

SANTE MENTALE ET BONHEUR AU TOGO : CONTRIBUTION DE
L'INEGALITÉ DE GENRE

Essohanam PELENGUEI

University of Lomé, Togo

Center for Research in Applied Economics and Organizational Management (CREAMO)

silverpelenguei@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-8038-7406

Mikémina PILO

University of Kara

Laboratory of Research in Economics and Management (LaRSEG), TOGO

pilomikemina15@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3461-8939

Résumé

Les inégalités de genre sont une norme qualitative qu'il revient à quantifier afin de pouvoir mesurer leurs effets sur les résultats de santé des individus. A travers ce papier, nous avons mis l'accent sur la mesure des normes sociales de genre et leurs effets sur la santé mentale et le bonheur des individus au Togo. Pour atteindre cet objectif, les données de l'Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (EHCVM) réalisée au Togo en 2021 ont été mobilisées. Nous avons aussi fait appel au modèle de poisson et au modèle probit ordonné qui ont servi aux estimations économétriques. Ces deux modèles sont suivis de la décomposition d'Oaxaca Blinder pour se rassurer de l'existence d'une différence significative au sein de notre critère normative « le genre ». Nos résultats montrent qu'il existe une différence significative de la santé relevée par le genre. La santé mentale des hommes est 1,03 fois supérieure à celle des femmes au Togo, de même que le niveau de bonheur qui est 1,0076 fois plus élevé chez les hommes que les femmes. En revanche, la probabilité d'éprouver du bonheur au Togo diminue respectivement de 10,7% et 15,3% dans la région centrale et celle de la Kara comparativement au grand Lomé. Ces résultats incitent, afin de préserver la santé mentale et à accroître le bonheur de la population au Togo, à accompagner les citoyens vers un mariage harmonieux et une instruction de qualité basées sur des formations thématiques plutôt qu'une éducation scolaire.

INTRODUCTION

Depuis des décennies, les acteurs qui œuvrent pour défendre les droits de l'homme s'efforcent d'éliminer la discrimination fondée sur le sexe dans le domaine de la santé.

Il est souvent confondu la notion de genre et de sexe (Cornet, 2014). Le sexe généralement appréhendé sous (Homme, Femme) renvoie aux différences biologiques entre les hommes et les femmes. Ces différences sont universelles et intemporelles. Elles ne changent pas dans l'espace (différents pays) et dans le temps (différentes époques).

Le genre, par contre, renvoie à des constructions sociales et culturelles du féminin et du masculin. Ces constructions sociales se sont construites autour des différences biologiques entre le sexe biologique des individus « les femmes et les hommes ». Les différences de genre sont, à l'inverse du sexe, contextuelles : elles changent selon les pays, les cultures et les groupes sociaux. Elles sont aussi temporelles : elles varient selon les époques. Si une analyse différenciée selon les sexes se contente de pointer les différences entre le groupe des femmes et celui des hommes, l'analyse selon le genre veut aller plus loin pour interroger : les stéréotypes féminins et masculins ; les rôles sexués ; l'inégalité des femmes et des hommes ; la hiérarchisation du féminin et du masculin.

L'inégalité de genre est l'une des formes d'inégalités qui existent avant l'accouchement et qui persistent tout au long du cycle de vie d'une personne. Son influence peut être ressentie entre autres à la naissance de l'individu Hesketh, (2011), dans les soins spécifiques procurés dans les hôpitaux (Weber et al., 2019a) ; à travers le niveau de santé (Cislaghi & Heise, 2020; Heise et al., 2019) ou à travers la santé reproductive et sexuelle (Amin, 2015).

Les inégalités de genre sont une norme qualitative qu'il revient à quantifier afin de pouvoir mesurer leurs effets sur les résultats de santé des individus. Elles décrivent les écarts existants entre un individu de sexe masculin et un autre de sexe féminin dans le processus de leur cycle de vie (Weber et al., 2019b, 2021). Tenant compte d'un ensemble de circonstances sociales défavorables à un individu tels que le niveau de pauvreté et les mauvaises conditions de travail, les indicateurs des résultats de santé varient entre les individus de sexes féminin et masculin.

Ainsi, cet écart de résultat entre les deux sexes met ces derniers dans une condition de résilience qui se décrit comme la capacité des systèmes de santé publique et de soins ou des individus à prévenir et à se protéger contre des urgences sanitaires et de s'en remettre.

Ces derniers temps, l'importance accordée aux résultats de santé en lien avec les inégalités de genre reste faible en matière de santé reproductive, sexuelle, émotionnelle et mentale, ainsi

qu'au bien-être social et économique des individus (Ghanotakis et al., 2012; Gruskin et al., 2007).

Au nombre de celles-ci, l'étude montre à travers des données que les inégalités entre les sexes laissent l'individu de sexe féminin particulièrement les femmes et les filles dans une situation plus difficile dans chacun de ces domaines (Sen et al., 2007). Ce rapport indique un supplément de 5 millions de filles en âge de fréquenter l'école primaire par rapport aux garçons qui ne sont toujours pas scolarisés. Les femmes ne gagnent que 77 % du salaire de leurs homologues masculins, et leur participation globale à la main-d'œuvre se situe à 48,5 %, soit 26,5 points de pourcentage de moins que celle des hommes.

De part cette disparités, on note aussi la forte inégalité dans l'harmonisation des structures de gouvernance en matière d'éducation, de travail et des revenus.

De nombreuses preuves soutiennent les effets négatifs que les normes restrictives en matière de genre peuvent avoir sur la santé des individus qu'ils soient hommes et garçons (Campos-Serna et al., 2013; Eng et al., 2011; Stergiou-Kita et al., 2016) ou femmes et filles (Fay et al., 2011; Sandfort et al., 2015; Yu et al., 2017). De ces travaux, les impacts des inégalités de genre sur la santé, les relations interpersonnelles, les écoles, les lieux de travail et les gouvernements sont mis en exergue. Dans ce sens, les disparités de genre contribuent à perpétuer, renforcer et propager les inégalités et façonnent la manière dont les gens vivent, grandissent, interagissent, apprennent et travaillent et peuvent conduire à des gains potentiels substantiels en matière de santé pour tous.

Sur le plan théorique, la prise en compte de la question du genre dans les politiques et les programmes contribuerait à harmoniser le déséquilibre de pouvoir entre les hommes et femmes en matière de santé particulièrement à travers l'amélioration des résultats de santé (Brouwers, 2013; Gupta et al., 2019; Weber et al., 2019b). La littérature qui décrit la théorie et la pratique de l'intégration dans tous les secteurs met en évidence plusieurs limites, notamment une théorie du changement erronée, une architecture inefficace et des processus non liés aux résultats (Ravindran & Kelkar-Khambete, 2007).

Premièrement, les développements des éléments qui concourent au cadre de la théorie normes de genre et égalité des sexes restent encore ambigus (Dhawan et al., 2016; Gupta et al., 2019) et ne permettent pas de ressortir un canal de transmission des potentiels effets du genre sur la santé d'une population. La discorde liée à l'architecture des effets du genre est plus régulière dans le secteur de la santé du fait de l'illusion présumant qu'il n'est pas nécessaire de prendre en compte la dimension de genre parce que les programmes de santé infantile, maternelle et reproductive sont considérés comme une réponse adéquate à la dimension de genre dans la

santé. Suivant cette première conception théorique, les travaux n'ont pas été en mesure de s'attaquer aux normes de genre sous-jacentes, en particulier lorsqu'elles affectent la santé des hommes et celle des minorités de genre.

Dans un second temps, dans la dimension de la santé, la mesure du cadre intégrant l'inégalité de genre est souvent perçue comme coûteuse impliquant une carence d'éléments constitutifs récents pour comprendre le mécanisme par lequel les inégalités de genre agissent sur la santé (Brouwers, 2013; Dhawan et al., 2016; Henrich & Viscoli, 2006; Miller et al., 2013).

Enfin, la troisième insuffisance théorique axée sur l'intégration du genre dans la mesure des résultats de bien-être et de santé est largement en manque de clarté conceptuelle (Lamprianou, 2013; Mehra & Gupta, 2006; Milward et al., 2015). La théorie du changement de l'intégration du genre soutenue par ces derniers conduisant à de meilleurs résultats en matière de santé a été supposée plus empirique à travers des progrès en matière d'égalité entre les sexes.

En tenant compte des travaux antérieurs et faits stylisés observés, on s'interroge sur la relation entre les inégalités de genre et la santé de la population.

La question générale qu'on se pose est de savoir quel est l'effet de l'inégalité de genre sur la santé mentale et le bonheur au Togo ?

Pour répondre à cette question, nous nous fixons comme objectif d'analyser l'effet de l'inégalité de genre sur la santé mentale et le bonheur au Togo.

A la suite de la littérature et du contexte togolais, nous formulons comme hypothèse que l'inégalité de genres participe à accroître la vulnérabilité face à la santé mentale et diminue le statut de bien-être subjectif au Togo.

L'intérêt de ce chapitre est d'intégrer dans les analyses la dimension bien-être subjectif de la définition de la santé comme le souligne (Becker, 1962). Ensuite ce chapitre servira à combler le gap existant dans la contextualisation de la mesure du bien-être. En ce sens on aura à ressortir à la fin de ce chapitre, des indicateurs spécifiques les plus déterminants et leurs mesures dans la santé mentale et le bien-être.

La suite du chapitre se décline comme suit. La section 2 présente l'état des lieux de l'inégalité de genre au Togo. La section 3 présente la revue de littérature sur les inégalités de genre. A la section 4, il sera question d'élaborer un cadre analytique qui retrace les différentes influences de l'inégalité de genre sur la santé mentale et le bonheur d'une population. La section 5 est réservée à la présentation du cadre méthodologique et enfin la section 6 présente puis discute des résultats obtenus suivis d'une conclusion.

