Note d'orientation technique sur la mesure de l'autonomisation des femmes dans le secteur de la santé mondiale

PUBLIE EN 2021

CanSFE
Partenariat canadien pour la santé des femmes et des enfants

CanWaCH
Canadian Partnership for Women and Children's Health

À propos

Le Partenariat canadien pour la santé des femmes et des enfants (CanSFE) réunit plus de 100 membres – organisations non gouvernementales (ONG), établissements d'enseignement supérieur, associations professionnelles du secteur de la santé, et individus – qui travaillent en partenariat afin d'améliorer la santé des femmes et des enfants dans plus de 1 000 collectivités partout dans le monde. Pour en savoir plus, visitez le **www.CanSFE.ca.**

Citation recommandée : CanSFE (mars 2021). Note d'orientation technique sur la mesure de l'autonomisation des femmes dans le secteur de la santé mondiale. **www.CanSFE.ca.**

CanSFE
CanWaCH

Remerciements et avis

Le CanSFE remercie chaleureusement l'autrice et chercheuse principale, la Dre Elizabeth Dyke, ainsi que les nombreux éditeurs et experts-conseils du CanSFE et d'autres organisations pour leurs contributions. La participation d'Affaires mondiales Canada, du Groupe de travail sur les paramètres de mesure et du Groupe de travail sur l'égalité des genres du CanSFE, ainsi que de plusieurs organisations de la société civile et spécialistes du domaine d'un bout à l'autre du Canada a été essentielle à l'élaboration de cette note. Nous remercions particulièrement Talia Glickman pour sa contribution essentielle à ce projet.

Cette note fait référence aux femmes, aux filles, aux garçons et aux hommes lorsqu'elle parle de genre et d'égalité des genres, puisqu'elle s'appuie largement sur la littérature scientifique et les publications du secteur, qui utilisent cette terminologie. Le CanSFE reconnaît la diversité des expressions de genre et des expériences des communautés du monde entier, et reconnaît que l'utilisation d'un langage binaire efface cette diversité. Nous espérons que l'orientation contenue dans cette note pourra être applicable et utile aux initiatives qui cherchent à mesurer l'autonomisation des communautés diversifiées du point de vue du genre et, plus largement, que des orientations supplémentaires seront un jour disponibles à cet égard. Le CanSFE reconnaît également que les termes « femmes et filles » sont fréquemment utilisés dans cette note, et qu'ils font référence à l'expérience de femmes de tous âges alors qu'en réalité, leurs expériences sont grandement diversifiées. La littérature actuelle a tendance à mettre l'accent sur les femmes, ou les femmes en âge de procréer, sans définition supplémentaire. Par conséquent, bien que les orientations et les ressources incluses dans cette note s'appliquent aux femmes, aux filles et aux adolescentes, il est important de s'assurer de tenir compte des besoins uniques des adolescentes. Des directives supplémentaires sur la mesure de l'autonomisation des adolescentes pourraient être nécessaires.

Cette note fait actuellement l'examen d'une révision et d'une consultation actives et les recommandations sont les bienvenues. Veuillez contacter Jessica Ferne, directrice des impacts mondiaux en santé à **jferne@CanSFE.ca** pour contribuer à ce processus.

Acronymes

ACS+	Analyse comparative entre les sexes plus
AMC	Affaires mondiales Canada
CanSFE	Partenariat canadien pour la santé des femmes et des enfants
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CEP	Chef d'équipe de projet
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires
EMES	Échelle masculine de l'égalité entre les sexes
GAR	Gestion axée sur les résultats
GC	Gouvernement du Canada
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAIF	Politique d'aide internationale féministe du Canada
SP	Soins prénatals
SR	Santé reproductive

Table des matières

1 Introduction 5

1.1 Objectifs de la note d'orientation 5

1.2 Pourquoi est-il important de mesurer l'autonomisation des femmes en santé mondiale ? 5

2 L'autonomisation des femmes en santé mondiale : définitions et concepts 6

2.1 Le suivi et l'évaluation féministes 7

3 Considérations pour la mesure de l'autonomisation des femmes 8

3.1 Les multiples domaines de l'autonomisation des femmes 8

3.2 L'autonomisation des femmes est étroitement liée au contexte 8

3.3 Le changement dans de multiples sphères prend du temps 11

3.4 Développer des paramètres de mesure de l'autonomisation des femmes 11

3.5 Limites et défis 12

4 Directives pour intégrer la mesure de l'autonomisation des femmes dans les initiatives en santé mondiale 13

4.1 Étapes pour mesurer l'autonomisation des femmes 13

4.2 Mesure du résultat ultime 14

4.3 Mesure des résultats intermédiaires 15

4.4 Mesure des résultats immédiats 15

4.5 Mesure des extrants 15

4.6 Exemples d'indicateurs (résultats intermédiaires et immédiats) pour différents domaines 16

4.7 Méthodes de collecte de données et fréquence 19

4.8 Éthique de la collecte de données 20

4.9 Méthodes de collecte de données qualitatives 20

5 Exemples de chaînes de résultats d'AMC 22

6 Liste de vérification pour mesurer l'autonomisation des femmes 23

7 Annexe A : Méthodes utilisées pour rédiger la note d'orientation 26

8 Annexe B : Liste de références académiques incluses dans l'examen 27

9 Annexe C : Liste de littérature grise incluse dans l'examen 30

10 Annexe D : Liste de mesures, d'outils et de manuels externes pour de plus amples informations 31

11 Annexe E : Documents d'Affaires mondiales Canada 34

12 Annexe F : Références citées 35

1 Introduction

1.1 Objectifs de la note d'orientation

Reconnaissant le rôle crucial de l'autonomisation des femmes pour la réalisation des résultats visés en matière de santé mondiale et de droits des femmes, l'objectif de cette note d'orientation est de favoriser la mesure de l'autonomisation des femmes au sein des initiatives de santé mondiale, particulièrement pour les projets faisant partie de l'engagement sur 10 ans en santé et en droits pris par le Canada. Cette note est destinée aux organisations non gouvernementales, à Affaires mondiales Canada (AMC) et à d'autres parties prenantes qui adhèrent à la Politique en matière d'égalité des sexes et à la méthodologie de gestion axée sur les résultats (GAR) d'AMC.

