terrain les résultats d'un projet explorant l'apport de l'approche des capabilités pour mieux relever les défis démographiques en Afrique de l'Ouest. Le but est de présenter le cadre des « capabilités » développé par A. Sen et sa pertinence pour mieux comprendre les questions de populations et mieux cibler les interventions en matière de développement humain.

Les objectifs spécifiques sont :

- Fournir un document qui présente succinctement l'approche de capabilités aux utilisateurs potentiels dans le domaine de la population.
- Présenter des exemples d'analyses de données socio-démographiques et ainsi proposer des pistes originales pour une exploitation optimum des données existantes, une réflexion pour les orientations futures de récolte de données.
- Fournir des outils pour réaliser de bilans des situations, établir des priorités stratégiques, et réviser les mesures et indicateurs de suivi et d'impact.

Il s'agit de mettre à disposition des chercheurs, des enseignants, des acteurs privés et publics du développement et des décideurs politiques un document de référence pour consolider les capacités nationales des institutions concernées et une base pour les les futurs programmes de bilan nationaux du bien-être des populations et des moyens pour mieux répondre à leurs besoins.

Esquisse de contenu

(Environ 230 pages, dont environ 110 à traduire de l'anglais)

Avant-Propos des instances soutenant le projet : représentant du FNUAP Bamako et Université du Mali. Pertinence du projet et lien avec leurs activités.

Résumé exécutif.

Première partie : le cadre

(env 20 pages avec avant-propos, résumé, table des matières et des auteurs)

1. Introduction par les initiateurs du projet : l'approche des capabilités un nouveau cadre conceptuel pour les questions de population.

2. Evaluer la situation en matière de population et développement : bilan des données existantes et leur utilisation. Représentants des instances concernées : INSTAT, DNP, FNUAP et autres.

Seconde partie : l'approche des capabilités

(env. 40 pages)

Une boîte à outils : concepts, définitions, méthodes. Enrica Ciappero et coll..

Troisième partie : exemples d'analyses

(env. 150 pages)

1. Transition vers l'âge adulte au Mali

Principaux résultats du projet Chantier Jeunes, enquête auprès de jeunes bamakois :

1. a. Santé,

1.b. Santé de la reproduction,

1.c. Insertion sociale.

Equipes Genève - Bamako

2. L'obésité, un nouveau défi de santé publique en Afrique, comparaison Mali- Ghana.

Stratégie mixte de données quantitatives et qualitatives.

   A) Analyse des données EDS Mali – Ghana : les caractéristiques liées à l'obésité dans un contexte où la malnutrition reste une réalité.
   B) Enquêtes qualitatives sur l'image collective de l'obésité à Bamako et à Accra.

3. Lien entre vulnérabilité professionnelle et comportements féconds. Comparaison Mali – Ghana. Analyse données EDS. Equipe Pavia.

4. « Dessiner sa famille » :

Analyse de la capacité à faire des plans familiaux au Mali et au Ghana. Stratégie mixte de données quantitatives et qualitatives.

A) Analyse des données EDS sur le fossé entre connaissances et utilisation de la contraception, et leurs liens avec l'espacement des naissances.
B) Enquêtes qualitatives (focus groups et entretiens au Mali et Ghana)sur le parcours de vie familiale : ambivalence entre les valeurs et les projets individuels.

Quatrième partie :
Bilan et mise en œuvre de l'approche des capabilités dans le champ Population et Développement (env. 20 pages)

1. Discussion : l'approche des capabilités comme nouvel éclairage pour identifier les enjeux de population et leurs implications stratégiques. Plus value pour mieux prendre en compte l'ancrage social complexe des sociétés africaines.

2. Principes d'application de l'approche des Capabilités.

3. Implications pour les orientations futures des enquêtes et analyse de données au Mali. Recommandations.

ANNEX 2
2b. Proposal publication national workshops
3. GHANA CASE STUDIES

ENHANCING THE CAPABILITIES OF THE MOST VULNERABLE: A PILOT PROJECT ON INEQUALITIES IN HUMAN DEVELOPMENT IN BAMAKO AND ACCRA

The 'Capability Approach' (CA) : Disentangling Population Processes and Outcomes. PUBLICATION INTERNATIONAL WORKSHOP, SOGAKOPE (Ghana), April 2012

The objective of this publication, is to diffuse the outcome of the Sogakope workshop in order :

- To present to potential users the CA framework for understanding population issues and programming human development interventions.
- To present several illustrative analyses of the application and implications of the CA based on recent socio-demographic surveys and census data from Ghana.

The overall aim is to provide innovative reference documents to researchers, university professors, professionals in government, NGOS, the private sector charged with measuring and monitoring the course of human development in Ghana. This publication will be a tool to build capacity in selected institutions to use the CA in future programming and in national assessments of well-being.

INDEX

Total approx. 225 pages

Foreword

Universities commitment on human development research : partnering with UNFPA.
Ernest Aryeetey V.C, UG

UNFPA support for innovative data analysis for the 6th Country Programme.
Bernard Coquelin, UNFPA representative in Ghana.

Executive Summary

Approx.10 p.: foreword, summary, index, index of authors

First Section : Background

Approx. 10 pages

1. The Capability Approach : A new conceptual framework for population issues
   Claudine Sauvain-Dugerdil, Allan G. Hill and Enrica Chiappero

2. Assessing population and development in Ghana : data collection, management and utilization.
   Bawa Amadu (UNFPA) and colleagues

Second section : the Capability Approach

Approx. 40 pages

CA – A Toolkit : Methods and materials; Concepts and definitions.
E. Chiappero-Martinetti and coll.

Third Second section : Illustrative analysis of a selection of population issues

Approx. 150 pages

1. Education and Employment through the lens of the Capability Approach. Outcomes of the GLSS.
   Adu Owusu Sarkodie et al

2. The link between professional vulnerabiity and ability to control fertility.
   E. Chiappero-Martinetti et al

3. "Shaping the Family", a mixed method analysis of the ability to make family plans, comparing Ghana and Mali :
   A. The gap between contraception knowledge, use and birth spacing through the analysis of DHS in Ghana and Mali. Cl. Sauvain-Dugerdil et al
   B. Family life course and representations, a qualitative survey :
      Ghana case. Thomas Antwi Bosiakoh, John K. Anarfi, Samuel Agyei-Mensah and Adu Owusu Sarkodie
      Mali case. Samba Diarra, Samba Diop et al

4. Health differentials among women : the Accra women health survey.
   Nelly Douptcheva and Alan G. Hill

5. Obesity a new challenge in public health in Africa, a mixed method comparison between Ghana and Mali :
   A. Coexistence of underweight and obesity : Determinants and Consequences applying the Capability Lens to DHS data. Nelly Douptcheva, Alan G. Hill
   B. The collective image of obesity in Accra and Bamako, a qualitative survey:
      Ghana case. Thomas Antwi Bosiakoh, John K. Anarfi, Samuel Agyei-Mensah and Adu Owusu Sarkodie
      Mali case. Samba Diarra, Samba Diop et al

.

Fourth Section : Implementing the CA in the population field

Approx. 15 pages

1. Discussion : A new lens to identify population challenge and their strategic implications . Value added of the CA. Outcome of the Sogakope workshop.
2. Applying the CA : Outcome of the working groups. Strength and limitations.
3. Implications for future orientations in data collection and analysis. Recommendations.