1. Revue de littérature sur les inégalités de genre

Cette section est consacrée à la synthèse des théories et travaux empirique qui ont abordé la relation entre les inégalités de genre et la santé.

- Déterminants structurels et sociaux de la santé

Les résultats de santé des individus ou d'une population peuvent être décrit par l'interaction entre le genre et d'autres sociaux tout au long de la vie. Heise et al., (2019) conçoivent un cadre d'analyse de la relation entre le genre et la santé. Il existe de nombreux types d'inégalités entre les hommes et les femmes, par exemple en ce qui concerne les taux de mortalité et de natalité, les violences conjugales, l'âge à l'accouchement, la dépression etc... (Sen, 2001).

- La production sociale du genre

Basé sur des considérations intuitives, avant même la naissance, le nourrisson en développement subi déjà les normes et autres aspects du système de genre. Endendijk et al., (2018) montrent que le comportement des parents change à l'égard d'un bébé dès que son sexe est connu ou assigné. Ces enfants au cours de leur jeune âge perçoivent des informations qui leur statuent sur ce qui est valorisé ou non dans leur environnement (Pearse & Connell, 2016). Dans nos familles ou ménages, la normalisation des préjugés liés au genre est renforcée ou contestée par des acteurs clés tels que les enseignants, les chefs religieux, les pairs et l'exposition aux médias (John et al., 2017). Au cours des dix premières années de leur vie, les enfants ont l'essentiel du message sur les comportements sexospécifiques acceptables, qui tendent à être étroitement contrôlées par les parents et les pairs (Blum et al., 2017). Ces derniers réalisent leur étude sur un ensemble de 15 pays portant sur des enfants âgés de 10 à 14 ans. Cette étude arrive à un certain nombre de conclusions fondamentales. (i) les garçons sont systématiquement encouragés à être forts et indépendants, tandis que les filles sont considérées comme vulnérables et ayant besoin de protection. (ii) avec l'arrivée de la puberté, les garçons sont censés prouver leur dureté et leurs prouesses sexuelles, tandis que les filles sont chargées d'attirer l'attention des hommes ; (iii) les préoccupations relatives à la sexualité des filles et des garçons sont souvent liées à des problèmes de santé et de sécurité ce qui amènent les parents à contrôler étroitement le comportement et la liberté de mouvement de leurs filles ; (V) les garçons qui ne satisfont pas aux normes locales de masculinité sont malmenés et ridiculisés par leurs pairs, tandis que les filles qui transgressent les normes locales de bienséance sexuelle sont humiliées et sévèrement sanctionnées ; enfin (vi) les garçons ne doivent jamais afficher les traits ou les émotions associés à la féminité.

A l'âge de la puberté, les horizons de nombreuses filles deviennent de plus en plus restreints, alors que les garçons ont des opportunités et des possibilités d'épanouissement en particulier dans les pays en développement (Hallman et al., 2015). Certaines études ont ressorti l'effet des normes de genre sur les indicateurs de santé et de bien-être pour les adolescents et les adultes (Kågesten et al., 2016; Lundgren et al., 2019; Ram et al., 2014). Ces études ont pour la plupart relevé l'existence d'attitudes d'inégalité entre les sexes dans l'adolescence. Ces inégalités sont coptées généralement par les filles et les garçons. Bien qu'il existe une différence entre le sexe biologique et le genre, avoir une personne sexuée est le résultat de l'interaction du système de genre (John et al., 2017).

- **Les normes de genre et les résultats de santé**

Si les sections précédentes ont considéré le ménage au sens unitaire, il faut relever que le ménage est beaucoup plus non unitaire où les décisions sont le résultat de négociations entre les deux partenaires. Deux étapes sont importantes dans les processus de négociation dans ce type de ménage. D'une part, les négociations peuvent être non coopératives, lorsque les époux agissent indépendamment conduisant à des résultats inefficaces (Doepke & Tertilt, 2019a; Heath & Tan, 2020). D'autre part le processus peut être coopératif, lorsque les deux personnes mariés sont présumés atteindre un résultat efficient (De la Croix & Vander Donckt, 2010). Selon ces auteurs, lorsque les préférences diffèrent selon le sexe, la négociation entre les époux et s'avère importante pour assurer l'atteinte de bons indicateurs de santé ou de développement. Ainsi, dans ce processus de négociation, ils ressortent de leur étude que les femmes se soucient davantage de la qualité des enfants que les hommes. L'accumulation de capital est le principal moteur de la croissance, puis l'autonomisation des femmes conduit à une croissance économique plus rapide (Prettner & Strulik, 2017). Si, les deux individus du ménage qui sont en couple ont des préférences similaires mais sont des substituts imparfaits dans la production des résultats de santé du ménage, les biens publics et puis l'autonomisation des femmes ont un effet ambigu sur les indicateurs de bien-être et de croissance (Doepke & Tertilt, 2019b).

Dans ce modèle de production de capital humain des membres du ménage, la transmission intergénérationnelle du capital humain à un rôle non négligeable. A cet effet, la femme en tant que principale dispensatrice de soins aux enfants occupe une place importante dans la formation de ce capital. Dans ce sens d'analyse, Agénor, (2017) montrent que l'éducation de la mère et l'autonomisation des femmes importent plus que l'éducation du père dans la production de l'éducation humaine des enfants.

La conception selon laquelle les femmes pourraient avoir des préférences plus fortes que les hommes pour les dépenses liées aux enfants peuvent être facilement incorporée dans un modèle béckerien de fécondité. Dans ce modèle, l'une des hypothèses fondamentales est que les femmes accordent plus d'importance à la qualité de l'enfant plutôt qu'à leur quantité que les hommes.

Toutefois, dans leur analyse, (Prettner & Strulik, 2017) montrent qu'avec des ménages collectifs, les hommes et les femmes ont des préférences différentes, mais ils parviennent à une coopération efficace basée sur la négociation. Ces auteurs ressortent un certain nombre d'éléments relatifs aux de préférences dans ce type de ménage. D'une part, ils montrent que les femmes sont présumées avoir une préférence relative pour la qualité de l'enfant, tandis que les hommes ont une préférence pour la quantité d'enfant. D'autre part, ces auteurs relèvent que les parents sont supposés avoir une préférence relative pour l'éducation des fils par rapport à l'éducation des filles. A côté de l'un et l'autre de ces préférences, ils supposent que pour les hommes le coût en temps de la garde des enfants supporté peut être supérieur à celui supporté par femmes.

S'il est consensuel que les femmes accordent relativement plus d'importance à la qualité des enfants, l'accroissement de leur autonomisation est un facteur d'accélère la sortie de l'économie du piège malthusien de la haute la fécondité, le faible niveau d'éducation et le faible revenu par habitant. En ce sens, quand l'autonomisation des femmes augmente, la préférence pour la qualité de l'enfant évoluera dans le même sens. Ces effets se ressent travers la diminution de la fécondité, l'accumulation du capital humain et la croissance économique. Cet effet n'est pas affecté par le fait que les parents ont une préférence pour l'éducation des garçons par rapport à celle des filles. Dans son analyse, (Strulik, 2019) va encore plus loin et endogénéise pourquoi les hommes semblent préférer avoir plus d'enfants que de femmes. Il trouve comme raison une préférence différente pour les relations sexuelles en ce sens que sans d'autres considérations morphologiques différentes, les hommes aiment avoir des relations sexuelles plus que les femmes (Mulder & Rauch, 2009; Penn & Smith, 2007; Von Rueden & Jaeggi, 2016). En l'absence de méthode contraceptive abordable, un désir masculin plus élevé d'activité sexuelle explique pourquoi les hommes préfèrent aussi avoir plus d'enfants que les femmes. Ceci traduit le fait que la fécondité est élevée, tandis que le capital humain et la croissance économique sont faible dans des économies à faible disponibilité de méthodes contraceptives.

En somme, le passage en revue des théorie et travaux empirique liés aux différences de sexe et aux inégalités de genre permettent de déterminer un ensemble de canaux d'influence. En

matière de santé, les facteurs avec des influences qui peuvent le plus perdurer dans le temps comprennent les lois, les politiques, les forces du marché et les intérêts des entreprises. Cet ensemble de facteurs détermine particulièrement le milieu dans lequel les individus doivent résider, les droits auxquels ils peuvent avoir accès de même que les ressources dont ils peuvent disposer. Dans cet ordre d'idée, Sen et al., (2007) montrent que dans une économie, la législation « les lois et les politiques » peut soit consacrer les inégalités entre les hommes et les femmes, soit, si elle est progressive, améliorer la santé et le bien-être. Selon le rapport de la Commission sur les déterminants de la santé du groupe de la banque mondiale, les déterminants sociaux, tels que le statut socio-économique, le voisinage, la sécurité alimentaire et les conditions de travail, affectent la répartition de la santé et du bien-être au niveau de la population (Rapport OMS, 2008).

A côté de ces liens directs, la position sociale d'un individu influence aussi la santé de manière indirecte à travers la race de l'individu, la classe sociale, l'âge et l'habileté.

La section suivante fournit des éléments montrant comment l'inégalité et les normes de genre agissent pour générer des inégalités liées à la santé, au bien-être et à l'ensemble d'autres conséquences socio-économiques.

