

La montée de l'obésité en Afrique de l'Ouest : défis socioculturels pour les politiques de santé publique. Application de l'approche des capacités sur des données mixtes au Mali.

SAUVAIN-DUGERDIL Claudine*

DIARRA Samba**

DOUPTCHEVA Nedia***

DIOP Samba**

Problématique

Qualifiée d'épidémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'obésité n'a cessé ces dernières années de mobiliser le milieu médical, de questionner les différentes instances scientifiques, d'interpeller le monde politique et de faire les grands titres des médias. Ses conséquences sont en effet multiples tant sur le plan sanitaire qu'économique et humain. La montée de l'obésité est une facette de la diffusion vers les pays du Sud d'une nouvelle transition épidémiologique et démographique qui s'exprime par l'accroissement de la mortalité due aux maladies non transmissibles. Le phénomène gagne l'Afrique. Selon la base de données de l'OMS relatives à la mortalité, en 2004, 24 % des hommes africains et 26 % des Africaines sont décédées d'une maladie non transmissible. Dans 18 pays africains, plus de 10 % des femmes adultes ont un indice pondéral qui les fait entrer dans la catégorie des obèses. En Afrique de l'Ouest, entre 2000 et 2004, la moitié des citadins et 60 % des femmes citadines sont en surpoids ou obèses (Abubakari, 2008), à Accra se serait le cas de 65 % des femmes en 2009 (Benkeser *et al.*, 2012). Les pays sahéliens apparaissent moins touchés : selon les données EDS, 30 % des femmes urbaines âgées de 15 à 49 ans y sont en surpoids ou obèses, et 10 % en milieu rural (Ziraba *et al.*, 2009).

Sa diffusion actuelle dans les pays du Sud (Prentice, 2006) est paradoxale au moins à un double titre. D'une part, le surpoids et l'obésité se développent dans des pays où la malnutrition n'est pas éradiquée et où subsistent donc en parallèle des franges de la population souffrant de déficit pondéral (Austin *et al.*, 2011). L'obésité est souvent décrite comme une maladie de riches des pays du Sud, alors qu'elle

* Institut d'études démographiques et du parcours de vie, Université de Genève.

** DER en santé publique, FMPOS, Université de Bamako.

*** Department of Public Health, Harvard University.

est devenue un mal qui, dans les pays du Nord, touche les plus démunis. Dans les pays en développement et en transition, l'accroissement de la richesse des ménages a été accompagné par le remplacement des régimes alimentaires traditionnels basés sur des céréales par une alimentation bon marché et abondante beaucoup plus riche en sucres et en graisses animales. Cette transition est accélérée par l'association à des modes de vie plus sédentaires, particulièrement en milieu urbain (Popkin, 1994, 2002 et 2004, Moore *et al.*, 2010). Ziraba (2009) met en évidence que dans les villes africaines, ce sont les plus riches et les plus scolarisés qui sont le plus concernés par le surpoids et l'obésité.

D'autre part, et c'est le second paradoxe, la distribution différentielle de cette pathologie dans l'échelle sociale confirme aujourd'hui son caractère plurifactoriel et un ancrage culturel complexe. Certes la pratique du gavage des jeunes femmes a été inscrite dans la liste onusienne des traditions néfastes à la santé. Toutefois, les dimensions culturelles axées sur les valeurs et normes individuelles et collectives qui traversent cette question ne sont guère prises en compte dans une problématique de santé publique centrée sur les comportements alimentaires et les modes de vie sédentaires.

Le cadre conceptuel proposé par l'approche des « capacités » développé à la suite des travaux d'Amartya Sen (voir en particulier Sen, 1999) apparaît comme un outil particulièrement pertinent pour analyser les interactions complexes entre les normes ou valeurs, les transformations des modes de vie liées à l'urbanisation et l'hétérogénéité résultant des inégalités individuelles de ressources. Il s'agit de construire un modèle explicatif pour comprendre les inégalités en termes d'espace d'opportunité, selon les termes de Sen de « liberté de réaliser la vie que l'on a raison de valoriser ». On distingue deux types de sources d'inégalités : les ressources offertes par le contexte (endowment) et les caractéristiques qui font que les individus sont plus ou moins aptes à accéder et valoriser ces ressources pour leurs propres fins (facteurs de conversion). Contrairement aux analyses qui conçoivent ces facteurs d'inégalités en termes de déterminants ayant une influence quasi mécanique sur les comportements (Glass et McAtee, 2006), ce modèle intègre l'individu comme un acteur qui interprète et utilise les ressources en fonction de ses propres repères. L'activité du sujet (agency) est donc une dimension transversale, certainement la plus difficile à prendre en compte puisqu'elle implique de circonscrire le cadre individuel de référence qui définit les « raisons de valoriser... ». Ainsi, l'approche des « capacités » amène à concevoir l'objet d'étude, ici l'obésité, selon un double niveau d'analyse : non seulement le niveau « etic » – à savoir factuel et mesurable – des facteurs qui influencent la propension à l'obésité, mais aussi le niveau « emic », c'est-à-dire la signification que l'obésité prend pour les gens eux-mêmes.

L'objectif du présent travail est d'analyser les facteurs d'hétérogénéité en matière de poids corporel à la lumière de la signification que les gens donnent à la corpulence. Nous structurons nos interrogations autour de quatre questions :

- *Un statut ?* Comment est perçue la personne en surpoids ou obèse ? Est-ce que la corpulence octroie un statut ? Porte-t-on le même regard sur l'embonpoint masculin et féminin ? Y a-t-il une conscience des conséquences sanitaires ?
- *Une conséquence de l'urbanisation ?* La montée de l'obésité peut-elle être interprétée comme une conséquence de l'urbanisation ? Dans ce cas, est-ce la vie urbaine en tant que telle, à savoir les ressources du contexte et les modes de vie urbains, où les caractéristiques des habitants des villes.
- *Un ancrage culturel ?* Le processus de modernisation a-t-il gommé l'impact des différences culturelles ? Est-ce que l'appartenance culturelle joue encore un rôle ?

- *L'expression de ressources individuelles inégales ?* Quel rôle jouent les ressources personnelles que donnent la richesse, la scolarisation et/ou l'occupation ? Mais aussi quel est l'impact de l'environnement familial et du parcours de vie.
- *Surpoids et déficit pondéral.* S'agit-il des deux pôles d'une même réalité ou de deux logiques différentes ? La montée de l'obésité est-elle un effet secondaire de l'éradication de la pauvreté ?

Dans cette communication, nous examinons la situation au Mali, exemple caractéristique des pays d'Afrique de l'Ouest dans lesquels, d'une part, la malnutrition reste une réalité et, d'autre part, l'obésité est à la fois une caractéristique ancienne de certaines ethnies connues pour leur tradition de gavage des jeunes femmes (voir p. ex. Randall 2001 et 2011) et un phénomène urbain nouveau. La grande diversité culturelle entre les populations du Nord et du reste du pays, les inégalités socio-économiques et de genres marquées, ainsi que la dynamique d'urbanisation en font un cas particulièrement pertinent pour examiner l'interaction complexe entre des facteurs culturels et socio-économiques.

Données et méthodes

Nous appliquons ici le cadre des capacités à travers une stratégie mixte alliant une analyse secondaire des données de la dernière enquête démographique et de santé (EDSM IV, 2006) et un volet qualitatif ad hoc. L'EDSM IV ne comportant des données pondérales que pour les femmes, notre analyse se limite à la population féminine (de 15 à 49 ans). Nous retenons ici celles qui ne sont pas enceintes et n'ont pas accouché dans les deux derniers mois. La taille importante de l'échantillon (12'010) permet d'inclure dans l'analyse des secteurs minoritaires, par exemple en matière de religion.

À travers des groupes de discussion, le volet qualitatif a pour objectif d'examiner l'image collective de la corpulence féminine, mais aussi masculine, dans le contexte urbain de Bamako. Est-ce que l'on peut dégager des normes ? Les opinions sont-elles homogènes ou l'expression de valeurs concurrentes, par exemple entre persistance de traditions socio-culturelles et considérations sanitaires, ou entre opinions individuelles et normes. Dans ce but, six groupes relativement homogènes ont été interrogés pour examiner l'effet du genre, de la scolarisation et de la cohorte :

1. Longues études : facteur d'émancipation ?
 - Groupe A. 7 femmes entre 22 et 27 ans, étudiantes à l'Université.
 - Groupe B. 6 hommes, 23 – 37 ans, ayant fait des études universitaires.
2. Cohortes plus âgées : le poids des traditions ?
 - Groupe C. 10 femmes 45-59 ans, ménagères, ayant fait au plus quelques années d'école primaire.
 - Groupe D. 12 hommes 52-60 ans, de niveau secondaire et le plus souvent fonctionnaires retraités.
3. Scolarisation des filles : l'ouverture sur d'autres valeurs ?
 - E. 10 jeunes femmes 20-24 ans, non scolarisées, ménagères ou commerçante, coiffeuse ou teinturière.
 - F. 10 jeunes femmes 20-25 ans, ayant fait quelques années d'école primaire, travaillant comme coiffeuse ou commerçante, ou ménagère.