Cette note accompagne les politiques et orientations d'AMC suivantes :

- **Politique d'aide internationale féministe du Canada (PAIF),** champ d'action 2.2 : la dignité humaine
- Orientation d'AMC sur la **gestion axée sur les résultats (GAR).**
- **Trousse d'outils pour l'égalité des genres dans les projets**

1.2 Pourquoi est-il important de mesurer l'autonomisation des femmes en santé mondiale ?

Cette note d'orientation s'appuie sur l'orientation d'AMC en matière d'égalité des genres et adopte une approche de la santé fondée sur les droits des femmes, comme le définissent la **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et la Déclaration de Beijing sur les femmes**.

En préparant cette note, nous avons constaté que la recherche actuelle démontre que l'autonomisation des femmes joue un rôle clé en santé mondiale, notamment en matière de santé reproductive [1], de santé maternelle et infantile [2] et de nutrition infantile [3, 4], entre autres résultats. De plus, l'autonomisation est essentielle pour s'assurer d'avoir un impact durable sur la santé [5].

En outre, comme le souligne la Trousse d'outils pour l'égalité des genres dans les projets de l'Aide internationale féministe d'AMC :

> *« Le renforcement du pouvoir des femmes et des filles est indispensable pour atteindre l'égalité des genres. Le renforcement du pouvoir des femmes et des filles veut dire la capacité des femmes et des filles de prendre leur vie en charge afin qu'elles établissent leurs objectifs, acquièrent les compétences dont elles ont besoin, aient davantage confiance en elles. Il ne s'agit pas seulement d'un processus collectif, social et politique, mais bien aussi d'un processus individuel. Et c'est tout autant un résultat qu'un processus. On ne peut appuyer le renforcement du pouvoir des femmes de l'extérieur : seules les femmes peuvent se donner les moyens de faire leurs choix ou de parler en leur propre nom. À travers ce processus, les femmes prennent conscience des relations de pouvoir inégales qui influent sur leur vie, prennent leur vie en main et sont mieux*

> *outillées pour lutter contre les inégalités à la maison, au travail et dans leur communauté. » [6]*

Cela dit, la notion selon laquelle l'autonomisation des femmes est essentielle à l'amélioration des résultats en matière de santé s'inscrit dans une vision instrumentaliste. Lorsque nous mesurons l'autonomisation, il est important d'adopter, en premier lieu, une approche fondée sur les genres tout en reconnaissant les avantages réels de l'approche instrumentaliste (c.-à-d., résultats améliorés en matière de santé). Cependant, ce n'est pas toujours l'approche adoptée dans la littérature didactique. L'ensemble actuel de données probantes sur l'autonomisation et la santé adopte souvent une orientation instrumentaliste. Cette note répond à la littérature actuelle, mais cela ne devrait pas écarter l'utilisation d'une approche fondée sur les droits dans les programmes de santé mondiale.

Les mesures de l'autonomisation des femmes utilisées dans les projets financés par des donateurs ont de multiples fonctions, dont : la responsabilité à l'égard des citoyens qui bénéficient du projet et à l'égard des donateurs, le rendement du projet, l'amélioration de la qualité et l'apprentissage. Parallèlement, il est impératif que **le processus même visant à mesurer l'autonomisation des femmes autonomise les femmes**. Une initiative doit examiner attentivement comment les paramètres choisis pour mesurer l'autonomisation des femmes correspondent à chaque objectif afin de s'assurer que les voix des femmes et des filles soient au centre de la méthode de mesure.

2 L'autonomisation des femmes en santé mondiale : définitions et concepts

Il n'existe pas de définition unique de l'autonomisation des femmes. Des concepts connexes, tels que « l'autonomie » [7, 8] et « l'agentivité » (la capacité d'agir), sont également reliés à l'autonomisation en tant que voies menant à l'égalité des genres [9]. La définition de l'autonomisation des femmes de Kabeer est la plus utilisée dans la littérature scientifique :

> *L'autonomisation est « le processus de changement en vertu duquel ceux à qui est refusée la possibilité de faire des choix l'acquièrent » [10].*

Un examen de la littérature confirme le consensus selon lequel l'autonomisation en tant que concept est abstraite et fluide, et qu'il est difficile d'évaluer sa nature transformationnelle [14].

Avant d'établir des mesures d'évaluation, une initiative devrait élaborer ou adapter un **modèle conceptuel de l'autonomisation des femmes**. Pour accompagner la théorie de changement d'une initiative, un modèle conceptuel identifie les multiples domaines de l'autonomisation des femmes et les rapports entre ceux-ci dans le contexte de l'initiative. Ce modèle conceptuel de l'autonomisation des femmes oriente la stratégie d'égalité des genres, le modèle logique, la définition de la théorie du changement et les indicateurs choisis en plus de fournir un cadre d'analyse de l'autonomisation du début à la fin du cycle de vie de l'initiative.