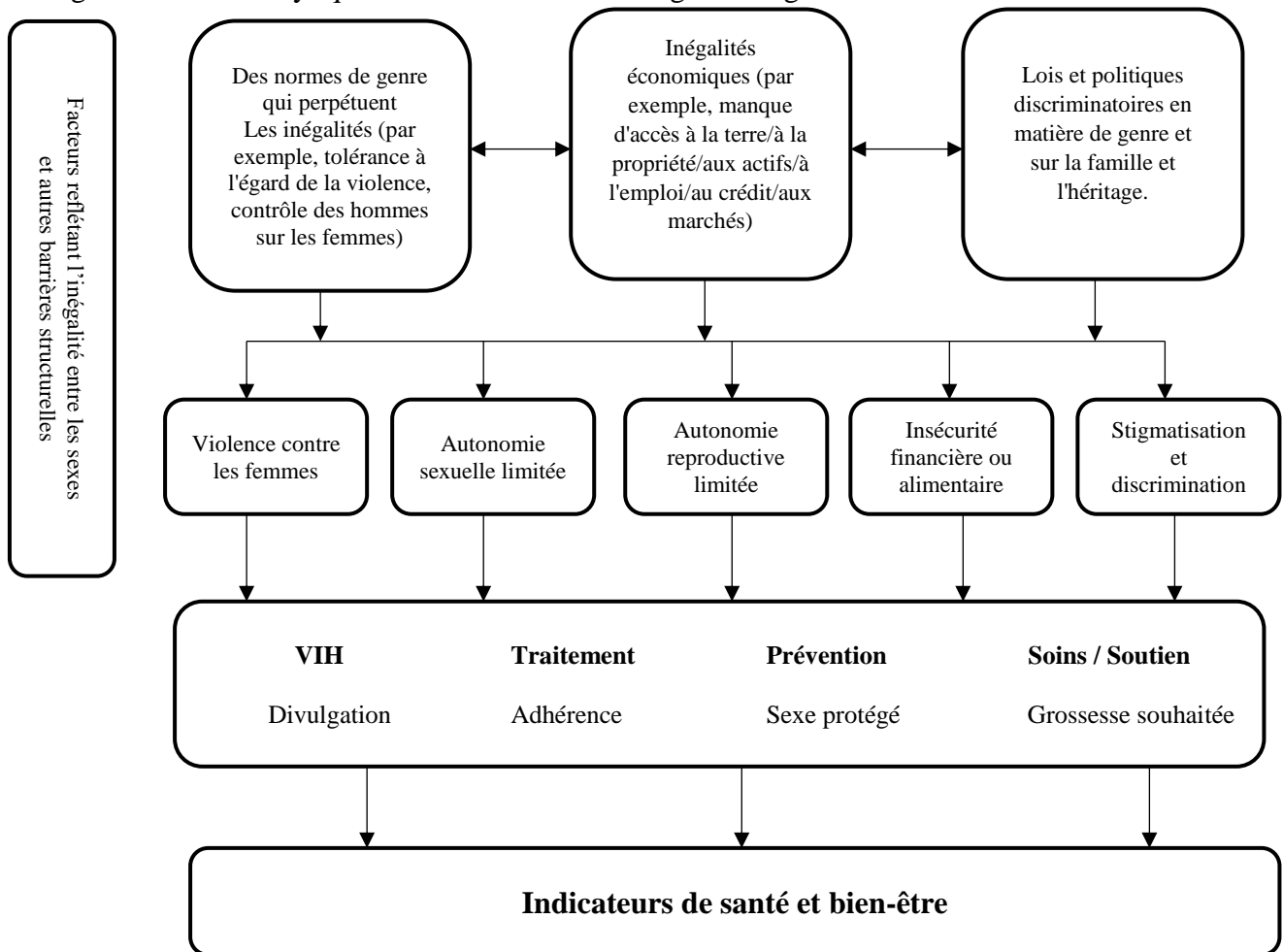
2. Cadre analytique de la relation entre les inégalités de genre, les résultats de santé et le bien-être des ménages

Dans la mesure des facteurs d'inégalités entre les sexes, on peut relever : (i) des normes de genre qui perpétuent les inégalités (par exemple, tolérance à l'égard de la violence, contrôle des hommes sur les femmes) ; (ii) les inégalités économiques (par exemple, manque d'accès à la terre/à la propriété/aux actifs/à l'emploi/au crédit/aux marchés) et (iii) les lois et politiques discriminatoires en matière de genre qui touchent la famille et l'héritage. Ces facteurs par le biais des violences faites aux femmes, du statut d'autonomisation sexuelle et reproductive de la femme, de l'insécurité financière ou alimentaire du ménage et des chocs précédents liés aux discriminations affectent les indicateurs de santé des individus.

Les résultats des effets de ces facteurs cités dans ce cadre analytique, se ressent à travers principalement quatre résultats interdépendants (figure 1). Il s'agit de : (1) la divulgation du statut VIH de l'individu ; (2) la capacité d'avoir des relations sexuelles sûres et agréables ; (3) la maîtrise de la fécondité et la possibilité mener des choix reproductifs ; et (4) l'adhérence de l'individu à un traitement. Toutefois, la prise en compte du concept de bien-être a une double importance. Il s'agit d'une part de souligner l'importance de considérer la santé mentale et

émotionnelle et d'autre part de pouvoir relever les aspects sociaux et facteurs économiques des différents ménages ou individus concernés.

Figure 1: cadre analytique de la relation entre l'inégalité de genre et la santé



Source : Auteur, adapté de Amin, (2015).

3. Méthodologie

Cette section est consacrée à la présentation de la méthodologie adoptée pour atteindre nos résultats. Elle exposera dans une première partie la nature et la source de nos données et dans une seconde partie elle spécifiera les modèles d'analyse.

a. Nature et source des données

✓ Sources de données

Dans le cadre de ce chapitre, nous faisons usage des données de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) réalisée dans les Etats membres de l'UEMOA et particulièrement au Togo en 2018. Cette enquête a pour principal objectif de fournir les données

pour le suivi et l'évaluation de la pauvreté et des conditions de vie des ménages dans chacun des pays membres de l'union.

Le questionnaire ménage utilisé est composé de 20 sections organisées comme suit : les sections 1 à 6 traitent des thématiques plus individuelles et les sections 7 à 20 sont plus relatives aux thématiques du ménage. La section sur la santé qui a été au centre des données de notre analyse concerne toutes les personnes vivant dans le ménage. Il s'agit de fournir des informations sur l'état sanitaire de la population, la fréquentation, l'accès, la satisfaction des usagers de services de santé ainsi que l'accès à une assurance. Cette enquête a en effet permis de collecter des données auprès de 6 171 ménages sur toute l'étendue du territoire national dont une proportion de 52,3% femmes et 47,7% d'hommes dans le pays.

✓ Spécification du modèle

Tableau 1: description des variables

Sigle	Description de la Variables	Mesures des variables
Variables dépendantes		
MH	La Santé mentale	1 si l'individu est en surpoids, a des difficultés pour se rappeler ou se concentrer et s'isole et 0 si non.
Bonheur	Le bonheur	Satisfaction subjective de la vie. C'est une variable ordinale avec des valeurs continue.
Variables indépendantes		
Sexe	Sexe de l'enfant	1= Homme ; 0= Femme
Age	Age de l'individu	Variable continue non négative
Education	Niveau d'éducation de l'individu	1= Aucun ; 2= Primaire ; 3= Secondaire 1 ; 4= secondaire 2 ; 5= Supérieur
Alphabétisation	Alphabétisation de l'individu	1= alphabétisé ; 0 si non
Toilettes	Possession d'une toilette moderne	1= toilettes modernes 0 si non
Eau	Source d'eau que le ménage utilise	1= Eau potable et 0 si non
Situation matrimoniale		1 si marié et 0 si non.
Résidence	Milieu de résidence	1= Urbain ; 0= Rural
Richesse	Niveau de richesse des parents	1= Le plus pauvre ; 2= Second ; 3= Moyen ; 4= quatrième ; 5= le plus riche
Région	Région de résidence de l'enfant	1= Maritime ; 2= Plateaux ; 3=centrale ; 4= Kara ; 5= Savanes ; 6= Lomé commune.

Source : Auteurs

b. Spécification du modèle

Dans le cadre de ce chapitre, trois modèles seront utilisés pour mesurer l'effet de l'inégalité de genre sur les indicateurs de santé retenus « santé mentale et bonheur ».

- Analyse empirique des normes de genre sur la santé mentale

En se basant sur la structure de notre variable dépendante, nous utilisons pour le cadre de la dimension de la santé mentale le modèle de poisson pour capter les effets de l'inégalité de genre. Ce modèle est connu pour être appliqué au cas des données de comptage. Dans notre cas, la santé mentale que nous considérons est une variable qui prend des valeurs entières et non négatives.

Le modèle théorique du modèle de poisson qui met en relation l'indicateur santé mentale λ_i et la norme de genre d'un individu i se présente comme suit :

$$\lambda_i = \beta_0 + \beta_1 Gender_i + \beta_2 X_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

Où $Gender_i$ est une variable binaire et prend la valeur 1 si l'individu homme et 0 s'il est femme. X_i est un vecteur de variables de contrôle incluant entre autres, la disponibilité de toilette, le niveau d'éducation, la situation matrimoniale, la région de résidence, le niveau de richesse, la disponibilité d'eau potable. ε_i est le terme d'erreur aléatoire qui capte l'ensemble des autres variables non prise en compte dans ce modèle qui peuvent expliquer le statut de santé mentale. La fonction de vraisemblance de notre modèle s'écrit sous la forme :

$$P(MH = mh_1 | Gender_i, X_i) = \frac{e^{-\lambda_i} \lambda_i^{mh_1}}{mh_1!} \quad (2)$$

De cette fonction de vraisemblance ressort notre modèle empirique suivant :

$$Mhealth = \beta_0 + \beta_1 Gender_i + \beta_2 toilet + \beta_3 situation + \beta_4 education + \beta_5 Region + \beta_6 Wealth + \beta_7 Alphabetisation + \beta_8 water + \beta_9 Age + \varepsilon_i$$

Pour pouvoir quantifier les effets des normes de genres sur la santé mentale et les interpréter, nous estimons en suite les effets marginaux de tous les coefficients c'est-à-dire celui de la variable d'intérêt et ceux des variables de contrôle.

c. Analyse empirique des normes de genre sur le bonheur

- Approche méthodologique

L'estimation du modèle économétrique se reposera dans cette partie sur le niveau de satisfaction révélé par l'individu. Le niveau de bonheur d'un individu peut être influencé par plusieurs déterminants qu'ils soient démographiques, sociologiques, économiques ou personnelles. Toutefois, l'effet de ces divers facteurs sur le bonheur révélé des ménages peut diverger en intégrant d'autres variables explicatives dans le modèle de base. Par conséquent nous estimons un modèle pouvant expliquer le bonheur des ménages tout en spécifiant les effets de manière

séquentielle. Alors tout comme mentionné dans la littérature, le modèle que nous estimons dans le cadre de cette thèse prend en compte l'hétérogénéité du niveau de satisfaction affirmé. En se basant sur les études de Blanchflower et Oswald, (2004a), Bjørnskov et al., (2013) et d'Abdul et al., (2016), la fonction de bonheur peut être écrite sous cette forme :

$$B = b(u) + \varepsilon \quad (3)$$

où B représente le bonheur du ménage qui est fonction de son utilité (u) et des autres caractéristiques difficiles à exprimer (ε).