Les discussions ont commencé par une entrée en matière relative aux mots utilisés pour décrire la corpulence et l'image qu'ils impliquent, puis à travers des histoires types, discuter des déterminants et conséquence de la corpulence pour les femmes et pour les hommes, et finalement décrire l'idéal type sur la base des profils de l'échelle de Stunkart. (Voir en annexe, le guide d'entretien et les profils). Les

entretiens se sont déroulés en bambara et ont été intégralement transcrits en français par l'équipe de Bamako. Ils ont été analysés avec l'aide du logiciel Atlas-Ti.

Pour l'analyse quantitative, nous avons identifié les variables de l'EDSM IV qui peuvent être utilisées comme indicateurs (proxy) des différents éléments constitutifs de l'approche des capacités. Le modèle des capacités offre donc une opportunité de structurer de façon rigoureuse l'analyse de ces données. Toutefois, les informations disponibles ne représentant le plus souvent que des approximations, leur interprétation nécessite une connaissance du contexte, construite ici par une longue collaboration sur le terrain malien et éclairée par l'enquête qualitative. La Figure 1 propose une image synthétique de la modélisation, distinguant les différentes dimensions considérées et les variables identifiées comme proxy. Ce schéma structure notre analyse, telle que développée dans les pages qui suivent.

Figure 1. Application du cadre des capacités à l'analyse des disparités de corpulence

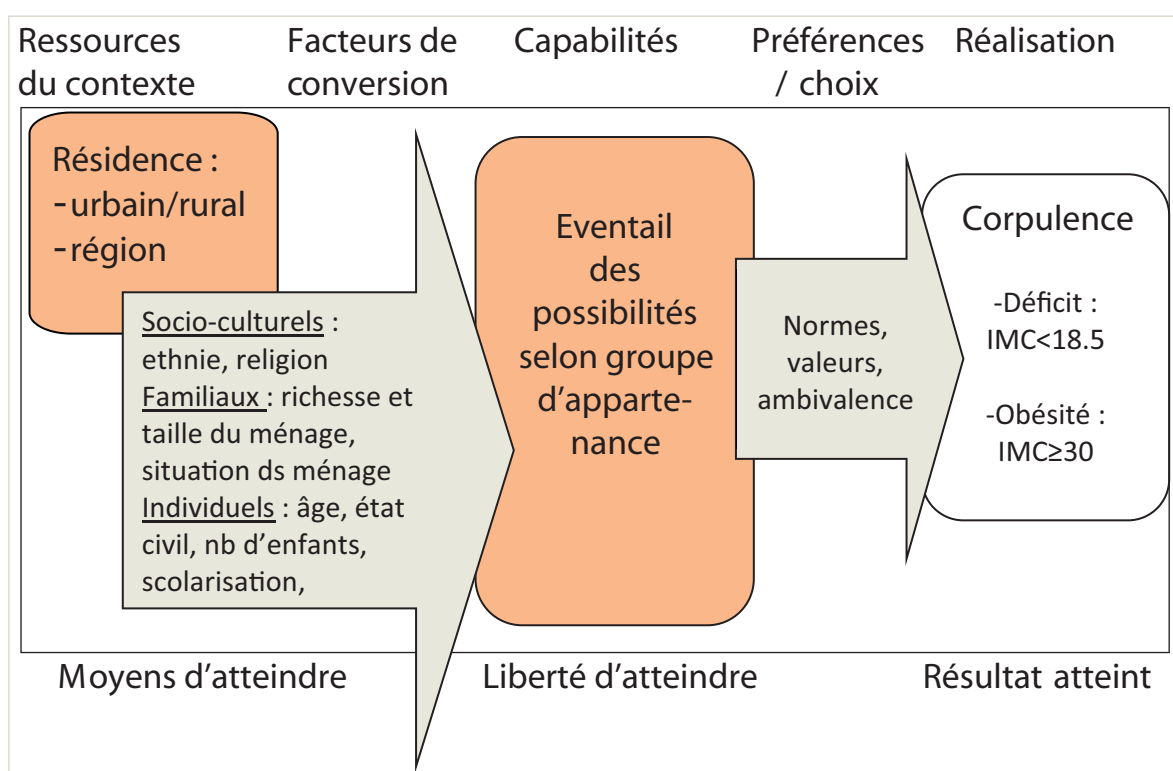


Schéma adapté de Robeyns (2005)

Résultat atteint : la corpulence des Maliennes

Nous considérons ici la corpulence comme la situation réalisée, telle que mesurée par l'Indice de masse corporelle (IMC) ou Indice de Quetelet. Celui-ci correspond au poids en kilo divisé par le carré de la taille (kg/m^2). On considère généralement qu'un IMC de 30 ou plus correspond à un état obèse, alors que la limite du surpoids se situe à 25 et la malnutrition chronique aiguë en-dessous de 18,5. Parmi les femmes en âge de procréer considérées dans les EDS au Mali, la prévalence du surpoids aurait été multipliée par 1,7 et celle de l'obésité par 4,3 entre 1995/96 et 2006 (Tabl. 1). Durant la même période, la malnutrition chronique n'a que peu diminué et aurait même légèrement augmenté entre 2001 et 2005.

Les évolutions temporelles ne sont toutefois pas très précises puisque les critères d'échantillonnage diffèrent quelque peu d'une enquête à l'autre.

Tableau 1. Les tendances de la corpulence des femmes en âge de procréer à travers les données des enquêtes maliennes EDS

	EDSM II – 1995/96	EDSM III – 2001	EDSM IV – 2006
Nb femmes*	4026	10'049	12'010
IMC moyen (kg/m ²)	21,1	21,9	22,1
% IMC < 18,5	15,9 (16,2**)	12,6	13,5
% IMC 25-29,9	7,2	11,2	12,4
% IMC 30 et plus	1,2	3,7	5,2

*Chiffres publiés dans les rapports EDSM : EDSII = Femmes ayant eu au moins une grossesse durant les trois années précédentes ; EDSIII = Femmes de 15 à 49 ans, pas enceintes, ayant eu au moins une grossesse au cours des 5 dernières années ; EDSIV = Femmes de 15 à 49 ans, ni enceintes, ni grossesse dans les mois précédents.

** Non enceintes

La prévalence de l'obésité place le Mali à peu près au milieu des pays africains, mais aurait augmenté un peu plus rapidement ces dernières années. En effet, d'après l'OMS, en 2010, au Mali, l'obésité toucherait 8,4 % des femmes et 0,96 % des hommes de 15 ans et plus, situant le pays au 20^e et 25^e rang d'importance décroissante sur les 46 pays africains considérés ; alors que le Mali était respectivement au 27^e et 28^e rang en 2002¹. Par rapport à ses proches voisins (Tabl. 2), le Mali se situe bien en-deça de la prévalence de la Mauritanie, de l'Algérie et, dans une moindre mesure, du Sénégal, mais dépasse ses voisins du Sud et de l'Est : Côte d'Ivoire, Ghana, Niger et Burkina. Dans les trois premiers pays, le niveau de développement, tel qu'exprimé par le taux d'urbanisation et l'IDH, est plus élevé qu'au Mali et les

Tableau 2. Obésité et gradient de développement : Mali et une sélection de pays voisins

	% obésité féminine (2010)*	Taux d'urbanisation (2011)**	IDH 2011***
Mauritanie	26,9	41,5	0,453
Algérie	16,2	73	0,698
Sénégal	11,8	42,5	0,459
Mali	8,4	34,9	0,359
Côte d'Ivoire	6,2	51,3	0,400
Ghana	5,9	35,4	0,541
Niger	3,4	17,8	0,295
Burkina Faso	1,7	26,5	0,331

* OMS / **Division de la population, ONU / *** Rapport sur le développement humain, PNUD

¹ En 2010, l'Éthiopie et l'Érythrée sont les pays les moins touchés (< 1 % des femmes de 15 ans et plus), situés respectivement au 46^e et 45^e rang, alors que les Seychelles et l'Afrique du Sud sont les champions de l'obésité avec 43 % et 37 %. WHO Info base, consulté le 10 octobre 2012 : <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx>

deux derniers sont largement en-dessous. On n'observe cependant pas un gradient linéaire parallèle à celui de l'obésité, ce qui montre bien que des autres facteurs, notamment culturels, doivent être considérés, en particulier pour expliquer la prévalence particulièrement élevée de l'obésité en Mauritanie et la prévalence plus forte au Sénégal et au Mali qu'en Côte d'Ivoire, qui a un taux d'urbanisation nettement plus élevé, et qu'au Ghana qui les dépasse pour l'IDH.