EXEMPLES :
Le modèle fondateur de l'autonomisation des femmes de Kabeer compte trois dimensions : les ressources, l'agentivité et les réalisations [7]. Morgan et al [11] identifient des exemples de cadres conceptuels spécifiques à la santé pour mesurer l'autonomisation des femmes, et la Fondation Bill et Melinda Gates a conçu [12] un modèle d'autonomisation des femmes en utilisant les approches suivantes : « le pouvoir de », « le pouvoir avec » et « le pouvoir intérieur », qui sont également incluses dans les dimensions de Kabeer. De nombreux modèles conceptuels utilisés par des organisations non gouvernementales utilisent, de façon similaire, les dimensions de ressources, d'agentivité et de structures institutionnelles [13] [10].

Ce que les définitions et modèles conceptuels ont tous en commun est la compréhension que l'autonomisation des femmes est multidimensionnelle, complexe et non linéaire. Il s'agit d'un processus autant que d'un résultat [12, 14].

2.1 Le suivi et l'évaluation féministes

L'approche féministe au suivi et à l'évaluation met l'accent sur la participation, remet en question les rapports de force, et fait entendre la voix des personnes qui, traditionnellement, n'ont jamais été au pouvoir. Dans les activités de suivi et d'évaluation féministes, les femmes et les filles ont de l'agentivité en participant pleinement à la collecte, l'analyse et l'utilisation des données, et ont leur mot à dire sur les récits qu'on raconte à propos d'elles. Le suivi féministe devrait être fait régulièrement, en incluant la participation des femmes et des filles à la collecte, à l'analyse et à l'utilisation des données. Des orientations détaillées sur les approches féministes au suivi et à l'évaluation devraient être indiquées et utilisées dans la planification de l'évaluation.

Le suivi et l'évaluation féministes peuvent être dispendieux et longs, et nécessiter la contribution de spécialistes. En tant qu'éléments essentiels de l'autonomisation des femmes, le suivi et l'évaluation féministes doivent recevoir les ressources appropriées, être bien planifiés au début du projet, et faire partie de la stratégie en matière de genre et du plan de suivi et d'évaluation.

Bien que les pratiques de suivi et d'évaluation féministes, comme utiliser un processus de cocréation et s'assurer que les femmes et les filles s'approprient leurs données, sont recommandées du début à la fin de cette note, le domaine du suivi et de l'évaluation est beaucoup trop vaste pour que ce texte puisse l'aborder dans son ensemble. De plus, nous reconnaissons qu'il existe une tension entre certaines orientations recommandées dans la littérature actuelle et les principes et méthodes féministes. Ces défis et les stratégies connexes devraient être abordés par les parties prenantes dans le cadre du processus de développement du projet. Pour de plus amples informations, veuillez consulter l'Annexe D.

Ressources sur le suivi et l'évaluation féministes :

Haylock, L. & Miller, C. (2015). **Merging Developmental and Feminist Evaluation to Monitor and Evaluate Transformative Social Change.**

Oxfam. (2020). **Note d'orientation sur le SEAR féministe.**

Oxfam. (2017). **Applying Feminist Principles to Program Monitoring, Evaluation, Accountability, and Learning.**

Podems, D.R. (2014). **Feminist Evaluation and Gender Approaches: There's a Difference?**

Podems, D. & Negroustoueva, S. (2016) **Feminist evaluation**. BetterEvaluation.

3 Considérations pour la mesure de l'autonomisation des femmes

3.1 Les multiples domaines de l'autonomisation des femmes

Puisque l'autonomisation des femmes est multidimensionnelle, il est important de recueillir et d'analyser des données sur de nombreux domaines de l'autonomisation des femmes [13] pertinents pour une initiative de santé mondiale donnée. Un changement dans un seul domaine est généralement insuffisant pour augmenter l'autonomisation des femmes et améliorer les résultats sanitaires.

Voici une liste non exhaustive d'exemples de domaines d'autonomisation des femmes associés à la santé [7] :

- la prise de décision concernant le ménage,
- la prise de décision en matière de reproduction,
- la prise de décision en matière de sexualité,
- la mobilité/la liberté de circulation,
- l'autonomie financière/le pouvoir économique,
- des caractéristiques du mariage ou de la relation,
- la liberté envers tout contrôle du partenaire de vie,
- les attitudes/les croyances des femmes ou de leur partenaire en ce qui a trait au genre,
- l'exposition à la vie publique,
- des connaissances sur les contraceptifs/la planification familiale, et
- la communication entre conjoints [1]
- perception de soi/efficacité
- vivre sans violence
- agentivité collective
- représentation dans les groupes communautaires
- statut nutritionnel

Il est important de mesurer l'autonomisation dans de nombreux domaines

3.2 L'autonomisation des femmes est étroitement liée au contexte

Une des raisons pour lesquelles les concepts d'autonomisation des femmes sont très difficiles à généraliser est que l'autonomisation est complexe [1, 3, 12, 14], relative, culturellement spécifique, non linéaire et dépendante du contexte.

Il n'existe par conséquent aucune manière uniformisée de mesurer l'autonomisation des femmes. Il n'existe pas de mesure, d'indice ou d'indicateur unique, aucun accord définitif sur la façon de mesurer l'autonomisation des femmes, et aucune politique associée à l'autonomisation des femmes [13].