De cette conception, les économistes néoclassiques déduisent l'utilité qu'un individu tire des biens et services à partir des décisions qu'il prend, les préférences qu'il révèle et de son comportement sur le marché, la notion de bonheur qu'on intègre dans les analyses économiques. L'hypothèse sous-jacente à cette conception est que l'utilité ou le bien-être d'un individu est la mesure dans laquelle ses préférences sont satisfaites.

Il est devenu plus commode d'utiliser les données de préférence déclarée et de préférence révélée pour l'estimation conjointe des modèles de choix en utilisant des logit imbriqués (Hensher et Bradley, 1993). Cette méthode suppose que les observations sont indépendantes, une condition de tous les modèles à valeurs extrêmes généralisées ; ce qui n'est pas exclusivement approuvable dans le cadre d'une expérience de préférence déclarée et des données des préférences relevées uniques.

Ainsi, en considérant la mesure du bonheur en économie, nous utilisons un type de modèle spécifique pour l'estimation selon l'approche proposée par (Frey, 2010). Bien qu'une régression logistique ou un modèle de choix continu puisse être utilisé pour estimer le niveau de satisfaction des ménages, la mesure de l'influence des facteurs démographiques, économiques et sociaux sur le bonheur n'est possible qu'à des niveaux divers sur des individus (Helliwell, 2006 ; Uchida et al., 2004). Notre analyse ressemble à la structure d'un modèle polytomique ordonné, vu que les valeurs prises par la variable multinomiale ($y_i = 1, 2, 3, 4$) correspondent à des intervalles dans lesquels se trouve une seule variable latente inobservable continue. Le principal fondement des modèles ordonnés est que la variable dépendante y_i soit représentée par un nombre de modalités supérieur à 2 où les valeurs prises par y_i renvoient à une échelle particulière qui prend une des valeurs de nombres entiers allant de 1 à k (McKelvey et Zavoina, 1975 ; McCullagh, 1980). L'analyse économétrique est basée sur l'utilisation de la méthode du Probit Ordonné compte tenu des variables prises par $y_i = 1, 2, 3, 4$; de manière à faire ressortir l'effet des différents facteurs explicatifs.

Etant donné que la structure de notre variable à expliquer prend des valeurs échelonnées, dans le cadre de cette recherche, nous utilisons un modèle probit ordonné.

Dans le but de modéliser sur cette base le bonheur des ménages en fonction d'un ensemble de variables indépendantes, nous faisons recours à l'utilisation d'un probit ordonné.

Mis à part les descriptions statistiques notre objectif est de déterminer à travers ce modèle, non seulement l'effet des normes de genre sur le bonheur des ménages mais aussi l'ampleur des autres facteurs considérés qui déterminent le bonheur des ménages au Togo. Nous supposons alors que le bonheur des ménages dépend des valeurs prises par une variable latente y_i^* continue et non observable tel que :

$$y_i^* = X_i\beta + \varepsilon_i \quad (\text{D. Hensher et al., 2008}) \quad (4)$$

y_i^* est distribuée selon une loi $N(\mu, \sigma^2)$ de paramètres inconnus ;

X_i est un ensemble de facteurs endogènes ;

β est le vecteur des paramètres et

ε_i est l'erreur résiduelle qui suit une distribution normale.

Toutefois, nous n'observons pas cette variable latente mais plutôt la variable catégorielle y_i telle que :

$$y_i = \begin{cases} 1 & \text{si } y_i^* < c_1 \\ 2 & \text{si } c_1 \leq y_i^* \leq c_2 \\ 3 & \text{si } y_i^* > c_3 \end{cases} \quad (5)$$

où les c_i ($c_i \in R$) sont les points limites estimés à partir d'autres paramètres du modèle. Ces points limites doivent satisfaire les conditions telles que $c_1 < c_2 < c_3$.

Les probabilités associées aux variables catégorielles sont les suivantes :

$$prob(y_i = 1) = \Phi\left(\frac{c_1}{\sigma} - x_i \frac{\beta}{\sigma}\right) \quad (6)$$

$$prob(y_i = 2) = prob(c_1 \leq y_i^* < c_2) = \Phi\left(\frac{c_2}{\sigma} - x_i \frac{\beta}{\sigma}\right) - \Phi\left(\frac{c_1}{\sigma} - x_i \frac{\beta}{\sigma}\right) \quad (7)$$

$$prob(y_i = 3) = prob(y_i^* > c_2) = 1 - \Phi\left(\frac{c_2}{\sigma} - x_i \frac{\beta}{\sigma}\right) = \Phi\left(-\frac{c_2}{\sigma} + x_i \frac{\beta}{\sigma}\right) \quad (8)$$

Ces informations nous permettent de construire une variable représentative du bonheur des ménages exprimés selon trois modalités :

$$y_i = \begin{cases} 1 & \text{Nettement mieux} \\ 2 & \text{un peu mieux} \\ 3 & \text{pareillement} \\ 4 & \text{moins bien} \end{cases} \quad (9)$$

Ainsi, le niveau de bonheur révélé par les ménages est par conséquent modélisé à travers la forme fonctionnelle suivante :

$$\Pr(y_i = \text{bonheur}) = \beta_0 + \beta_1 \text{Gender}_i + \beta_2 \text{toilet} + \beta_3 \text{situation} + \beta_4 \text{education} + \beta_5 \text{Region} + \beta_6 \text{Wealth} + \beta_7 \text{Alphabetisation} + \beta_8 \text{water} + \beta_9 \text{Age} + \varepsilon_i \quad (10)$$

Etant donné la nécessité de ressortir les disparités, nous feront usage également de la décomposition d'oaxaca-blinder.

- **Le modèle d'Oaxaca-Blinder : décomposition selon les facteurs exogènes**

Cette décomposition permet d'expliquer les différences observées entre deux groupes distincts (dans cette étude : homme et femme ou Urbain rural). Cette méthode a pour intérêt particulier de fournir une décomposition détaillée. En effet, la méthode permet d'identifier les principaux facteurs qui expliquent les différences de participation entre les hommes et les femmes (Fields & Yoo, 2000).

o **Spécifications du modèle Oaxaca-Blinder linéaire**

Dans nos estimations, nous nous servons de la décomposition habituelle d'Oaxaca-Blinder pour estimer : (i) la proportion de l'écart de santé mentale et de bonheur due aux caractéristiques des tels que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, (effet de composition) et (ii) la proportion résultant des rendements inobservables ou de discrimination (effet de structure) (Oaxaca, 1973 et Blinder, 1973).

$$\text{Soit : } \Delta_0^v = v(F_{Y_B/D_B}) - v(F_{Y_A/D_A}) \quad (11)$$

Où $V(\cdot)$ est une statistique de distribution d'intérêt (habituellement la moyenne) et F_{Y_A/D_S} est la statistique de distribution cumulative du résultat potentiel Y_g pour les individus du groupe S . Pour notre cas, nos groupes mutuellement exclusifs sont les hommes et les femmes. Pour être en mesure de construire des contrefactuels, il faut supposer en général les structures de revenu, qui sont utilisées comme des facteurs observés X_i et non observés ε_i des caractéristiques individuelles. Ceci peut être représenté par une équation de forme structurelle

$$Y_{gi} = m_g(X_i, \varepsilon_i) \quad (12)$$

Le traitement simple du contrefactuel, le chevauchement du soutien et les hypothèses de négligence, la différence globale Δ_0^v dans l'équation (1) peut être divisée en deux termes :

$$\Delta_0^v = \left(v(F_{Y_B/D_B}) - v(F_{Y_A^c/D_B}) \right) + \left(v(F_{Y_A^c/D_B}) - v(F_{Y_A/D_A}) \right) \quad (13)$$

$$\text{Avec } \left(v(F_{Y_B/D_B}) - v(F_{Y_A^c/D_B}) \right) = \Delta_S^v \text{ et } \left(v(F_{Y_A^c/D_B}) - v(F_{Y_A/D_A}) \right) = \Delta_X^v \quad (14)$$

Où : (i) Δ_S^v est appelé "effet structurel" (aussi appelé effet inexplicé), qui représente les différences de revenu des caractéristiques observables et non observables entre les équations de la forme structurelle $m_A(X_i, \varepsilon_i)$ et $m_B(X_i, \varepsilon_i)$ et (ii) Δ_X^v est appelé "effet de composition", qui reflète les différences dans la distribution des caractéristiques observables entre les deux groupes.