Préférences et choix : l'image collective de la corpulence

La notion de choix est certainement la plus controversée de l'approche des capacités. L'action de l'individu – agency – est au centre du modèle qui, rappelons-le, émane du monde des économistes. Bien que références soit faites aux valeurs et à la notion de préférence adaptative, l'approche reste ancrée dans une idéologie sous-jacente de choix rationnel. Nous postulons qu'une alternative est de concevoir le choix en termes d'ambivalence entre norme et préférence. Nous retenons ici la distinction de Hammel (1990) selon laquelle la norme est définie comme générale et durable, mais externe aux acteurs, alors que la préférence est interne, mais labile et particulière. Dans la ligne développée notamment par Lüscher (2011), nous considérons donc le rapport que la personne noue avec les normes. Dans quelle mesure peut-elle résoudre son ambivalence entre les valeurs dominantes et sa position personnelle à cet égard : l'ambivalence est-elle dissimulée par l'adaptation à la norme (préférence adaptative) ou, au contraire, l'individu est-il guidé par ses propres préférences et est-il, par conséquent, acteur d'un projet de vie ? Nous examinons ici cette question à travers l'image collective exprimées lors des groupes de discussion.

L'importance de la question de la corpulence est attestée par les nombreux termes locaux pour la décrire. Globalement, les femmes grosses « sont bien vues » : la grosse femme est admirée et respectée, c'est une fierté pour son mari (mentionné dans tous les groupes) et pour sa belle famille (groupes divers : A, D, F). Elle attire sexuellement les hommes (hommes universitaires : B). « Notre société aime les femmes bien potelées, c'est dans notre culture » (B), c'est particulièrement le cas au Nord du Mali, où « la vraie femme, c'est celle qui est bien en chaire » (femmes plus âgées : C). La grosseur est vue comme l'expression du bien-être : absence de souci, bonheur (tous les groupes), la femme mange ce qu'elle veut (jeunes femmes F), un bon mariage, elle est bien soignée par le mari (B, C, E, F). Comme en témoigne le fait que certaines femmes prennent des médicaments ou font des injections pour grossir, la forte corpulence peut être recherchée (C, D, F).

Toutefois, la corpulence est aussi subie, vue par les deux groupes plus âgés (C et D) comme naturelle ou héréditaire, comme une prédestination. Ce peut être la conséquence de l'âge par diminution des activités (A étudiantes) ou du mariage et des grossesses (A, C, D). Surtout, tous les groupes mentionnent que le surpoids pose problème : tous les gestes sont difficiles, c'est « une gêne » pour se déplacer, pour travailler, pour bien s'occuper des enfants, même pour assurer sa propreté. Les hommes plus âgés (D) mentionnent que le surpoids peut restreindre la capacité à faire des enfants et qu'une grosse femme vieillit vite et les hommes universitaires (B), que « les femmes grosses se sentent mal dans leur peau ». Seuls trois groupes féminins (A, C, E) indiquent explicitement qu'il entraîne des maladies et un seul groupe que certaines font ou sont poussées à faire des régimes (jeunes femmes avec quelques années d'école F).

En outre, les avis ne sont pas unanimes, même à l'intérieur des groupes. Un des hommes du groupe ayant fait des études universitaires indique qu'il n'aime pas la femme trop grosse. Même parmi les

hommes plus âgés (D), on mentionne que « certains hommes ont le dégoût de la femme quand elle grossit trop » ; ils risquent alors d'en prendre une autre (étudiantes A et cohortes plus âgées : C et D). Les hommes soulignent la diversité des opinions en concluant, soit que c'est une question de goût (groupe B, les plus scolarisés), soit qu'il y a deux sortes de grosseur : l'une liée à la santé et l'autre à la maladie (groupe plus âgé, D).

Les discours témoignent aussi des évolutions des mentalités. Les plus scolarisés des deux sexes (A et B), mais aussi les jeunes femmes même non scolarisées (E), mentionnent qu'une forte corpulence empêche de porter des pantalons et autres habits sexy ; selon le groupe des étudiantes (A), c'est la raison pour laquelle les hommes préfèrent les minces. Ce même groupe indique aussi que les gens se moquent des grosses (A). C'est la nature même de la corpulence qui aurait changé, comme le souligne un homme du groupe D : « au pays dogon dans les années 1960, la grosseur était synonyme de force physique, mais dans notre société moderne, la grosseur est synonyme de prise de graisse. »

Pour les femmes comme pour les hommes, la prise de poids est l'expression d'une mauvaise alimentation (B), en particulier de l'utilisation des cubes Maggi (femmes âgées, C), une alimentation trop riche en graisses ou en sucres (A). L'obésité et ses conséquences sur la santé sont en particulier dues aux produits chimiques mis dans les cultures (plus âgés : C et D). Une des étudiantes (A) conclut que c'est la pauvreté qui fait mal manger. La question du manque d'activité physique est mentionnée explicitement comme cause d'obésité par un des hommes du groupe D et indirectement par ceux qui associent la grosseur à la fatigue et paresse (D et F), ou soulignent la nécessité de faire du sport (F).

Pour les hommes aussi, la corpulence est vue comme un indice de bien-être, de tranquillité d'esprit (hommes âgés D). L'épouse prend bien soin de lui, l'harmonie règne dans la famille, les co-épouses s'entendent bien (femmes âgées C). Le groupe des hommes plus âgés (D) résume bien la vision générale selon laquelle « la grosseur donne un statut de respect dans la société [...]. Les gens pensent que tu es plus âgé ». Bien qu'ils spécifient « que ce soit un homme, une femme ou un enfant la grosseur est appréciée », la notion de statut semble plus spécifiquement associée à la corpulence masculine, le reste de la famille en bénéficiant par contrecoup (F). Pour un homme, c'est l'expression de la réussite, de la richesse (C, D, E, F), mais pas forcément honnête : « [le gros homme] bouffe l'argent des autres sans être fatigué » (F).

Comme pour celle des femmes, les causes de l'obésité masculine sont multiples et complexes : facteurs héréditaires ou comportementaux, bien-être ou soucis. Dans les couples polygames, ce peut être la conséquence de la concurrence entre les femmes pour bien le nourrir, ou les effets d'un mode de vie de riche ; mais la prise de poids peut aussi être l'expression de problèmes (A) ou de maladie (A, B, C). Toutefois, les maladies et soucis peuvent aussi entraîner un déficit pondéral (les plus âgés : C, D).

À la question de savoir si, pour les hommes, le surpoids est une bonne chose, ou non, les avis semblent encore plus partagés que pour les femmes. Si la perte de poids peut entraîner la perte du respect (femmes âgées C), l'obésité est aussi vue comme inesthétique. « Un homme gros est vilain à voir » (C), une étudiante (groupe A) dit carrément que « nous, les femmes nous détestons les hommes qui sont gros », pour d'autres c'est un signe de bêtise et de paresse (hommes âgés D), qui entraîne une perte de valeur sociale (C). Comme pour les femmes, le surpoids est vu comme un handicap qui empêche de faire certains travaux (F), qui rend les déplacements difficiles (B). Pour les hommes ayant fait des études universitaires (B), le gros est vu comme quelqu'un qui mange trop, commentaire auquel font écho les

étudiantes (A) en indiquant qu'il n'est pas facile de les nourrir. Certaines femmes n'aiment pas les gros hommes, car ils peuvent frapper (F) et pour trois des quatre groupes féminins (A, C, F), une forte corpulence diminue la performance sexuelle.