3.2.1 L'importance de définir l'autonomisation à l'échelle locale

Historiquement, l'autonomisation a rarement été définie à l'échelle locale [1]. Elle a plutôt été définie (et imposée) par des intervenants du gouvernement ou d'une ONG internationale. Il est extrêmement important que les filles et les femmes de l'initiative définissent elles-mêmes ce que l'autonomisation signifie pour elles. Il est nécessaire de s'assurer que les mesures sélectionnées sont pertinentes [14] et que les femmes et les filles ont de l'agentivité dans le processus de mesure. La signification de l'autonomisation varie d'un pays, d'un contexte et d'une population à l'autre (tout comme elle varie entre les femmes adultes et les adolescentes). L'intersectionnalité et la diversité des expériences vécues des femmes et des filles (cela peut inclure : l'âge, le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle, la religion, l'ethnie et d'autres facteurs) [12] ont également besoin d'être considérées dans l'analyse des mesures de l'autonomisation des femmes.

CONSIDÉRATIONS INTERSECTIONNELLES :

- Pays
- Région
- Rural/Urbain
- Âge des femmes/filles
- État matrimonial
- Intersectionnalité (identité de genre et sexuelle, statut socioéconomique, religion, ethnie)
- Participation masculine
- Échelle des mesures (p. ex., échelle individuelle, du ménage, politique)

3.2.2 Les mesures de l'autonomisation changent selon le contexte

Plusieurs indicateurs ont pu mesurer l'autonomisation des femmes avec des résultats mitigés ou contradictoires en ce qui concerne leur corrélation avec des résultats sanitaires. Cela dépend du contexte (par exemple, selon le pays [15], la région, l'âge des filles/des femmes, le contexte rural/urbain, etc.). Certains indicateurs ont été associés à une corrélation positive, d'autres, à une corrélation négative alors que d'autres n'ont été associés à aucune corrélation [1]. Des mesures de l'autonomisation des femmes célibataires peuvent également avoir une corrélation positive ou négative avec divers comportements ou résultats en matière de santé, selon le contexte.

EXEMPLE :

La liberté de circulation (dans l'Enquête démographique et sanitaire (EDS)) est une mesure commune associée à l'autonomisation des femmes [7]. Toutefois, elle a largement été élaborée et testée en Asie du Sud-Est, et s'applique particulièrement à cette région géographique. Rien n'indique que cette mesure est associée aussi fortement aux résultats sanitaires dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne.

EXEMPLE :

L'accompagnement des femmes par un homme aux visites de soins prénatals (SP) a été associé autant à des impacts positifs que négatifs sur l'autonomisation des femmes [16] dans différentes initiatives : le fait qu'une

femme se présente seule à ces visites pourrait refléter son autonomie et sa capacité à prendre des décisions, ou pourrait refléter un manque de soutien de la part de son partenaire [7].

Ainsi, il n'est ni possible ni approprié d'utiliser un indicateur unique de l'autonomisation des femmes pour toutes les initiatives en santé mondiale.

3.2.3 Tenir compte des populations ciblées

Il faut tenir compte des populations ciblées par l'initiative lorsque celle-ci mesure l'autonomisation des femmes. Voici quelques nuances dont on ne tient pas toujours compte :

- Plusieurs indicateurs sont axés sur les femmes mariées et ne tiennent pas compte des femmes qui ne le sont pas [1].
- Les enquêtes ne comprennent pas toujours de données sur le couple (notamment des mesures de la participation masculine) [1] pour comparer/associer ce que pourrait déclarer une femme en regard de ce que pourrait déclarer son mari.
- Il y a un manque d'informations sur les indicateurs visant à mesurer l'autonomisation des adolescentes (particulièrement celles âgées de 10 à 14 ans et qui ne sont pas incluses dans l'EDS) [13, 17].
- **Note :** Une des mesures identifiées dans la littérature grise est l'Étude mondiale sur les jeunes adolescents [18].

Considérations uniques dont il faut tenir compte avec les adolescentes :

Une grande partie de la littérature disponible est axée sur l'autonomisation des « femmes et des filles » et parfois, cette description exclut non intentionnellement un groupe d'âge distinct – les adolescentes. Bien qu'il existe des outils et des exemples qui incluent les adolescentes tout au long de cette note, il arrive souvent que ce groupe d'âge soit ventilé avec les autres alors qu'en réalité, l'expérience des adolescentes est unique. Dans le cadre de cette note d'orientation, cet enjeu ne peut être exploré en profondeur. Toutefois, les projets qui travaillent avec des adolescentes sont encouragés à consulter quelques-unes des ressources tirées de la Global Early Adolescent Study [Étude mondiale sur le début de l'adolescence] (voir Annexe D) qui pourraient constituer un point de départ utile.

3.3 Le changement dans de multiples sphères prend du temps

Il faut du temps pour observer des changements par rapport à plusieurs indicateurs de l'autonomisation des femmes. **Il n'est pas réaliste de s'attendre à des changements majeurs dans un court laps de temps** [12, 14]. Voilà également pourquoi il est important de concevoir des mesures de l'autonomisation des femmes au niveau des extrants, du résultat ultime, des résultats intermédiaires et des résultats immédiats qui peuvent être évalués sur une base plus fréquente.

Mesurer l'autonomisation au niveau des extrants, des résultats immédiats, des résultats intermédiaires et du résultat ultime

3.4 Développer des paramètres de mesure de l'autonomisation des femmes

La grande partie de la littérature disponible est axée sur les indicateurs de l'autonomisation des femmes recueillis par des enquêtes de couverture. Certaines d'entre elles mesurent l'autonomisation à l'aide de variables simples, d'échelles sommatives portant sur un certain domaine, ou du développement d'une échelle ou d'un indice composé [1]. L'analyse comparative entre les sexes + (ACS+) peut comprendre le développement d'échelles ou d'indices afin d'élaborer la stratégie de l'initiative en matière d'égalité des genres. Pour mesurer le rendement, **les variables simples, contrairement aux mesures composées, sont recommandées pour les résultats intermédiaires** afin de démontrer un changement de comportement ou de pratique. **Les résultats ultimes peuvent utiliser des échelles ou des indices composés** sur des domaines multiples pour mesurer le changement en matière d'autonomisation en tant qu'état d'être.