○ Décomposition moyenne d'Oaxaca-Blinder

L'estimation de décomposition initiale présentée ici suit la procédure établie par Oaxaca (1973) et Blinder (1973) qui correspond à l'estimation de la moyenne (le revenu moyen) dans le cadre établi (Δ_0^μ) en ajoutant les hypothèses suivantes :

a) La propriété linéaire additive nous donne ceci :

$$Y_{gi} = m_g(X_i, \varepsilon_i) \quad (4) = X_i' \beta_g + v_{ig} \text{ Pour } g = \{A, B\} \text{ et } v_{ig} = h_g(\varepsilon_i) \quad (15)$$

Où X_i est un vecteur de caractéristiques considéré pour l'analyse et β_g est un vecteur de coefficients qui peut être estimé en utilisant les moindres carrés des deux régressions distinctes, une pour chaque groupe.

b) La moyenne conditionnelle zéro qui implique que :

$$E(v_{ig}/X_i, D_{Bi}) = 0 \quad (16)$$

En appliquant ces hypothèses à notre cadre pour estimer la différence moyenne, nous obtenons :

$$\Delta_0^\mu = (\mu(F_{Y_B/D_B}) - \mu(Y_A^c/D_B)) + (\mu(Y_A^c/D_B)) - (F_{Y_A/D_A}) \quad (17)$$

$$= \frac{E(X_i/D_{Bi})(\beta_B - \beta_A)}{\Delta_S^\mu} + \frac{(E(X_i/D_{Bi}) - E(X_i/D_{Ai}))\beta_A}{\Delta_X^\mu} \quad (18)$$

La spécification qui est utilisée pour dériver la première série de résultats suit Fortin (2008) afin de générer une mesure alternative pour l'effet structurel en ajoutant et en soustrayant $E(X_i D_{Bi})\beta^*$ et $E(X_i D_{Bi})\beta^*$ où β^* résulte d'une estimation des moindres carrés d'un échantillon groupé qui ajoute comme covariable D_{Bi} :

$$\Delta_0^\mu = \frac{E(X_i/D_{Bi})(\beta_B - \beta^*) + (E(X_i/D_{Ai})(\beta^* - \beta_A))}{\Delta_S^\mu} + \frac{[E(X_i/D_{Bi})] - E(X_i/D_{Bi})\beta^*}{\Delta_X^\mu} \quad (19)$$

Dans ce cas, l'effet de structure (Δ_S^μ) est divisé en deux termes : (i) avantage structurel masculin $E(X_i/D_{Bi})(\beta_B - \beta^*)$, et (ii) le désavantage structurel féminin $(E(X_i/D_{Ai})(\beta^* - \beta_A))$. Compte tenu de l'hypothèse de linéarité additive, une décomposition détaillée estime la contribution de chaque variable aux effets de composition et de structure.

4. Présentation et discussion des résultats

Cette partie présente les différents résultats obtenus à la suite du traitement des données. On présentera d'abord les résultats statistiques et ensuite ceux économétriques.

a. Présentation des résultats statistiques

Nous présentons dans cette partie les statistiques descriptive et la relation statistique entre quelques variables d'étude.

Le résumé des statistiques descriptives est consigné dans le tableau 2. L'observation des résultats obtenus montrent que l'âge moyen de notre échantillon de travail est de 22 ans 3 mois au niveau des hommes tout comme au niveau des femmes. Nous trouvons aussi qu'il y a trois fois plus d'homme qui ont le niveau primaire que les femmes. Ce même constat est fait au niveau du secondaire second cycle ou 0,1% d'homme accède plus à ce niveau que les femmes. Concernant l'occupation des régions, nous trouvons à la suite de nos résultats que si la tendance de la dominance masculine semble être maîtrisée dans les différentes région, dans les plateaux et la centrale les femmes prédominent. Elles sont respectivement en hausse de 16,2% et 41,5% par rapport à l'échantillon d'étude.

Tableau 2: statistiques descriptives

VARIABLE	HOMME					FEMME				
	N	Mean	sd	Min	Max	N	Mean	sd	Min	Max
Age	8198	22.36	4.851	12	85	2525	22.36	4.702	12	48
Toilette	20860	1.143	0.35	1	2	6620	1.583	0.493	0	1
Situation	20860	1.956	0.931	1	7	6620	4.8	0.963	1	2
EDUCATION										
Aucun	12327	0.606	0.489	0	1	3862	0.597	0.491	0	1
Primaire	12327	0.188	0.391	0	1	3862	0.194	0.396	0	1
Secondaire 1e cycle	12327	0.113	0.317	0	1	3862	0.111	0.314	0	1
Secondaire 2e cycle	12327	0.04	0.195	0	1	3862	0.039	0.194	0	1
Supérieur	12327	0.027	0.162	0	1	3862	0.03	0.171	0	1
REGION										
Maritime	20860	0.131	0.338	0	1	6620	0.052	0.222	0	1
Plateaux	20860	0.122	0.327	0	1	6620	0.284	0.451	0	1
Centrale	20860	0.124	0.329	0	1	6620	0.539	0.498	0	1
Kara	20860	0.204	0.403	0	1	6620	0.046	0.21	0	1
Savanes	20860	0.3	0.458	0	1	6620	0.03	0.17	0	1
Lomé commune	20860	0.118	0.323	0	1	6620	0.049	0.215	0	1
Richesse	20860	2.978	0.324	1	5	6620	2.981	0.306	1	5
Alphabétisation	20860	1.662	0.473	1	2	6620	1.363	0.481	1	2
Eau potable	20860	1.627	0.484	1	2	6620	1.647	0.478	1	2

Source : Auteur à partir des données de l'EHCVM, 2021

b. Présentation des résultats économétriques

Les résultats obtenus à la suite de la régression de l'équation de la santé mentale sont consignés dans le tableau 3. Avant de présenter puis commenter ces résultats, il est important de faire appel à quelques tests pour s'assurer de la validité des résultats obtenus. Le premier test effectué pour ce modèle est le test du rapport de vraisemblance (LR). Celui-ci montre dans le cadre de ce modèle que l'hypothèse nulle selon laquelle tous les coefficients du modèle sont égal à zéro est rejeté au seuil de 1%. Ceci suggère que l'ensemble des variables introduit dans le modèle contribue à expliquer notre phénomène observé (la santé mentale) à travers l'effet de leur coefficient. Ensuite nous avons aussi cherché à s'assurer de la non existence de la multi colinéarité entre les différentes variables. Les résultats de ce second test montrent que le facteur d'inflation de la variance (VIF) le plus élevé est de 3,38 et la moyenne des VIF s'établie à 1,73.

Ce dernier indicateur étant largement inférieur à 10 traduit le fait qu'il n'y existe pas une forte multicollinéarité.

Nos estimations économétriques ont été fait en suivant quatre étapes dont chacune a fait l'objet d'un modèle avec des particularités de variables à prendre en compte.

Chaque modèle présente dans une première partie les coefficients et ensuite les effets marginaux.

Le modèle (1) est consacré à la mise au point de l'effet du sexe sur la santé mentale avec la contribution et le contrôle de l'usage de l'âge, des toilettes et de la situation matrimoniale. Les résultats obtenus à la suite de la régression de ce premier modèle révèlent que le sexe n'a pas d'effet significatif sur la santé mentale. Il en est de même pour nos variables de contrôle à l'exception de l'âge qui a un impact négatif sur la santé mentale. Ce résultat traduit le fait que plus l'âge de l'individu augmente la probabilité de ne pas accepter son apparence et il devient plus facile pour lui de se concentrer. Ce résultat lié à l'âge est similaire à ceux trouvé dans d'autres recherche menée au Togo dans le cadre de la mesure des effets des transferts de fonds direct aux ménages sur la santé mentale (Aiken et al., 2023). Weber et al., (2019) trouvent également des résultats similaires et montrent que le risque d'avoir une santé mentale plus fragile devient plus élevé lorsque les jeunes filles tendent vers 18 ans.

Dans le modèle (2) qui a été consacré à l'estimation des effets de l'inégalité de genre sur la santé mentale, nous ajoutons une circonstance qui représente un effort de l'individu. Il s'agit de l'éducation comme variable de contrôle. Tout comme le précédent modèle utilisé, nous constatons à partir de ce second modèle qu'il n'existe aucun effet significatif du sexe sur la santé mentale d'un individu. Toutefois, cette nouvelle variable introduite a un impact négatif sur la santé mentale. Les résultats montrent que plus le niveau d'éducation augmente, la confiance en soi augmente traduisant une santé mentale qui s'améliore. Les individus qui ont atteint au moins au moins le niveau d'éducation du secondaire ont une probabilité de 0,25% plus faible de souffrir d'une situation de santé mentale. Ce résultats concorde avec celui de (Bago, et al, 2019) qui prouvent dans leur cas d'étude que l'éducation de la mère a un effet positif sur le développement de l'enfant. Ce résultat pourra s'expliquer dans le cadre du Togo par la disponibilité de programme scolaire inclusif permettant aux jeunes enfants de se faire éduquer. Aussi, les apprenants étant au courant des réprimandes, ils se donnent à retenir les leçons qui ont été faite dans les salles de cours afin d'éviter aux corrections des enseignants. Ce comportement se ressent dans leurs actes hors du champ scolaire leur permettant de prendre confiance en eux.

Dans le dernier modèle que nous avons estimé, nous avons fait appel à d'autres variables. Nous contrôlons ainsi l'effet du milieu de résidence, telles que le milieu de résidence de l'individu, l'alphabétisation qui semble plus déterminante que le niveau d'éducation atteint et l'accès aux besoins sociaux de base capté ici par la disponibilité en eau potable.