En conclusion, la norme dominante semble être une valorisation d'une certaine corpulence. Pour les femmes, cette norme émerge de l'image de la femme épanouie au sein de la famille et du regard masculin ; pour les hommes, la corpulence est synonyme de statut social, mais qui peut entrer en contradiction avec des critères esthétiques, en particulier pour les femmes plus jeunes et plus scolarisées. Mais surtout, les normes se trouvent confrontées à des points de vue personnels fort variés et souvent contradictoires qui expriment bien l'ambivalence des individus entre norme et critères personnels. On peut penser que c'est ici particulièrement le cas parce que les groupes de discussions se sont tenus en milieu urbain. L'ambivalence est aussi exprimée par l'hétérogénéité des positionnements sur l'échelle de Stunkart (voir Annexe 2). La valeur moyenne – un peu en deçà de la valeur centrale (4,46 sur cette échelle de 1 à 9) – souligne que, si les discours semblent valoriser une corpulence forte, la corpulence type est bien loin d'un idéal d'obésité. Surtout, l'importance de la dispersion indique que cet idéal type n'existe pas, mais qu'il y a une palette d'opinions personnelles, balayant toute l'échelle. On n'observe pas de gradient clair des moyennes entre les groupes – les valeurs les plus basses se situant aussi bien parmi les étudiantes que parmi les jeunes femmes non scolarisées – mais les deux groupes d'universitaires ont des réponses plus homogènes. En revanche, on observe des différences relatives au sexe et à l'âge. Reflétant les commentaires, dans tous les groupes, l'idéal féminin est un peu plus arrondi que l'idéal masculin : les valeurs moyennes sont légèrement plus élevées chez les femmes et les valeurs modales s'étalent de 4 à 6 pour celles-ci, mais de 2 à 4 pour l'idéal masculin. En comparant les idéaux pour trois groupes d'âge – 20-25 ans, 35-40 ans et 50-55 ans – pour les deux sexes, le profil moyen est plus corpulent pour le groupe intermédiaire : l'idéal est plus mince lorsqu'il s'agit de personne dans le début de la vingtaine et les opinions sont plus homogènes ; aux âges avancés, l'idéal se tasserait quelque peu mais les opinions sont plus variés. Ceci corrobore bien les commentaires sur l'épanouissement dans la famille ou le statut social, puis la fatigue de l'âge plus avancé.

Les facteurs associés à l'obésité : ressources du contexte et facteurs de conversion (Tabl. 3)

Les ressources du contexte : effets propres du lieu de résidence

La forte corpulence est un phénomène urbain. C'est ainsi que la proportion de femmes en surpoids ou obèse est plus du double en milieu rural au Sénégal et au Ghana et même cinq fois plus au Niger et sept fois plus au Burkina Faso (Ziraba *et al.*, 2009). Au Mali, en 2006 (EDSM IV), elle est près du triple, atteignant respectivement 30,4 % et 10,7 %. L'obésité reste un phénomène très marginal en milieu rural (2 %), mais touche 11,2 % des citadines. La capitale ne se distingue guère des autres villes (11,4 %), mais aurait été pionnière puisque cinq ans auparavant, à Bamako, elle concernait déjà 10 % des femmes (5,8 % dans les autres villes). Notre analyse (voir Tableau 3) montre en effet que la résidence urbaine triple la probabilité d'être obèse, et qu'elle ne diminue que peu lorsque l'on contrôle pour la région, mais aussi pour les caractéristiques socio-culturelles, familiales et individuelles. Le mode de vie urbain a donc un fort effet propre : ce n'est pas une conséquence des spécificités des personnes qui vivent en ville, mais résulte de l'adoption de comportements propres citadins, en particulier, comme ce fut mentionné dans les groupes de discussion, en matière de régime alimentaire. La thèse de l'effet de la

Tableau 3. Facteurs de risque de déficit pondéral et d'obésité (régression logistique)

Déficit pondéral						Obésité								
Risque relatif : Exp(β) et niveau de signification statistique (* P<.10, ** P<.05, *** P<.01)														
Ressources du contexte														
Résidence	urbaine	0.71 ***	0.72 ***	0.74 ***	0.76 ***	0.76 ***	0.79 ***	urbaine	2.47 ***	2.31 ***	1.61 ***	1.52 ***	1.51 ***	1.33 **
	rurale (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	rurale (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Région	Kayes	0.98	0.95	0.96	0.95	0.96	0.94	Kayes	0.96	0.85	0.83	0.84	0.83	1.00
	Koulikoro	0.82 **	0.82 *	0.75 ***	0.75 ***	0.73 ***	0.74 ***	Koulikoro	0.80	0.79	0.80	0.75	0.75	0.68 *
	Sikasso (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	Sikasso (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Segou	0.88	0.91	0.81 **	0.84 *	0.85	0.85	Segou	2.30 ***	2.13 ***	2.29 ***	2.16 ***	2.14 ***	1.80 ***
	Mopti	0.66 ***	0.80 *	0.68 ***	0.72 ***	0.70 ***	0.70 ***	Mopti	2.62 ***	2.79 ***	3.16 ***	2.80 ***	2.78 ***	2.31 ***
	Tomboucto	0.83	0.83	0.71 **	0.74 *	0.71 **	0.70 **	Tomboucto	3.19 ***	2.37 ***	2.64 ***	2.46 ***	2.44 ***	2.09 ***
	Gao	1.01	1.04	0.88	0.88	0.86	0.80	Gao	2.10 ***	1.52 *	1.74 **	1.64 **	1.63 **	1.37
	Kidal	0.21 ***	0.22 ***	0.21 ***	0.22 ***	0.21 ***	0.20 ***	Kidal	7.57 ***	5.24 ***	4.63 ***	5.21 ***	5.30 ***	4.44 ***
Bamako	0.75 **	0.78 **	0.76 *	0.79 *	0.79 *	0.79 *	Bamako	2.84 ***	2.73 ***	2.17 ***	2.09 ***	2.03 ***	1.73 ***	
Facteurs de conversion socio-culturels														
Ethnie	Bambara (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	Bambara (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Malinké	0.82	0.85	0.85	0.86	0.87	0.87	Malinké	1.55 ***	1.50 ***	1.42 **	1.41 **	1.34 *	
	Peul	1.45 ***	1.42 ***	1.44 ***	1.42 ***	1.43 ***	1.43 ***	Peul	1.30 **	1.30 **	1.26 *	1.25 *	1.19	
	Soninké/Sarakolé	1.24 **	1.25 **	1.25 **	1.22 *	1.21 *	1.21 *	Soninké/Sarakolé	1.08	1.03	1.01	1.01	1.01	
	Songhai	1.04	1.12	1.13	1.10	1.10	1.10	Songhai	1.54 **	1.38 *	1.31	1.30	1.18	
	Dogon	0.74 **	0.79	0.78 *	0.78 *	0.77 *	0.77 *	Dogon	0.68 **	0.66 **	0.66 **	0.66 **	0.69 *	
	Touareg	1.05	1.07	1.11	1.09	1.05	1.05	Touareg	1.62 **	1.67 **	1.56 **	1.52 **	1.38	
	Sénoufo/Minianka	1.08	1.05	1.07	1.03	1.07	1.07	Sénoufo/Minianka	1.11	1.10	1.08	1.08	0.98	
Autres	0.80 *	0.81 *	0.81	0.81 *	0.82	0.82	Autres	1.58 ***	1.53 ***	1.56 ***	1.56 ***	1.48 ***		
Religion	Musulman (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	Musulman (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Chrétien	0.68 **	0.61 **	0.62 **	0.60 ***	0.61 **	0.61 **	Chrétien	1.14	1.22	1.15	1.13	1.03	
	Animiste/autre/sans re	1.23	1.05	1.00	1.00	0.99	0.99	Animiste/autre/sans re	0.58 *	0.71	0.71	0.73	0.75	
Facteurs de conversion familiaux														
Richesse du ménage (quintiles)	les plus pauvres	1.00	1.00	1.00	0.99	0.99	0.99	les plus pauvres	0.75 *	0.73 *	0.73 *	0.75 *	0.75 *	
	pauvres	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89	pauvres	0.93	0.91	0.92	0.96	0.96	
	moyens (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	moyens (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	riches	0.81 **	0.82 **	0.82 **	0.84 *	0.84 *	0.84 *	riches	1.12	1.21	1.21	1.15	1.15	
	les plus riches	0.60 ***	0.60 ***	0.59 ***	0.61 ***	0.61 ***	0.61 ***	les plus riches	2.42 ***	2.77 ***	2.71 ***	2.33 ***	2.33 ***	
Taille du ménage	1-3 pers	1.13	0.95	0.94	0.93	0.93	0.93	1-3 pers	0.80 *	1.02	0.96	0.96	0.97	
	4-6 pers (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	4-6 pers (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	7-9 pers	0.98	1.00	1.01	1.01	1.01	1.01	7-9 pers	1.09	0.88	0.91	0.91	0.91	
	10 et plus	1.05	1.08	1.13	1.13	1.13	1.13	10 et plus	1.20 *	0.90	0.95	0.95	0.96	
Statut ds ménage	chefe	0.37 ***	0.59 ***	0.84	0.84	0.84	0.84	chefe	3.49 ***	1.26	1.45 **	1.50 **	1.50 **	
	épouse	0.39 ***	0.60 ***	0.98	0.97	0.97	0.97	épouse	2.34 ***	1.13	1.28 *	1.30 *	1.30 *	
	autre (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	autre (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Facteurs de conversion individuels : a) parcours de vie														
Age	15-19 ans	1.94 ***	1.50 ***	1.49 ***	1.49 ***	1.49 ***	1.49 ***	15-19 ans	0.76 **	0.69 **	0.69 **	0.69 **	0.69 **	
	20-29 (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	20-29 (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	30-39	0.96	1.02	1.03	1.03	1.03	1.03	30-39	2.42 ***	2.58 ***	2.56 ***	2.56 ***	2.56 ***	
	40-49	1.05	1.15	1.17	1.17	1.17	1.17	40-49	3.56 ***	4.09 ***	4.00 ***	4.00 ***	4.00 ***	
Situation conjugale	en couple	0.57 ***	0.56 ***	0.56 ***	0.56 ***	0.56 ***	0.56 ***	en couple	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02	
	céliba/div/veuf	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	céliba/div/veuf	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Nb enfants	0	1.39 ***	1.38 ***	1.38 ***	1.38 ***	1.38 ***	1.38 ***	0	1.30 *	1.27 *	1.27 *	1.27 *	1.27 *	
	1-3 (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1-3 (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	4-7	0.91	0.91	0.91	0.91	0.91	0.91	4-7	0.91	0.91	0.91	0.91	0.91	
	8+	0.79 *	0.79 *	0.79 *	0.79 *	0.79 *	0.79 *	8+	0.72 **	0.75 **	0.75 **	0.75 **	0.75 **	
Facteurs de conversion individuels : b) ressources personnelles														
Scolarisation	aucune	1.17	1.17	1.17	1.17	1.17	1.17	aucune	0.75 ***	0.75 ***	0.75 ***	0.75 ***	0.75 ***	
	qques primaire	1.21	1.21	1.21	1.21	1.21	1.21	qques primaire	0.91	0.91	0.91	0.91	0.91	
	CEP /qques sec (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	CEP /qques sec (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	DEF et plus	1.28	1.28	1.28	1.28	1.28	1.28	DEF et plus	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93	
Occupation	pas d'acti prof	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08	pas d'acti prof	2.42 ***	2.42 ***	2.42 ***	2.42 ***	2.42 ***	
	non manuelle	0.75 ***	0.75 ***	0.75 ***	0.75 ***	0.75 ***	0.75 ***	non manuelle	2.71 ***	2.71 ***	2.71 ***	2.71 ***	2.71 ***	
	agriculture (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	agriculture (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	manuelle	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89	manuelle	1.45 *	1.45 *	1.45 *	1.45 *	1.45 *	