ENCADRÉ :
Il convient de noter qu'AMC considère les indicateurs de l'autonomisation des femmes recueillis à l'aide de données d'enquête comme des « indicateurs qualitatifs », puisqu'il s'agit de données catégoriques. Il s'agit d'une importante considération pour les partenaires lorsqu'ils transmettent leurs données en utilisant les cadres d'AMC.

Selon le projet et le contexte, une grande partie de la documentation disponible cite l'utilisation de questions sur la **prise de décisions** pour mesurer l'autonomisation [7] (en utilisant typiquement les enquêtes démographique et sanitaire) [19]. Les **attitudes face à la violence** sont un autre ensemble d'indicateurs qui mesurent les normes sociales (également mesurées dans les EDS). Bien que les indicateurs tels qu'une **hausse de l'utilisation de contraceptifs** ont été utiles dans le passé pour mesurer l'autonomisation des femmes, des changements au fil du temps, notamment un accès accru aux contraceptifs, ont fait en sorte que ces indicateurs pourraient ne plus avoir de lien avec l'autonomisation des femmes [20].

Un certain nombre d'échelles et d'indices ont été évalués et validés pour mesurer l'autonomisation (selon le contexte), dont :

Nom	Description
SWPER	14 questions testées en Afrique et en Asie (domaines de l'indépendance sociale, de la prise de décisions et des attitudes face à la violence) [21-23].

WE-MEASR	(CARE) : 20 échelles mesurant les domaines de la santé sexuelle, reproductive et maternelle [24].
Échelle d'autonomisation en matière de reproduction de Measure Evaluation	Utilisées pour les femmes de 15 à 49 ans qui ont un époux/partenaire (domaines de la capacité du personnel de la santé à communiquer sur la santé reproductive (SR), la communication sur la SR entre partenaires, la prise de décisions sur la SR, le soutien social en matière de SR, les normes sociales en matière de SR) [25].
Indice de participation des femmes aux décisions du ménage	(Measure Evaluation) : mesure la participation des femmes aux décisions portant sur leurs propres soins de santé, d'importantes acquisitions du ménage et les visites aux parents et aux proches) [26].
Étude mondiale sur les jeunes adolescents	Cette étude mesure les caractéristiques sociodémographiques et contextuelles, la santé et les comportements (dont les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive, la violence) et les perceptions des normes et des attitudes liées au genre [18].
Projet RADAR	(Université Johns Hopkins) : une enquête de couverture simplifiée qui utilise la méthodologie de l'EDS et qui comprend des mesures de l'autonomisation des femmes et une orientation sur l'analyse. **https ://www.radar-project.org/coverage-survey**

Note : La participation masculine devrait également être incluse dans la théorie du changement et mesurée [13]. Une des échelles suggérées pour le faire est l'échelle des attitudes à l'égard des normes liées au genre (échelle EMES) [27].

D'autres organisations, particulièrement les institutions multilatérales, ont également des indices, mais il n'est pas toujours simple de déterminer s'ils sont validés [28]. Certains indices sexospécifiques (p. ex., la mesure de l'autonomisation des genres, l'indice sexospécifique du développement humain, l'indice mondial de l'écart entre les genres, l'indice d'égalité de genre, l'indice des institutions sociales et des sexes et l'indice d'inégalité de genre) peuvent également être associés à certains résultats sanitaires, tout comme le sont d'autres indices tels que l'indice de perception de la corruption [29]. L'enjeu avec les indices est que les initiatives pourraient perdre des données précises qui sont importantes pour le personnel du programme. Les indices ne conviennent habituellement pas pour mesurer le rendement d'un programme, puisqu'il s'agit d'estimations qui ne sont pas conçues pour mesurer le changement au fil du temps [14].

D'autres mesures et outils pour l'autonomisation des femmes se retrouvent à l'Annexe D.

3.5 Limites et défis

Validation et contextualisation : Plusieurs indicateurs de l'autonomisation des femmes ne sont pas validés [13]. Bien que les mesures et outils validés soient un excellent point de départ, lorsque nous évaluons de nouvelles mesures et/ou que nous adaptons ou que nous créons des mesures spécifiques au contexte, la validation n'est pas toujours possible, et il peut être nécessaire d'évaluer de nouvelles mesures qui n'ont pas été validées. En effet, le processus même de contextualiser des indicateurs affecte fréquemment leur validation. Par conséquent, les mesures validées peuvent être perçues comme la « référence absolue » : lorsqu'elles sont une possibilité et qu'elles s'adaptent au projet et au contexte, elles sont alors idéales, mais dans la majorité des cas, il n'est pas possible d'utiliser seulement des mesures validées. Lorsque nous apportons des changements aux mesures validées, il est important de le faire de manière éclairée et réfléchie et de faire des recherches pour savoir si d'autres personnes ont une expérience semblable en ce qui concerne l'adaptation de ces mesures. Adapter des mesures peut être un processus très prenant, donc selon le temps et les ressources disponibles, il pourrait être plus réaliste d'utiliser des mesures déjà validées dans le contexte.