L'estimation de ce modèle a conduit à un ensemble de résultats confirmant les précédents résultats. Dans ce troisième modèle, nous constatons un premier effet positif des normes de genre sur la santé mentale. Être homme est associé à un faible niveau de santé mentale de plus que les femmes. Nos résultats montrent que dans le cadre du Togo, quand l'individu est de sexe masculin, il a 2,09% plus de chance de ne pas pouvoir se concentrer où être complexé. Ce résultat obtenu à la suite de cette dernière estimation est conforme aux conclusions des résultats de (Aiken et al., 2023). En effet, dans ce papier, les auteurs sont arrivés à ressortir la différence des effets des caractéristiques sociodémographiques tel que le genre sur la santé mentale de la population au Togo. Cela pourra s'expliquer tout comme dans cette précédente étude par les différences de considération social à l'endroit des femmes et des hommes. Ces derniers sont dans la majorité des cas laissé à leur propre évolution contrairement aux filles qui sont soutenu avec pour ambition de devenir une source de financement de la famille à l'âge de se marier de se marier. Celles-ci deviennent celles qui prennent soin des parents à l'âge adulte et donc on veille à ce qu'elle se sente aimées, intégrées à tous les processus d'évolution.

Nous trouvons à la suite de ce résultat que la situation matrimoniale également joue un rôle sur la santé mentale au Togo. Nos résultats ressortent que quand on est marié, la probabilité de souffrir d'oubli et de problème de concentration diminue de 0,14%. Ce résultat montre que pour cette génération le mariage constitue une estime de soi qui vient en soutien à l'individu. Si l'individu a pu se marier, elle prend confiance en soi et cela permet de montrer qu'on n'a pas une mauvaise apparence ou pas une mauvaise corpulence diminuant ainsi le potentiel complexe que l'individu avait.

La variable alphabétisation qui a été utilisé dans le cadre de ce modèle pour capter de façon plus inclusive présente également un effet significatif sur la santé mentale. Cette variable inclut aussi les personnes qui n'ont pas eu la chance de suivre un programme scolaire réglementaire. L'estimation du modèle 3 a permis de révéler que lorsqu'on est une personne alphabétisée, la probabilité de souffrir d'une maladie mentale diminue de 0,61%. Ce résultat reconforte l'effet obtenu à travers le niveau d'éducation. On trouve à cet effet que les connaissances basiques dispensées à travers l'instruction permettant aux individus d'être moins préoccupé par leur apparence ou de se laisser déstabiliser ce qui contribue à un niveau plus élevé de concentration.

Tableau 3: Estimation des effets de l'inégalité de genre sur la santé mentale

VARIABLES	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	Coefficients	Effets marginaux	Coefficients	Effets marginaux	Coefficients	Effets marginaux
Sexe (ref : Femme)						
Sexe	1.208 (0.792)	0.000338 (0.000295)	1.253 (0.831)	0.000358 (0.000314)	0.732*** (0.298)	0.0209* (0.0148)
AGE	-1.44e-05 (0.0327)	-0.0516* (1.24e-05)	-0.0553* (0.0292)	-1.58e-05 (1.23e-05)	-0.0599 (0.0377)	-1.71e-05 (1.46e-05)
Toilette	0.346 (0.787)	9.67e-05 (0.000227)	0.319 (0.805)	9.09e-05 (0.000236)	0.776 (0.720)	0.000221 (0.000243)
Situation maritale (Ref : Célibataire)						
Situation	-0.310 (0.346)	-8.68e-05 (0.000109)	-0.318 (0.353)	-9.09e-05 (0.000114)	-0.493*** (0.0881)	-0.00141* (8.52e-04)
Education (Ref : Aucun niveau)						
Primaire			1.004 (1.235)	0.000436 (0.000716)	0.980 (1.215)	0.000419 (0.000691)
Secondaire 1e cycle			-13.41*** (0.710)	-0.00252* (0.000179)	-16.51*** (0.674)	-0.000252 (0.000177)
Secondaire 2e cycle			-13.46*** (0.777)	-0.00257* (0.000179)	-16.38*** (0.735)	-0.000252 (0.000177)
Supérieur			-13.34*** (0.744)	-0.000252 (0.000179)	-14.60*** (0.859)	-0.000252 (0.000177)
Résidence (Ref : Rural)						
Urbain						0.17308 (2.3713)
Région (Réf : Lomé commune)						
Maritime					-17.64*** (0.740)	-0.00132* (0.000910)
Plateaux					-1.077* (0.560)	-0.000870 (0.000740)
Centrale					-1.100 (0.942)	-0.000880 (0.000874)
Kara					-18.77*** (0.818)	-0.00132* (0.000910)
Savanes					-17.10*** (0.688)	-0.00132 (0.000910)
Richesse					-1.546** (0.712)	-0.000441 (0.000325)
Alphabétisation					-2.123*** (0.667)	-0.00606* (0.000397)
Eau potable					-0.0936 (0.434)	-2.67e-05 (0.000125)
Constant	-8.230*** (1.451)		-8.257*** (1.406)		1.542 (2.246)	
Test de multicollinéarité						
Mean VIF	1,99					
Largest VIF	3,56					
LR chi2						
Prob>chi2	0,000					
Pseudo R2	0,0010					
Observations	10,723	10,723	10,519	10,519	10,519	10,519

Robust standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Source : Auteur à partir des données de l'EHCVM, 2021

Après ces trois premiers modèles estimés qui captent l'effet de l'inégalité de genre sur la santé mentale, nous estimons à travers un modèle probit, l'effet de l'inégalité de genre sur l'état de bien-être de ces individus. Les résultats obtenus sont consignés dans le tableau 4.

Nous procédons à des estimations segmentées tout comme au niveau des effets sur la santé mentale.

Les estimations effectuées ont subi en amont un test qui a permis de s'assurer de la validité des résultats qu'on obtiendra. Nous effectuons ainsi le test Wald. Ce test montre dans le cadre de ce modèle que l'hypothèse nulle selon laquelle tous les coefficients du modèle sont égaux à zéro est rejeté au seuil de 1%. Ceci nous permet alors d'être sûr que l'ensemble des variables introduit dans le modèle contribuent à expliquer le bonheur à travers l'effet de leur coefficient. Nous avons un premier modèle (colonne 2) qui est consacré à la mise au point de l'effet du sexe sur le bonheur tout en captant l'effet de l'âge, des toilettes et de la situation matrimoniale. Dans le modèle 2 (colonne 3) nous captions en plus des précédentes variables, l'effet de l'éducation. Dans le modèle 3 (colonne 4), l'attention est tournée vers l'ajout d'autres variables de contrôle telles que la région de résidence de l'individu, l'alphabétisation et l'accès à l'eau potable.

Dans ce premier modèle, ce résultat montre l'existence de la différence de normes qui participent à la satisfaction subjective des individus. L'estimation de celui-ci révèle que quand on est de sexe masculin, la probabilité d'être satisfait de la vie est 8,85% plus faible que les femmes. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'au Togo, l'homme est perçu comme le chef de famille par excellence et les charges lui reviennent en majorité. Celui-ci est amené à passer par out les moyens pour satisfaire aux besoins de sa famille notamment sa femme et ses enfants avant de s'occuper de lui-même en s'offrant ce dont il aura besoin. A cet effet, l'atteinte de la satisfaction à la vie qui rassemble majoritairement la satisfaction des besoins sociaux de base tels que l'éducation, le logement, l'habillement, la nourriture devient difficile pour ce dernier. L'effet observé est le même au niveau des deux autres modèles (le modèle 2 et 3). Toutefois, au niveau du modèle 3, il faut noter que l'effet du genre est plus prononcé et prouve que la probabilité d'éprouver du bonheur chez les hommes diminue de 11,2% de plus que les femmes. Ajouté à l'effet du sexe, le premier modèle a cherché à capter également l'effet du statut matrimonial sur le bonheur au Togo. Nos résultats montrent en ce qui concerne le coefficient associé à cette variable un effet positif. Nous trouvons qu'être marié augmente la probabilité d'être heureux de 2,96% de plus que chez les non mariés (modèle 1). Cette proportion s'évalue à 3,07% au modèle 2 et 3,11% au niveau du modèle 3 témoignant ainsi de l'effet des autres variables de contrôle pris en compte pour mieux expliquer notre phénomène observé qui est le

bonheur. Ce résultat est la résultante de l'importance accordée au mariage dans nos sociétés. Le mariage étant une décision subjective qui se prend, l'individu qui signe cet acte révèle sa satisfaction vis-à-vis de son conjoint qui le procure un certain niveau de bien-être. Cependant, le modèle 2 estimé capte également l'effet du niveau d'éducation sur le bonheur des individus. Le niveau primaire est associé à une probabilité plus élevée (10,4%) de bonheur que les individus qui n'ont aucun niveau d'éducation. Ce résultat est similaire à celui obtenu au niveau du modèle 3 avec une légère hausse. On constate au niveau de ce modèle que la probabilité d'éprouver du bonheur augmente de 10,6% plus que les individus qui n'ont pas été instruits. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que dans nos économies en développement et particulièrement le Togo, on associe la réussite à l'éducation scolaire. Les individus au bas âge n'ayant pas toute l'information nécessaire sur les différents débouchés à la suite de leur cursus scolaire se considère cela comme une fin en soi. Toutefois, nos estimations montrent qu'à partir du niveau supérieur l'effet est contraire. Les individus qui disposent d'un diplôme universitaire témoignent d'être moins satisfait. Nos résultats montrent qu'au Togo, quand on a le niveau supérieur et plus, la probabilité d'être satisfait par rapport au besoins sociaux de base diminue de 30,7% (modèle 2) ou 33,3% (modèle 3). Ces fortes proportions peuvent s'expliquer par le niveau de sous-emploi excessif (en moyenne 60% de la population active) qui conduit les individus à être des éternels travailleurs en transition. Les individus sont donc constamment à la recherche d'un emploi stable après l'obtention de leur diplôme universitaire.