pauvreté urbaine, n'est pas corroborée par les données sur la malnutrition, puisque c'est aussi en milieu urbain que celle-ci est moindre.

Le mode de vie urbain ne gomme toutefois pas l'influence de la région de résidence. Celle-ci conserve des effets propres également après contrôle pour l'appartenance culturelle et les caractéristiques familiales et individuelles considérées ici. Se distinguent alors trois entités formant un gradient sud-nord croissant de prévalence de l'obésité : une prévalence plus faible dans les régions du sud et de l'ouest du pays (Koulikoro, Kaye, et Sikasso), mais aussi à Gao après contrôle pour les caractéristiques culturelles et individuelles ; un risque plus marqué dans les régions du centre (Bamako et Segou), et en encore plus, dans celles du nord (Tombouctou, Mopti et Kidal). Ce gradient correspond assez bien à une tendance inverse de la malnutrition qui se répartit entre des zones plus touchées (Sikasso, Kayes, Segou, mais aussi Gao), qui se distinguent par un risque de malnutrition significativement plus élevé qu'à Bamako et dans la région voisine de Koulikoro, mais nettement moins marqué dans trois régions du Nord : Mopti, Tombouctou et Kidal. C'est dans cette dernière, en plein désert que la malnutrition est la moindre, ce qui peut être la conséquence du fait, qu'alors, vivait là un contingent élevé de militaires.

Facteurs socio-culturels : les significations données par l'appartenance culturelle

En tant que système de signification qui affecte les décisions (Leete, 1999), la culture joue un rôle central sur les modes de vie et les comportements alimentaires. Nous avons retenu ici deux variables pour décrire l'appartenance culturelle : l'ethnie et la religion. L'appartenance ethnique joue certainement un rôle complexe dans l'alimentation à travers le type de système économique : élevage dans le Nord, système mixte agropastoral, agriculture de subsistance ou agriculture de rentes tel le coton dans la région de Sikasso. La culture est aussi l'empreinte de normes relatives à la corpulence des femmes, y compris des traditions de gavage dans les populations du Nord, particulièrement les Maures, mais aussi les Touaregs et Songhaï. Dans une moindre mesure, on peut penser que la religion exprime des valeurs différentes, la minorité chrétienne ayant par exemple pu être plus en contact avec des conceptions occidentales. Rappelons toutefois que la grande majorité des maliens sont musulmans (dans les données utilisées ici 92 %) et que de nombreux travaux ont montré que le plus souvent ce n'est pas l'appartenance religieuse qui est vraiment pertinente, mais le degré de pratique, information non disponible dans l'EDSM IV.

L'analyse met en évidence que la culture – telle que reflétée par l'appartenance ethnique – a un effet, indépendamment du contexte de résidence. Toutefois, à part quelques exceptions, le rôle de l'origine ethnique s'estompe lorsque l'on contrôle pour les caractéristiques familiales et, surtout, individuelles. C'est ainsi qu'avant le contrôle pour ces dernières, dans l'ordre décroissant d'importance du risque différentiel, les Touareg, le groupe des autres ethnies, les Malinké, les Songhai et les Peuls se distinguent des Bambaras par une intensité significativement accrue de l'obésité et les Dogon, au contraire, par un risque nettement moindre. Toutefois, après introduction des autres variables, ce dernier effet n'est pas modifié, mais l'effet propre de l'ethnie en termes de risque accru ne subsiste que pour le groupe des autres et les Malinkés. Notons que parmi les autres on compte les Maures. D'autre part, on constate que la malnutrition ne semble pas côtoyer l'obésité dans la même culture : ce sont les ethnies vivant dans la bande sahélienne – Peul et Sarakolé/Soninké – qui ont le plus grand risque relatif de déficit pondéral, risque qui n'est pas modifié par les autres facteurs. Dans le groupe hétérogène marqué par la plus forte prévalence d'obésité, la malnutrition est même moindre que parmi les Bambara, la population de

référence. Et les Dogon se distinguent par une culture et un mode de vie qui entraînent le risque le plus faible tant pour l'obésité que pour la malnutrition.

Les minorités religieuses se distinguent de la majorité musulmane. La malnutrition apparaît moins fréquente parmi les chrétiens, même après contrôle pour la zone de résidence, l'ethnie et les caractéristiques familiales et individuelles. L'obésité serait moindre parmi ceux qui ne se déclarent ni musulman ni chrétien : l'effet est très marqué et atteint la significativité statistique malgré le faible effectif, mais il diminue et perd sa significativité lorsque l'on contrôle pour les caractéristiques familiales. Les chrétiens jouiraient donc de conditions de vie favorables, mais ne se distinguent pas des musulmans en termes de valeurs relatives à la corpulence.

Facteurs familiaux

Comme c'est le cas dans ce genre d'enquêtes, les facteurs familiaux sont donnés à travers les caractéristiques du ménage – quant à leur degré de confort et leur taille – ainsi que le statut au sein du ménage. La richesse du ménage, mesurée par sa position relative en termes de jouissance de confort et de biens, influence significativement la corpulence des femmes : la malnutrition décroît avec la richesse et l'obésité s'accroît parallèlement au bien-être économique. Les effets ne sont pas modifiés par les facteurs de contexte, les facteurs culturels ou les caractéristiques individuelles. On observe un gradient très net de croissance de l'obésité avec la richesse : les plus pauvres et les plus riches se distinguant significativement du groupe médian. En revanche, le risque de malnutrition est le même dans les familles pauvres et moyennes, ce n'est que les riches et encore plus le quintile le plus aisé qui a un risque significativement plus faible.