EDS : Les données recueillies sur l'autonomisation des femmes sont largement autodéclarées et transversales. Par conséquent, le lien de causalité ne peut être déterminé [1]. Alors que les EDS peuvent être comparées d'un pays à l'autre, il existe des inquiétudes à propos **du manque de validation** de ces indicateurs [7], **de l'applicabilité et de la spécificité** selon le contexte, de **l'interprétation** si les maris et les femmes se contredisent, et des **biais potentiels** (tels que le biais de désirabilité sociale – lorsque les répondants répondent aux questions comme ils pensent que l'interviewer aimerait qu'ils répondent) [30]. Les comparaisons au fil du temps et entre les pays sont difficiles à faire, car l'autonomisation est fluide dans son contexte et d'un contexte à l'autre. De plus, les données de l'EDS disponibles ne correspondent peut-être pas au laps de temps du projet, ce qui limite grandement leur utilité.

Niveaux et domaines : Des niveaux socioécologiques allant au-delà du « ménage » devraient être considérés dans le développement de toute mesure, comme le niveau politique et institutionnel. Malheureusement, peu de recherches ont été faites sur les indicateurs qui devraient être mesurés à d'autres niveaux socioécologiques que celui du ménage [2]. De plus, la priorité a été accordée à certains domaines de l'autonomisation des femmes (comme la prise décisionnelle) comparativement à d'autres (comme les mesures institutionnelles ou politiques), de sorte qu'il est difficile de recommander des indicateurs dans ces seconds domaines [1]. On s'entend de façon générale pour dire qu'il faut faire plus de recherches sur la mesure de l'autonomisation des femmes de façon rigoureuse [1], notamment sur les mesures et les échelles validées [13, 31].

Méthodes mixtes : On s'entend de façon générale pour dire que les méthodes combinées constituent la meilleure approche pour mesurer l'autonomisation des femmes. Toutefois, il existe un manque de littérature qui démontre les meilleures pratiques en matière de méthodes qualitatives pour suivre, évaluer et faire des recherches sur l'autonomisation des femmes [7]. Par conséquent, il est important que les organisations qui entreprennent ce travail soient capables de partager des exemples de leur travail pour soutenir l'apprentissage collectif à ce titre. Lisez la section ci-dessous pour en savoir plus sur les méthodes qualitatives.

Malgré ces limites, il est important que l'autonomisation des femmes soit mesurée dans les programmes financés par AMC étant donnée leur importance.

4 Directives pour intégrer la mesure de l'autonomisation des femmes dans les initiatives en santé mondiale

4.1 Étapes pour mesurer l'autonomisation des femmes

Les étapes suivantes comprennent d'importantes considérations qui s'appliquent à l'élaboration de paramètres de mesure de l'autonomisation des femmes :

1. Le modèle théorique ou la théorie du changement de l'intervention doivent clairement définir les domaines d'autonomisation des femmes sélectionnés, **en utilisant l'ACS+ pour cibler les domaines où les femmes et les filles n'ont pas d'autonomie [13].** Il est important de préciser quelles activités entraîneront quels extrants, qui entraîneront ensuite des résultats à court et à long terme. La théorie du changement devrait être fondée sur la recherche de ce qui est connu ainsi que sur l'expérience de l'organisation/des organisations et de la

communauté/des communautés participantes. Vous pourrez trouver plus d'informations sur la façon de développer cette théorie du changement dans le document d'AMC sur la GAR (p. ex., p. 69) [32]. Dans le cadre de ce travail, la **raison** pour laquelle vous mesurez l'autonomisation devrait être expliquée clairement, tout comme les **domaines** d'autonomisation qui s'appliquent et à **quoi ressemblerait le succès** [12] pour l'intervention. **La théorie du changement devrait être cocréée** avec les femmes/filles de la communauté ainsi qu'avec les organisations féminines, là où vous travaillez. **Pour de plus amples ressources sur l'élaboration d'une théorie du changement, veuillez consulter l'Annexe D.**

2. **Une combinaison d'indicateurs** devrait être utilisée selon la taille et l'étendue de votre projet et les domaines couverts. Quelques-uns de ces indicateurs pourraient être fondés sur des données probantes et d'autres, sur la pratique.
3. **Des mesures ou des échelles validées** pour l'autonomisation devraient être utilisées là où c'est possible ou comme point de départ [13, 31]. De plus, les mesures devraient être **adaptées aux résultats, au pays et au contexte** (selon l'optique de l'analyse intersectionnelle) [13]. Ces mesures devraient être **fondées sur les données probantes actuelles** sur la meilleure façon de mesurer l'autonomisation des femmes dans ce contexte particulier.
4. Si possible, l'autonomisation devrait être mesurée à **différents niveaux socioécologiques**, dont les niveaux individuel, relationnel, institutionnel et politique/structurel.
5. **De nombreuses mesures** devraient être utilisées plutôt que de se fier à une ou quelques mesures seulement, et ces dernières devraient être calculées **au niveau des extrants, des résultats immédiats, des résultats intermédiaires et du résultat ultime**, afin d'indiquer clairement la voie de changement quant à l'autonomisation des femmes. À chaque niveau, l'agentivité/l'autonomie et les ressources devraient être incluses.
6. Tous les indicateurs de l'autonomisation des femmes doivent mesurer un résultat. Aucun indicateur ne devrait être orphelin, c.-à-d., un indicateur qui n'est pas lié aux autres indicateurs dans le modèle logique. Toutefois, bien que cela soit vrai pour les indicateurs officiels compris dans le cadre de mesure du rendement, à l'échelle du projet, l'utilisation d'indicateurs précis à des fins de gestion du projet est une pratique répandue.
7. Les données recueillies (même au-delà des indicateurs de l'autonomisation) doivent être **ventilées par sexe**, ainsi que par d'autres facteurs démographiques clés pertinents au projet (tels que l'âge, l'état matrimonial, le contexte rural/urbain, etc.). Les femmes et les filles devraient s'approprier leurs données à toutes les étapes du processus.
8. Il doit y avoir **un plan d'analyse et d'utilisation pour toutes les données** recueillies sur l'autonomisation des femmes. Les données ne devraient pas être recueillies sans plan d'utilisation.