Concernant l'effet qu'exerce la région de résidence, l'estimation du modèle 3 montre que le niveau de bonheur varie d'une région à une autre. Nous trouvons que la probabilité d'éprouver du bonheur au Togo diminue respectivement de 10,7% et 15,3% dans la région centrale et celle de la Kara comparativement au grand Lomé. A travers ces résultats obtenus, nous pourrions dire que le bonheur étant associé à la satisfaction subjective de la vie, les autres régions de l'intérieur du pays disposent de moins d'infrastructures de base qui satisfont aux populations. Ceux-ci ne révèlent donc pas un niveau de satisfaction élevé vis-à-vis des besoins sociaux de base qu'ils semblent ne pas obtenir au désir.

Enfin, il était aussi question dans l'estimation de notre modèle d ressortir l'effet du niveau de richesse du ménage. Ce troisième modèle estimé nous montre qu'il existe une certaine évolution du niveau de bonheur en rapport avec le niveau de richesse. Sur la base des données de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM), notre estimation montre qu'au Togo, le niveau de bonheur augmente dans une proportion de 12,47% à 27,39% lorsque l'individu est d'un quintile de richesse d'au moins riche comparé aux plus pauvres.

Tableau 4: régression probit ordonné des effets de l'inégalité de genre sur le bonheur

VARIABLES	Effets marginaux		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Sexe (ref : Femme)			
Homme	-0.0886*	-0.0871*	-0.112**
	(0.0468)	(0.0475)	(0.0490)
AGE	0.00142	0.00136	0.00278
	(0.00230)	(0.00233)	(0.00233)
Toilette	0.0186	0.0109	-0.0259
	(0.0286)	(0.0288)	(0.0436)
Situation matrimoniale (Ref : Célibataire)			
Marié	0.0296**	0.0307**	0.0311**
	(0.0130)	(0.0132)	(0.0134)
Education (Ref : Aucun niveau)			
Primaire		0.104***	0.106***
		(0.0319)	(0.0322)
Secondaire 1e cycle		0.0629	0.0944**
		(0.0469)	(0.0468)
Secondaire 2e cycle		0.0691	0.0539
		(0.100)	(0.101)
Supérieur		-0.307***	-0.333***
		(0.0750)	(0.0790)
alphabétisation			-0.00512
			(0.0292)
Résidence (Ref : Rural)			
Urbain			-0.0022
			(0.0260)
Région (Réf : Lomé commune)			
Maritime			-0.0613
			(0.0478)
Plateaux			-0.0367
			(0.0473)
Centrale			-0.107**
			(0.0490)
Kara			-0.153***
			(0.0459)
Savanes			-0.0461
			(0.0652)
Niveau de richesse (Ref : plus pauvres)			
Pauvres			0.277
			(0.343)
Moins riches			0.1247***
			(0.0336)
Riches			0.1814***
			(0.0344)
Plus riches			0.2739***
			(0.0637)
Eau potable			-0.0288
			(0.0268)

Test de Wald

LR chi2	276,05		
Prob>chi2	0,0000		
Pseudo R2	0,0314		
Observations	10,519	10,519	10,519

Robust standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Source : Auteur à partir des données de l'EHCVM, 2021

Dans le but de s'assurer de nos résultats, nous estimons les mêmes équations à partir d'autres modèles remplissant les mêmes fonctions et une autre manière de mesurer nos variables de résultat. Concernant la santé mentale nous utilisons cette fois-ci un modèle probit qui permet d'estimer les variables binaires. D'autre part, en ce qui concerne l'estimation du bonheur, nous lui mesurons par la perception subjective par rapport aux autres.

Ces estimations confirment dans l'ensemble les résultats obtenus précédemment (tableau 5).

Tableau 5: Test de robustesse de l'estimations de l'inégalité de genre sur la santé mentale et le bonheur

VARIABLES	Effets marginaux	
	Santé mentale	Bonheur
Genre	0.245** (0.120)	-0.0577* (0.0581)
AGE	-0.0174* (0.0102)	0.000918 (0.00265)
Education	-0.0586 (0.110)	-0.00120 (0.0127)
Toilette	0.285 (0.184)	-0.0355 (0.0477)
Situation	-0.163*** (0.0311)	0.0123 (0.0159)
Région (Réf : Lomé commune)		
Maritime		-0.0584 (0.0537)
Plateaux	-0.372** (0.151)	-0.106* (0.0547)
Centrale	-0.394 (0.262)	-0.0472 (0.0565)
Kara		-0.128** (0.0524)
Savanes		-0.0741 (0.0737)
Richesse	-0.524** (0.249)	0.00522 (0.0528)
Alphabétisation	-0.656*** (0.171)	-0.0161 (0.0339)
Eau potable	-0.0440 (0.121)	0.0563* (0.0309)

Observations	5,292	10,519
Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Source : Auteur à partir des données de l'EHCVM, 2021

Toutefois, nous pratiquons la décomposition d'Oaxaca-Blinder de la différence de genre à la santé mentale et au bonheur (tableau 6) et des différences de résidence à la santé mentale et au bonheur (tableau 7) pour s'assurer des différents effets obtenus. Les résultats montrent que la santé mentale des hommes est supérieure à celle des femmes au Togo. En effet, le niveau de santé mentale des hommes représente 1,03 fois celui des femmes. Ce résultat montre qu'au Togo, les hommes sont plus disposés à l'oubli et se concentre moins que les femmes ce qui confirme l'effet obtenu au niveau du modèle de la santé mentale. Il en est de même que pour le bonheur la différence au niveau du bonheur. Celui-ci est 1,0076 fois plus élevé chez les hommes que les femmes.

En ce qui concerne la différence au niveau du milieu de résidence, la décomposition ne montre aucune différence significative par rapport à la santé mentale. Par contre, au niveau du bonheur, les résultats montre qu'il existe une différence basée sur le milieu de l'individu. Les résultats montrent que le bonheur en milieu rural représente 0,99 celui des individus en milieu urbain.

Tableau 6: Décomposition d'Oaxaca-Blinder des différences de santé mentale

Différence	Santé mentale	Bonheur
Selon le genre		
Hommes	0.0310*** (0.0037)	3.2485*** (0.0070)
Femmes	0.0299*** (0.0063)	3.2237*** (0.0115)
Différence	0.0010** (0.0073)	0.02479** (0.0135)
Rapport H/F	1,0368	1,0076
Erreurs standards entre parenthèse *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Source : Auteur à partir des données de l'EHCVM, 2021

Tableau 7: la décomposition d'Oaxaca-Blinder des différences de bonheur

Différence	Santé mentale	Bonheur
Selon la résidence		
Rural	0.00023 (0.00023)	3.4709*** (0.0068)
Urbain	0.00032 (0.00022)	3.4753*** (0.0119)
Différence	-0.00008	-0.00439**

Rapport H/F	(0.00032) 0,71875	(0.01375) 0,99873
Erreurs standards entre parenthèse *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1		

Source : Auteur à partir des données de l'EHCVM, 2021

Conclusion

Cette étude a consisté à ressortir la contribution de l'inégalité de genre sur le niveau de la santé mentale et du bonheur au Togo. Plusieurs enseignements majeurs ont été particulièrement tiré à la suite de nos analyses. D'abord, on peut conclure que l'accroissement de l'inégalité de genre défavorise la confiance en soi et contribue à l'isolation des individus victimes. Ensuite ces résultats nous apprennent qu'au Togo, l'état de santé mentale et de bonheur n'est pas identique selon le genre. Suivant qu'on soit homme l'état de santé mentale est 1,03 fois plus supérieure à celui des femmes au Togo. Cette recherche nous enseigne également qu'au Togo, il existe une différence significative entre les hommes et les femmes en termes de niveau de bonheur. A ce niveau c'est aussi les hommes qui sont 1,0076 fois plus que les femmes.

En terme de politiques économiques liées à ces différents résultats, nous proposons que le système d'inclusion sociale du Togo soit revu de telle sorte que soit plus emballé les isolés. Il serait donc idéal à travers le résister social des personnes et des ménages du Togo d'identifier les femmes faisant preuve de vulnérabilité à qui un programme d'accompagnement éducatif et managérial sera déroulé. Cette mesure va permettre d'accroître la confiance en soi de ces dernières et cela va contribuer à l'augmentation du niveau de bonheur afin d'éliminer l'écart relevé.

Bibliographie.