La taille du ménage n'a pas d'effet sur la malnutrition et la prévalence moindre de l'obésité dans les plus petits ménages et accrue dans les plus grands disparaît lorsque l'on contrôle pour les caractéristiques personnelles. Ce n'est pas le fait d'être cheffe ou épouse du chef de ménage, mais l'avancement en âge et la situation conjugale qui protègent de la malnutrition. L'importance de la cohabitation avec le conjoint confirme bien la pauvreté accrue des femmes seules. En revanche, le statut dans le ménage a un effet propre sur la prévalence de l'obésité : être l'épouse, et encore plus la cheffe du ménage, accroît la probabilité d'obésité par rapport aux autres membres adultes. Nous rejoignons ici les discours exprimant la dimension de statut associée à l'obésité.

Caractéristiques personnelles

L'avancement dans le parcours de vie, tel qu'exprimé par l'âge, la situation de couple et la constitution de la famille, a des effets propres sur la corpulence. L'obésité s'accroît de façon très marquée avec l'âge : le risque est quatre fois plus élevé à partir de 40 ans que parmi les femmes dans la vingtaine ; il est particulièrement faible avant 20 ans. En revanche, en termes de malnutrition, ce sont ces dernières qui se distinguent par un risque accru. Lorsque l'on contrôle pour l'effet de l'âge, le risque d'obésité ne s'accroît pas avec la parité, au contraire, il diminue. Ainsi, le discours sur la prise de poids selon le parcours de vie n'est que partiellement corroboré : l'effet perçu de la prise de poids avec les grossesses ne serait que la conséquence de l'avancée en âge. Cependant, les grossesses semblent diminuer le risque de déficit pondéral. Le risque d'obésité est influencé, nous l'avons vu, par le statut dans le ménage, en revanche le fait de vivre en couple, ou non, n'a pas d'impact, alors que la co-résidence réduit de moitié le risque de malnutrition.

Finalement, les ressources personnelles ont un effet propre, mais le type d'occupation compte plus que le niveau de scolarisation, en outre, l'impact résiduel de celui-ci ne va pas dans le sens que l'on aurait pu attendre. La minorité de femmes ayant dépassé le premier niveau secondaire aurait un risque de malnutrition légèrement plus élevé (différences non significative) et l'obésité serait moindre parmi les non scolarisées que celles qui ont fréquenté l'école, quelle que soit la durée des études. Les femmes exerçant une activité professionnelle non manuelle, la couche plus favorisée de la société, ont un risque de malnutrition nettement plus faible que toutes les autres, mais ce sont elles qui sont le plus souvent obèses, avec celles qui ne déclarent pas d'activité professionnelle ; ce sont les femmes occupées aux travaux agricoles qui ont le moindre risque d'obésité. Ces résultats reflètent donc bien les dimensions multiples de la corpulence à savoir la malnutrition comme indice de moindres ressources économiques et l'obésité comme expression de mode de vie plus sédentaire et de statut social.

Discussion : la corpulence, un indicateur complexe de qualité de vie au centre des enjeux de santé publique

L'application du cadre des capacités à l'analyse des inégalités de poids corporel propose un éclairage original pour analyser la complexité des enjeux de santé publique dans un pays comme le Mali. En examinant la corpulence comme l'expression de l'espace de liberté dont jouissent les individus – leurs capacités – c'est-à-dire leur « liberté de vivre la vie qu'ils ont raison de valoriser », c'est un autre regard qui est posé sur la notion de qualité de vie. Celle-ci doit alors prendre en considération le rôle joué par la personne elle-même et les obstacles qu'elle rencontre. Une des questions centrales que nous posons ici est celle des parts respectives des ressources (ou manque de ressources) du contexte par rapport aux inégalités individuelles de capacité à utiliser ces ressources et les transformer en bien-être. Nous nous interrogeons en particulier sur le rôle relatif des inégalités socio-économiques et de l'empreinte culturelle. Il s'agit alors d'examiner dans quelle mesure le poids corporel peut être considéré comme l'expression d'inégalités de qualité de vie et quel type d'inégalités il reflète. Le premier résultat est que, au Mali, la montée de l'obésité coexiste avec le maintien de poches de malnutrition ; il s'agit de deux problèmes de santé publique, mais qui ne reflètent pas les mêmes défis en termes de qualité de vie et ne peuvent pas être appréhendés par les mêmes types de politiques. Notre analyse confirme que le déficit pondéral est un indicateur de pauvreté, mais que l'obésité est un phénomène de société qui entraîne un mal être socialement guère reconnu.

Le déficit pondéral, un indicateur fin de la pauvreté réelle des gens

La malnutrition aiguë est l'expression d'un manque de ressources du contexte. Même en contrôlant pour les effets des inégalités sociales, familiales et individuelles, le milieu rural reste largement plus touché, exprimant en particulier sa vulnérabilité alimentaire aux aléas climatiques. Quatre régions apparaissent plus touchées que les autres, ceci pour des raisons différentes. C'est à Sikasso que le risque est le plus élevé, corroborant les travaux qui ont montré que cette région, pourtant la plus luxuriante du pays, paye actuellement son investissement majeur dans des cultures de rentes, en particulier le coton, qui connaissent de grosses difficultés sur le marché mondial. Des causes similaires touchent

vraisemblablement la région voisine de Segou. Kaye est aussi connue comme un cas paradoxal de pauvreté, bien que la région soit connue pour une forte émigration internationale et reçoive une aide considérable de la diaspora. Le cas de la région désertique de Gao est certainement à mettre sur le manque de ressources naturelles, non compensées par des ressources alternatives comme le tourisme à Tombouctou et les bases militaires à Kidal.

Toutefois les ressources du contexte sont loin d'expliquer totalement la prévalence de la malnutrition aiguë, celle-ci est aussi associée au système socio-économique et aux ressources familiales et personnelles. Les modes de vie des pasteurs peul et, dans une moindre mesure, leurs voisins Soninké, de tradition agricole et migratoire, ne paraissent pas favorables. Le fait de résider dans la région de Kaye, et encore plus en étant Soninké, montre que, dans ce cas, la migration internationale n'accroît pas les ressources de ceux qui restent. En revanche, les Dogon, connus pour des stratégies de subsistance diversifiées – jardinage, migrations internes et, pour certains, le tourisme – seraient moins vulnérables, de même que les minorités chrétiennes. Des inégalités subsistent cependant entre les familles et les individus, eu égard aux opportunités qu'offrent la richesse de la famille et une activité professionnelle non manuelle. Les résultats confirment aussi la protection apportée par les proches, à savoir le fait de vivre avec son conjoint et d'avoir des enfants, encore plus s'ils sont nombreux.

L'obésité, un mal être non reconnu socialement

Le Mali est un des pays dans lequel l'obésité côtoie la persistance de déficit pondéral. Ce n'est toutefois pas le cas dans tous les secteurs de la population. Ainsi, l'obésité est peu répandue dans des couches de la population particulièrement touchées par la malnutrition. C'est le cas de façon générale pour les zones rurales – toutes choses égales par ailleurs – mais aussi les régions de Sikasso et de Kaye, les Soninké, les ménages identifiés ici comme pas riches, les moins de 20 ans et, dans une moindre mesure, les femmes qui ne sont ni cheffes de ménage ni épouses du chef. On peut donc dire que ces couches de la population seraient trop pauvres pour pouvoir connaître des problèmes d'obésité. Toutefois, on trouve aussi un risque accru d'obésité dans des secteurs de prévalence marquée de malnutrition. C'est le cas de la région de Ségou et de l'ethnie Peul, c'est-à-dire une localisation intermédiaire entre les ressources et traditions qui distinguent le Sud et le Nord du pays. C'est probablement aussi pour des raisons opposées d'accès aux ressources et de normes culturelles, et donc d'inégalités intra-groupe, que la malnutrition et l'obésité se côtoient chez les femmes qui n'ont pas d'enfant.

À l'inverse, on trouve moins de malnutrition et plus d'obésité en milieu urbain, particulièrement à Bamako, mais surtout dans les régions du Nord du pays ainsi que parmi les ménages les plus riches, les femmes cheffes de ménage et celles ayant une activité non manuelle. On peut alors penser que ces secteurs de la population ne sont pas confrontés à des limites économiques faisant obstacle à un mode de vie et alimentaire favorisant l'obésité et que, en plus, ils valorisent une norme de forte corpulence. La sortie de la pauvreté, telle qu'exprimée par un moindre risque de malnutrition, apparaît donc comme une condition nécessaire, qui n'est toutefois pas suffisante pour expliquer l'obésité, comme en témoignent les secteurs dans lesquels l'obésité et la malnutrition ont toutes deux une prévalence faible. C'est le cas de la région centrale de Koulikoro, dans l'ethnie Dogon, ainsi que parmi les femmes ayant une progéniture nombreuse, groupes qui ont des modes de vie et des valeurs normes qui n'encouragent pas l'obésité.