ENCADRÉ :
Le document d'AMC Comment les projets sont codés pour l'égalité des genres donne des exemples de projets codés GE-3 (projets spécialement conçus pour réaliser l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes/filles), où tous les résultats intermédiaires du modèle logique sont axés sur l'égalité des genres. Les projets codés GE-2 ont au moins un résultat intermédiaire en matière d'égalité des genres. Ce document comprend des exemples de modèles logiques de projets codés GE-3 [33].

4.2 Mesure du résultat ultime

Au niveau intermédiaire, les résultats indiquent un changement de comportement ou de pratique. Les mesures de l'autonomisation des femmes sur **la prise de décisions, les normes sociales et l'accès aux services** peuvent être utilisées au niveau des résultats intermédiaires. Il peut s'agir de variables simples, d'échelles ou d'indices.

En voici quelques exemples :

- Taux de mortalité maternelle (p. ex., nombre de décès maternels par 100 000 naissances vivantes)
- Espérance de vie des femmes/filles et des garçons/hommes (p. ex., espérance de vie à la naissance)
- Taux de fécondité chez les adolescentes
- Indice d'autonomisation des femmes

Ces données se retrouvent souvent dans les EDS ou peuvent être recueillies par des enquêtes de couverture.

4.3 Mesure des résultats intermédiaires

Au niveau intermédiaire, les résultats indiquent un changement de comportement ou de pratique. Les mesures de l'autonomisation des femmes sur la prise de décisions, les normes sociales et l'accès aux services dans les projets en santé mondiale peuvent être utilisées au niveau des résultats intermédiaires.

En voici quelques exemples :

- Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de soins de santé reproductive (%) [34]
- Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en matière de soins de santé (%)

Ces données se retrouvent souvent dans les EDS ou peuvent être recueillies par des enquêtes de couverture. Voir ci-dessous.

4.4 Mesure des résultats immédiats

Au niveau immédiat, les résultats indiquent un changement dans les connaissances, les capacités, les attitudes et la volonté. Les mesures de l'autonomisation des femmes peuvent évaluer un changement chez les bénéficiaires et/ou chez des intermédiaires. Dans les projets de santé mondiale, il peut s'agir notamment de la **connaissance des droits et de la santé, des compétences pour offrir des soins de santé axés sur l'égalité** et des **attitudes à l'égard de pratiques néfastes.**

En voici quelques exemples :

- Proportion d'hommes et de femmes qui sont d'accord ou partiellement d'accord pour dire qu'un mari est en droit de frapper sa partenaire dans diverses circonstances (%) [27]
- Proportion de toutes les femmes qui connaissent au moins une méthode de contraception (%) [12]

Ces données se retrouvent souvent dans les EDS ou peuvent être recueillies par des enquêtes de couverture. Voir ci-dessous.

4.5 Mesure des extrants

Les extrants sont les produits ou services fournis dans le cadre des activités du projet. Les extrants devraient clairement démontrer que le projet entreprend des activités censées favoriser l'autonomisation des femmes comme le définit la théorie du changement de l'initiative.

ENCADRÉ : Autres ressources d'AMC sur les indicateurs de l'autonomisation des femmes

Affaires mondiales Canada. (2016). La gestion axée sur les résultats appliquée aux programmes d'aide internationale : Un guide pratique (deuxième édition). Récupéré de https://www.international.gc.ca/world-monde/assets/pdfs/funding-financement/results_based_management-gestion_axee_resultats-guide-fr.pdf

Affaires mondiales Canada. (2017). Politique d'aide internationale féministe du Canada. Récupéré de https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/policy-politique.aspx?lang=fra

Affaires mondiales Canada. (2019). Aide internationale féministe - Trousse d'outils pour l'égalité des genres dans les projets. Récupéré de https://www.international.gc.ca/world-monde/funding-financement/gender_equality_toolkit-trousse_outils_egalite_genres.aspx?lang=fra

Gouvernement du Canada. (2019). Indicateurs de la Politique d'aide internationale féministe. Récupéré de https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/fiap_indicators-indicateurs_paif.aspx?lang=fra

4.6 Exemples d'indicateurs (résultats intermédiaires et immédiats) pour différents domaines

Le tableau suivant donne quelques exemples d'indicateurs au niveau des résultats intermédiaires et immédiats par domaine. Notons que les changements de comportements sont habituellement signalés selon l'expérience du répondant et se situent au niveau des résultats intermédiaires. Toutefois, si l'indicateur est moins précis (p. ex., évalue les perceptions quant à ce qui est généralement acceptable dans la communauté par opposition à de véritables comportements autodéclarés), il mesure habituellement des attitudes et se situe au niveau immédiat. Cette distinction n'est pas toujours évidente et peut dépendre de votre théorie du changement.

Quelques-uns des indicateurs ci-dessous mesurent directement l'autonomisation (c.-à-d. qu'ils mesurent des domaines comme l'agentivité et la prise de décision) et d'autres indicateurs sont substitutifs et associés à l'autonomisation, mesurant souvent l'environnement propice à l'autonomisation. Malgré leur importance, les indicateurs substitutifs à eux seuls n'indiquent pas l'existence d'une autonomisation.