- Abdul, M., Joarder, M., Harris, M., Dockery, A. M., Abdul, M., Joarder, M., Harris, M., & Dockery, A. M. (2016). *Remittances and Happiness of Migrants and Their Home Households : Evidence Using Matched Samples Remittances and Happiness of Migrants and Their Home Households : Evidence Using Matched Samples.* 0388(June). <https://doi.org/10.1080/00220388.2016.1178380>
- Agénor, P.-R. (2017). A computable overlapping generations model for gender and growth policy analysis. *Macroeconomic dynamics*, 21(1), 11-54.
- Aiken, E., Bellue, S., Blumenstock, J., Karlan, D., & Udry, C. R. (2023). *Estimating Impact with Surveys versus Digital Traces : Evidence from Randomized Cash Transfers in Togo.* National Bureau of Economic Research. <https://www.nber.org/papers/w31751>
- Amin, A. (2015). Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 18(6S5), 20302. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.6.20302>

- Bjørnskov, C., Dreher, A., Fischer, J. a., Schnellenbach, J., & Gehring, K. (2013). Inequality and happiness : When perceived social mobility and economic reality do not match. *Elsevier*.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Money, sex and happiness: An empirical study. *Scandinavian Journal of Economics*, 106(3), 393-415. <https://doi.org/10.1111/j.0347-0520.2004.00369.x>
- Brouwers, R. (2013). Revisiting gender mainstreaming in international development : Goodbye to an illusionary strategy. *ISS Working Paper Series/General Series*, 556(556), 1-36.
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B. E., & Benavides, F. G. (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions : A systematic review. *International journal for equity in health*, 12(1), 1-18.
- Cislaghi, B., & Heise, L. (2020). Gender norms and social norms : Differences, similarities and why they matter in prevention science. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 407-422. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13008>
- Cornet, A. (2014). 3. L'approche intégrée du genre dans l'élaboration des politiques socio-économiques. *Regards croisés sur l'économie*, 15(2), 52-68. <https://doi.org/10.3917/rce.015.0052>
- De la Croix, D., & Vander Donckt, M. (2010). Would empowering women initiate the demographic transition in least developed countries? *Journal of Human Capital*, 4(2), 85-129.
- Dhawan, S., Bakir, M., Jones, E., Kilpatrick, S., & Merz, C. (2016). Sex and gender medicine in physician clinical training : Results of a large, single-center survey. *Biology of sex Differences*, 7(1), 43-46.
- Doepke, M., & Tertilt, M. (2019a). Does female empowerment promote economic development? *Journal of Economic Growth*, 24, 309-343.
- Doepke, M., & Tertilt, M. (2019b). Does female empowerment promote economic development? *Journal of Economic Growth*, 24(4), 309-343. <https://doi.org/10.1007/s10887-019-09172-4>
- Endendijk, J. J., Groeneveld, M. G., & Mesman, J. (2018). The gendered family process model : An integrative framework of gender in the family. *Archives of sexual behavior*, 47, 877-904.
- Eng, A., Mannetje, A., McLean, D., Ellison-Loschmann, L., Cheng, S., & Pearce, N. (2011). Gender differences in occupational exposure patterns. *Occupational and environmental medicine*, 68(12), 888-894.
- Fay, H., Baral, S. D., Trapence, G., Motimedi, F., Umar, E., Ipinge, S., Dausab, F., Wirtz, A., & Beyrer, C. (2011). Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS and Behavior*, 15, 1088-1097.
- Fields, G. S., & Yoo, G. (2000). Falling labor income inequality in Korea's economic growth : Patterns and underlying causes. *Review of Income and Wealth*, 46(2), 139-159.
- Frey, B. S. (2010). *Happiness : A Revolution in Economics*. MIT press.
- Ghanotakis, E., Peacock, D., & Wilcher, R. (2012). The importance of addressing gender inequality in efforts to end vertical transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 15(S2), 17385. <https://doi.org/10.7448/IAS.15.4.17385>
- Gruskin, S., Mills, E. J., & Tarantola, D. (2007). History, principles, and practice of health and human rights. *The Lancet*, 370(9585), 449-455.
- Gupta, G. R., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Buse, K., Mehra, R., & Bah, C. A. (2019). Gender equality and gender norms : Framing the opportunities for health. *The Lancet*, 393(10190), 2550-2562.
- Hallman, K. K., Kenworthy, N. J., Diers, J., Swan, N., & Devnarain, B. (2015). The shrinking world of girls at puberty : Violence and gender-divergent access to the public sphere among adolescents in South Africa. *Global public health*, 10(3), 279-295.

- Heath, R., & Tan, X. (2020). Intra-household bargaining, female autonomy, and labor supply : Theory and evidence from India. *Journal of the European Economic Association*, 18(4), 1928-1968.
- Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Zewdie, D., Darmstadt, G. L., Greene, M. E., & Hawkes, S. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms : Framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440-2454.
- Helliwell, J. F. (2006). Well-being, social capital and public policy : What's new? In *Academic.oup.com*.
- Henrich, J. B., & Viscoli, C. M. (2006). What do medical schools teach about women's health and gender differences? *Academic medicine*, 81(5), 476-482.
- Hensher, D. A., & Bradley, M. (1993a). Using stated response choice data to enrich revealed preference discrete choice models. *Marketing Letters*, 4(2), 139-151. <https://doi.org/10.1007/BF00994072>
- Hensher, D. A., & Bradley, M. (1993b). Using stated response choice data to enrich revealed preference discrete choice models. *Marketing Letters*, 4(2), 139-151. <https://doi.org/10.1007/BF00994072>
- Hensher, D., Rose, J., & Greene, W. (2008). Combining RP and SP data : Biases in using the nested logit 'trick'—contrasts with flexible mixed logit incorporating panel and scale effects. *Geography, Journal of Transport*.
- Hesketh, T. (2011). Selecting sex : The effect of preferring sons. *Early human development*, 87(11), 759-761.
- John, N. A., Stoebenau, K., Ritter, S., Edmeades, J., & Balvin, N. (2017). *Gender Socialization during Adolescence in Low- and Middle-Income Countries : Conceptualization, influences and outcomes*.
- Kågesten, A., Gibbs, S., Blum, R. W., Moreau, C., Chandra-Mouli, V., Herbert, A., & Amin, A. (2016). Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally : A mixed-methods systematic review. *PloS one*, 11(6), e0157805.
- Lamprianou, I. (2013). Contemporary political participation research : A critical assessment. In *Democracy in transition* (p. 21-42). Springer.
- Lundgren, R., Burgess, S., Chantelois, H., Oregede, S., Kerner, B., & Kågesten, A. E. (2019). Processing gender : Lived experiences of reproducing and transforming gender norms over the life course of young people in Northern Uganda. *Culture, health & sexuality*, 21(4), 387-403.
- McCullagh, P. (1980). Regression Models for Ordinal Data. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 42(2), 109-127. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1980.tb01109.x>
- McKelvey, R. D., & Zavoina, W. (1975). A statistical model for the analysis of ordinal level dependent variables. *The Journal of Mathematical Sociology*, 4(1), 103-120. <https://doi.org/10.1080/0022250X.1975.9989847>
- Mehra, R., & Gupta, G. R. (2006). Gender mainstreaming : Making it happen. *International Center for Research on Women (ICRW)*.
- Miller, V. M., Rice, M., Schiebinger, L., Jenkins, M. R., Werbinski, J., Núñez, A., Wood, S., Viggiano, T. R., & Shuster, L. T. (2013). *Embedding concepts of sex and gender health differences into medical curricula*. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA.
- Milward, K., Mukhopadhyay, M., & Wong, F. F. (2015). Gender mainstreaming critiques : Signposts or dead ends? *IDS Bulletin*, 46(4), 75-81.
- Mulder, M. B., & Rauch, K. L. (2009). Sexual conflict in humans : Variations and solutions. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews: Issues, News, and Reviews*, 18(5), 201-214.
- Pearse, R., & Connell, R. (2016). Gender norms and the economy : Insights from social research. *Feminist economics*, 22(1), 30-53.

- Penn, D. J., & Smith, K. R. (2007). Differential fitness costs of reproduction between the sexes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(2), 553-558.
- Prettner, K., & Strulik, H. (2017). The lost race against the machine: Automation, education, and inequality in an R&D-based growth model. *Education, and Inequality in an R&D-Based Growth Model (December 1, 2017)*. *cege Discussion Papers*, 329.
- Ram, U., Strohschein, L., & Gaur, K. (2014). Gender socialization: Differences between male and female youth in India and associations with mental health. *International Journal of Population Research*, 2014.
- Ravindran, T. S., & Kelkar-Khambete, A. (2007). Women's health policies and programmes and gender mainstreaming in health policies, programmes and within the health sector institutions. *Background paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health*.
- Sandfort, T., Frazer, M. S., Matebeni, Z., Reddy, V., & Southey-Swartz, I. (2015). Histories of forced sex and health outcomes among Southern African lesbian and bisexual women: A cross-sectional study. *BMC women's health*, 15(1), 1-10.
- Sen, A. (2001). The many faces of gender inequality. *New republic*, 35-39.
- Sen, G., George, A., Ostlin, P., & Ramos, S. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*.
- Stergiou-Kita, M., Mansfield, E., Colantonio, A., Moody, J., & Mantis, S. (2016). What's gender got to do with it? Examining masculinities, health and safety and return to work in male dominated skilled trades. *Work*, 54(3), 721-733.
- Strulik, H. (2019). Desire and development. *Macroeconomic Dynamics*, 23(7), 2717-2747.
- Uchida, Y., Norasakkunkit, V., & Kitayama, S. (2004). Cultural constructions of happiness: Theory and empirical evidence. *Journal of Happiness Studies*, 5(3), 223-239. <https://doi.org/10.1007/s10902-004-8785-9>
- Von Rueden, C. R., & Jaeggi, A. V. (2016). Men's status and reproductive success in 33 nonindustrial societies: Effects of subsistence, marriage system, and reproductive strategy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(39), 10824-10829.
- Weber, A. M., Cislighi, B., Meausoone, V., Abdalla, S., Mejía-Guevara, I., Loftus, P., Hallgren, E., Seff, I., Stark, L., & Victora, C. G. (2019a). Gender norms and health: Insights from global survey data. *The Lancet*, 393(10189), 2455-2468.
- Weber, A. M., Cislighi, B., Meausoone, V., Abdalla, S., Mejía-Guevara, I., Loftus, P., Hallgren, E., Seff, I., Stark, L., & Victora, C. G. (2019b). Gender norms and health: Insights from global survey data. *The Lancet*, 393(10189), 2455-2468.
- Weber, A. M., Gupta, R., Abdalla, S., Cislighi, B., Meausoone, V., & Darmstadt, G. L. (2021). Gender-related data missingness, imbalance and bias in global health surveys. *BMJ global health*, 6(11). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8628344/>
- Yu, C., Zuo, X., Blum, R. W., Tolman, D. L., Kågsten, A., Mmari, K., De Meyer, S., Michielsen, K., Basu, S., & Acharya, R. (2017). Marching to a different drummer: A cross-cultural comparison of young adolescents who challenge gender norms. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), S48-S54.