Finalement, on constate aussi que des caractéristiques personnelles, telles le niveau de scolarisation et l'avancement en âge, influencent le risque d'obésité mais pas celui de malnutrition. L'obésité est accrue parmi les femmes scolarisées en comparaison avec celles qui n'ont pas fréquenté l'école ; la fréquentation de l'école serait donc associée à une ouverture vers d'autres habitudes alimentaires, telle l'utilisation d'additifs mentionnés dans les discours, et/ou à un changement de statut. Au-delà de 20 ans, l'âge ne joue pas de rôle en matière de malnutrition, alors que l'avancement en âge est associé de façon marquée avec l'obésité, témoignant d'une évolution du statut et des changements dans le bilan énergétique entre consommation calorique et dépense physique.

Par conséquent, l'obésité est rendue possible lorsqu'un certain seuil de ressources alimentaires est atteint, mais sur cette condition se greffent les inégalités en termes de « capacités » résultant de la capacité qu'ont les femmes d'utiliser ces ressources (facteurs de conversion) et de les transformer en bien-être. Comme en témoignent bien les discours des citoyen-ne-s qui ont participé aux groupes de discussion, la forte corpulence est bien vue, expression de la femme épanouie dans son rôle familial et, pour l'homme, de son statut social. Toutefois, tous les groupes reconnaissent qu'une trop forte corpulence est un handicap pour la vie quotidienne et le profil idéal se situe plutôt au centre de l'échelle. D'autre part, les avis individuels sont variés et la prévalence de l'obésité fluctue selon le contexte et les caractéristiques des gens. C'est parmi les jeunes femmes que le conflit est le plus fort entre une norme valorisant la corpulence et la réalité des difficultés que cela engendre au quotidien, en particulier les obstacles que le surpoids implique pour adopter un mode de vie et des vêtements « modernes ». C'est d'ailleurs parmi les plus jeunes que la prévalence du surpoids et de l'obésité a le moins augmenté entre les deux dernières enquêtes EDS au Mali. Un niveau plus élevé d'instruction ne semble pas modifier l'image collective, ni constituer une ressource pour dépasser l'ambivalence et atteindre une corpulence plus conforme à des normes de santé et des aspirations des jeunes. Au contraire, c'est parmi les non scolarisées que l'obésité est moindre, ce qui exprimerait plus un mode de vie qui empêche de prendre du poids qu'une liberté de choisir. Toutefois, si la scolarisation ne semble pas avoir d'influence immédiate, à plus long terme il s'agit certainement d'un « facteur de conversion » important comme le montre le fait que parmi les femmes scolarisées la prévalence de l'obésité a diminué entre 2001 et 2006, alors qu'elle s'accroissait parmi les non scolarisées².

En conclusion, la montée de l'obésité au Mali a été rendue possible par un recul de la malnutrition associé de façon complexe à une valorisation sociale d'une forte corpulence. Elle ne peut donc être interprétée uniquement comme un problème de santé publique résultant de changements de modes de vie, liés à l'urbanisation, mais doit être comprise dans son ancrage culturel. Une forte corpulence est globalement désirable comme perçue comme un indice de qualité de vie, témoignant de la sortie de la pauvreté, mais la vie au quotidien montre bien qu'elle pose problème. C'est cette ambivalence entre l'image collective de sa valeur et la réalité du vécu individuel qui fait la complexité des évolutions. La question centrale est alors de savoir quelles sont les ressources qui permettent aux individus de se distancer de la norme. Une analyse fine des différences de genre à cet égard serait certainement très utile. La plus grande prévalence de l'obésité parmi les femmes peut exprimer des différences physiologiques, mais elle exprime aussi leur moindre marge de liberté. Les entretiens témoignent bien qu'elles n'adhèrent pas à une norme qui ne correspond pas à leurs préférences. Nous retrouvons donc ici le constat fait dans l'enquête sur la santé des femmes à Accra où près de la moitié déclare souhaiter être

² Ce qui va dans le même sens que l'observation faite par Ziraba *et al.* (2009) pour d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

plus mince (Benkeser *et al.*, 2012). Elles n'ont pas les ressources leur permettant de suivre leurs propres références. En matière de corpulence, elles n'auraient pas cette capacité souvent décrite de contourner ou utiliser les normes à leurs propres fins. L'absence de données pondérales pour les hommes dans l'EDS empêche cependant d'examiner en quoi les facteurs d'inégalités diffèrent entre les sexes.

Références bibliographiques

- Abubakari A.R., Lauder W., *et al.*, 2008, *Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations: a meta-analysis*. *Obes Rev* 9(4): 297-311.
- Austin, Anne M., Hill, Allan G. and Fawzi, Wafaie W., 2011, *Maternal obesity trends in Egypt 1995-2005*. *Maternal & Child Nutrition*.
- Benkeser R.M., Biritwum R., Hill A.G. , 2012, *Prevalence of Overweight and Obesity and Perception of Healthy and Desirable Body Size in Urban, Ghanaian Women*. *Ghana Med. J.* 46(2): 66-75.
- Caballero B., 2005, *A nutrition paradox—underweight and obesity in developing countries*. *N Engl J Med.* 352(15):1514-1516.
- Glass T.A., McAtee M.J. , 2006, *Behavioral science at the crossroads in public health : Extending horizons, envisioning the future*. *Social Science and Medicine* 62 : 1650-71.
- Hammel E.A., 1990, *A Theory of Culture for Demography*. *P&D R*, 16(3), 455-485
- Leete R., ed, 1999, *Dynamics of values in Fertility Change*, OUP.
- Lüscher K., 2011, *Advancing the field ambivalence : A "sensitizing construct" for the study and practice of inter-generational relationships*. *J. of Intergenerational Relationships*, 9 : 191-206.
- Monteiro C.A, Conde W.L, Popkin B.M, 2002, Part I. *What has happened in terms of some of the unique elements of shift in diet, activity, obesity, and other measures of morbidity and mortality within different regions of the world?*. *Public Health Nutrition*, 5 , pp. 105-112.
- Moore S., Hall J.N. , Harper S., Lynch J. W., 2010, *Global and national socioeconomic disparities in obesity, overweight, and underweight status*. *Journal of Obesity*.
- Nussbaum M.C., 2011, *Creating capabilities : the human development approach*. Cambridge, Mass., Belknap Press of Harvard University Press.
- Popkin B.M., 1994, *The Nutrition Transition in Low-Income Countries: An Emerging Crisis*. *Nutrition Reviews*, 52: 285-298.
- Popkin B.M., 2002, Part II. *What is unique about the experience in lower- and middle-income less-industrialised countries compared with the very-high-income industrialised countries? The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experience*. *Public Health Nutrition*, 5(1A), p. 205-214.
- Popkin B.M., 2004, *The nutrition transition: an overview of world patterns of change*. *Nutr Rev* 62(7 Pt 2): S140-3.
- Prentice A.M, 2006, *The emerging epidemic of obesity in developing countries*. *Int. J. Epidemiol*, 35 (1): 93-99.
- Randall S.C, 2001, *Populations of the Northern Sahel? Demographic Problems and Solutions*. In: Zaba B., Blacker J., (eds.) *Brass Tacks: Essays in Medical Demography*, 186 – 204, Athlone Press: London.
- Randall S.C, 2011, *Fat and fertility, mobility and slaves: long-term perspectives on Tuareg obesity and reproduction*. In: Unnithan-Kumar M., Tremayne S., (eds.) *Fatness and the maternal body: women's experiences of corporeality and the shaping of social policy*, 43-70, Berhahn: Oxford.

Sen A., 1999, *Development as freedom*. New York, Knopf.

Stunkard A.J., Sorensen T., Schulsinger F., 1983, *Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness*. Research Publications – Association for Research in Nervous and Mental Disease, 60, 115-120.

WHO, 2011, *Obesity and overweight*, Fact sheet N311, Updated March 2011.

WHO, 1995, *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

Ziraba A.K., Fotso J.C., Ochako R., 2009, *Overweight and obesity in urban Africa: A problem of the rich or the poor?* BMC Public Health 9: 465.

Annexe 1. Guide d'entretien

Thèmes et questions d'introduction et de relance

1. Image collective de la corpulence : les mots pour nommer

1.1 Nous aimerions discuter avec vous de la façon dont la corpulence est considérée dans votre communauté.

Pour commencer, quels sont les mots utilisés dans votre langue (vos langues) pour décrire quelqu'un de très maigre, plutôt maigre, plutôt gros, très gros. Ces termes sont-ils utilisés aussi bien pour les hommes que pour les femmes, les jeunes et les vieux (si non, préciser) ?

Établir la liste des termes, si nécessaire dans plusieurs langues et en distinguant selon le genre et l'âge. Demander ensuite la signification exacte de chacun de ces termes. Que décrivent-ils : la force, la beauté, la santé, la fécondité, ... S'agit-il d'une qualité ou d'un défaut (laquelle/lequel) ? ...

Pour chacun des termes décrivant les personnes plutôt ou très grosses, demander :

1.2. Pour une femme, dans votre communauté, est-ce bien vu d'être « terme 1 », « terme 2 » etc... ? Expliquer pourquoi c'est bien / pas bien

(Si pas mentionné spontanément, questions de relance sur la beauté, la force, le succès, le souhait du mari, le statut social et dans la famille, la santé, les activités, un comportement responsable/irresponsable etc.)

1.3. Et pour un homme, est-ce bien vu d'être t1 / t2, etc.

Expliquer pourquoi c'est bien / pas bien

(Si pas mentionné spontanément, questions de relance sur la beauté, la force, le succès, le souhait de l'épouse, le statut social et dans la famille, la santé, les activités, un comportement responsable/irresponsable etc.)

2. Perception des déterminants et conséquences de la corpulence : destin féminin type

Lire l'exemple

« Aminata est mariée depuis 10 ans et a 4 enfants. C'était une jeune femme svelte, mais depuis son mariage elle a pris du poids. Maintenant, c'est une femme de forte corpulence, comme sa mère et la plupart des femmes de sa famille. Son mari et sa belle famille apprécient sa corpulence, mais Aminata regrette sa silhouette de jeune fille et trouve que ce surpoids diminue sa qualité de vie. Elle aimerait perdre du poids, mais n'ose pas en parler à son mari et à sa famille et ne sait pas comment s'y prendre. »

Discuter du cas, en particulier si pas spontanément mentionné, demander :

- Pourquoi Aminata a-t-elle grossi ?
- Pour quelles raisons le mari et la belle-famille apprécient sa corpulence ?
- Quels types de problèmes associés au surpoids diminuent sa qualité de vie ?
- Est-ce normal que les femmes grossissent en prenant de l'âge ? Pourquoi ?
- Aminata a-t-elle raison de vouloir perdre du poids ?
- À qui peut-elle en parler ? Que peut-elle faire pour perdre du poids ?

3. Perception des déterminants et conséquences de la corpulence : destin masculin type

Lire l'exemple

« Ousmane a 40 ans, il vient de prendre une seconde épouse. C'est un homme écouté dans sa famille et sa communauté. Ces dernières années, il a considérablement grossi. La plupart des gens lui font des compliments sur sa bonne mine, mais son ami Samba lui dit qu'il devrait maigrir. »

Discuter les points suivants :

- Pourquoi Ousmane a-t-il grossi ?
- Sa corpulence est-elle un signe de réussite ? Pourquoi ?
- Samba a-t-il raison de lui conseiller de maigrir ? Pourquoi ?
- À qui Ousmane peut-il demander conseil ? Que peut-il faire pour perdre du poids ?

4. Corpulence idéale (profils) ?

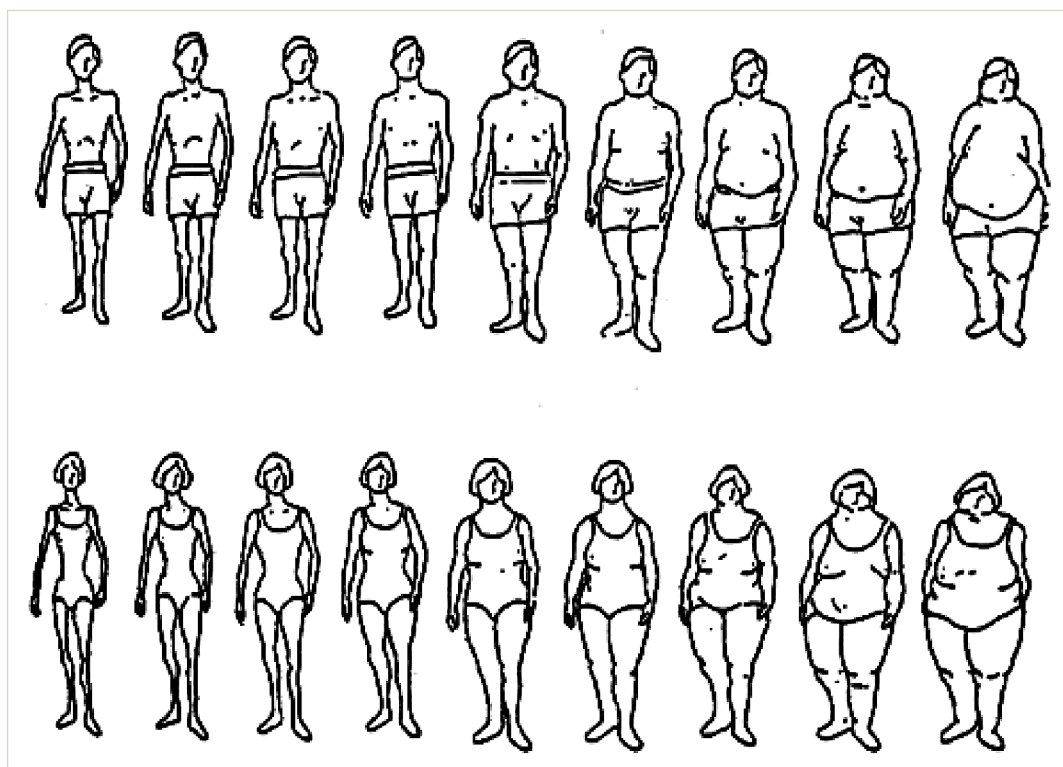
À votre avis, dans votre communauté quelle est la corpulence idéale d'une femme de : 20-25 ans / 35-40 ans / 50-55 ans ?

Montrer les profils. Identifier les éventuelles divergences au sein du groupe en interrogeant chacun-e. Répéter la question pour chaque catégorie d'âge. Pourquoi les autres profils sont-ils moins bien ?

Même question à propos d'un homme : quel est la corpulence idéale pour un homme de 20-25 ans / 35-40 ans / 50-55 ans ? Pourquoi les autres profils sont-ils moins bien ?

5. Corpulence idéale : échelle de Stunkard

Attribuer des scores de 1 (le plus mince) à 9 (le plus gros)



Adapté de Stunkard *et al.* (1983)

ANNEXE 2.

Corpulence idéale selon le sexe et le groupe d'âge, résultats dans les groupes de discussion

Idéal selon :		Groupes de discussion						Moyennes
Sexe	Age	A. F étudiantes université	B. H niveau universitaire	D. H 52-60 ans, secondaire	E. F 20-24 ans non scolarisées	F. F 20-25 ans, école primaire		
FEMMES								
	20-25	Nb réponses	6	7	8	12	10	
		Eventail	3 à 4	2 à 6	1 à 8	3 à 6	2 à 8	5.20
		Moyenne	3.5	3.57	4.4	4.33	5.4	4.24
	35-40	Nb réponses	6	7	10	12	10	
		Eventail	4 à 5	4 à 6	2 à 9	2 à 8	2 à 8	5.40
		Moyenne	4.33	5.14	5.4	6	5.6	5.29
	50-55	Nb réponses	7	6	12	10	10	
		Eventail	3 a 7	4 a 5	1 a 9	1 a 9	1 a 8	6.60
		Moyenne	5.43	4.33	5.83	3.9	4.7	4.84
	Moyenne femmes		4.42	4.35	5.21	4.74	5.23	4.79
HOMMES								
	20-25	Nb réponses	6	5	12	10	10	
		Eventail	2 a 4	3 a 4	2 a 5	2 a 5	3 a 8	3.80
		Moyenne	2.83	3.6	3.25	3	4.9	3.52
	35-40	Nb réponses	7	6	12	10	10	
		Eventail	2 a 5	4 a 5	5 a 7	2 a 8	3 a 7	4.20
		Moyenne	3.75	4.5	6	3.6	5.6	4.69
	50-55	Nb réponses	7	6	12	10	10	
		Eventail	2 a 6	4 a 6	2 a 9	1 a 4	2 a 8	5.40
		Moyenne	4	4.33	5.17	2.3	5.1	4.18
	Moyenne hommes		3.53	4.14	4.81	2.97	5.20	4.13
Moyenne total			3.97	4.25	5.01	3.86	5.22	4.46
Dispersion moyenne*			3.50	2.80	6.67	5.83	6.67	5.09
* Eventail moyen = max-min/ N								
Remarque: Pas de données chiffrées pour le groupe C								