Niveau du résultat	Changement	Domaine	Exemple d'indicateur	Méthodes/ Sources
Résultat intermédiaire	**Changement dans les comportements ou pratiques (individuel)**	Décisions sur ses propres soins de santé	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions sur les soins de santé (%)[1]	EDS
		Décisions sur la santé reproductive et sexuelle	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions éclairées sur les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé reproductive (%)[2] [34] Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui peuvent dire non à leur mari lorsqu'elles ne souhaitent pas avoir de relation sexuelle (%)[3] Proportion d'hommes qui disent que leur femme peut leur dire non si elle n'a pas envie d'avoir de relation sexuelle avec eux (%)[4]	OMS [34] Voir aussi : Échelle d'autonom-isation en matière de reproduction [25]
		Mobilité/liberté de circulation (les femmes sont libres de sortir de chez elles)	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui peuvent aller seules chez un parent du village (%); voir d'autres exemples dans la note de bas de page[5] [35]	J-PAL, Annexe 1 [35]

1 Qui prend habituellement les décisions sur vos soins de santé? Vous, Votre (mari/partenaire), Vous et votre (mari/partenaire) conjointement, ou Quelqu'un d'autre?

2 1. Pouvez-vous dire non à votre (mari/partenaire) si vous ne désirez pas avoir de relation sexuelle? Oui, Non, Cela dépend/Incertaine 2. Diriez-vous que l'utilisation de contraceptifs est principalement votre décision, principalement la décision de votre (mari/partenaire), ou avez-vous pris cette décision ensemble? – Principalement la répondante, Principalement le mari/partenaire, Décision commune, Autre (veuillez préciser) 3. Qui prend habituellement les décisions sur vos soins de santé? – Vous, Votre (mari/partenaire), Vous et votre (mari/partenaire) conjointement, ou Quelqu'un d'autre? Une femme est considérée comme pouvant prendre des décisions autonomes en matière de santé reproductive et comme ayant le droit d'exercer ses droits reproductifs si elle peut (1) dire NON aux relations sexuelles avec son mari/partenaire si elle n'en a pas envie, (2) décider d'utiliser/de ne pas utiliser de contraceptifs et (3) décider des soins de santé qui lui sont destinés.

3 Pour le calcul, veuillez consulter : https://dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/Ability_to_Negotiate_Sexual_Relations_with_Husband.htm

4 Pour le calcul, veuillez consulter : https://dhsprogram.com/data/Guide-to-DHS-Statistics/Ability_to_Negotiate_Sexual_Relations_with_Husband.htm

5 Avez-vous le droit d'aller visiter seule un parent qui habite dans votre village? [Poursuivez en demandant] Avez-vous le droit d'aller à l'école seule ou avec des amis? Avez-vous le droit d'aller seule rencontrer vos amis pour une raison quelconque (pour obtenir des notes sur les leçons de classe, pour discuter, pour jouer, etc.)? Êtes-vous déjà allée au marché du village pour acheter des articles personnels avec des amis? (sans gardien) Êtes-vous déjà allée seule au marché du village pour acheter des articles personnels? Avez-vous déjà participé à un quelconque type d'événement/d'activité au sein de votre communauté? (p. ex., foire, théâtre, programme culturel, événement religieux); [Passez si la réponse à la question ci-dessus est « Non »] Avez-vous déjà participé à un de ces événements sans la présence d'un gardien (que ce soit seule ou avec des amis)?

Résultat intermédiaire	**Changement dans les comportements ou pratiques (individuel)**	Leadership/exposition à la vie publique Appartenance à un groupe de femmes/ participation à un groupe de femmes/ participation à des groupes de défense des femmes, de soutien, de microcrédit et de finance/épargne [36, 37]	Proportion de femmes qui sont membres d'un groupe formel ou informel (%) [12]	Enquête de couverture [12]
Résultat immédiat	**Changement dans les connaissances, les compétences, les attitudes et la volonté**	**Attitudes à l'égard de la violence conjugale** des hommes et des femmes [16, 36, 37]	Proportion d'hommes et de femmes qui sont d'accord ou partiellement d'accord pour dire qu'un mari est en droit de frapper sa partenaire dans diverses circonstances (%)[6]	EDS [19] Échelle GAR [27] Enquête de couverture Suivi du projet
		Normes liées au genre (attitudes/croyances) (Échelle GAR) [27] Communication du couple sur la sexualité Autonomisation des femmes Croyances liées au genre Hommes favorables à l'égalité des genres Attitudes et normes liées au genre Relations entre les genres Prise de décisions concernant le ménage Pouvoir dans les relations sexuelles	Indicateurs individuels : Proportion d'hommes et de femmes qui sont d'accord ou partiellement d'accord pour dire qu'un couple devrait décider ensemble s'il veut des enfants (%) [27] Ou un indice créé à partir du calcul des échelles : Proportion d'hommes et de femmes qui rapportent une faible équité (notes de 1 à 12), une équité modérée (notes de 24 à 47) ou une grande équité (notes de 48 à 72) (%) [27]	Échelle GAR [27] Enquête de couverture Suivi du projet

6 Proportion de personnes qui ont répondu « Oui » à... (Abreha, 2020, EDS) Attitudes à l'égard de la violence conjugale : Selon vous, un homme est-il en droit de frapper ou de battre sa femme dans les situations suivantes : Si elle sort sans lui dire? Si elle néglige les enfants? Si elle se dispute avec lui? Si elle refuse d'avoir une relation sexuelle avec lui? Si elle brûle la nourriture?

Résultat immédiat	**Changement dans les connaissances, les compétences, les attitudes et la volonté**	**Attitudes à l'égard de la prise de décisions sur la reproduction**	Proportion de travailleurs de la santé qui pensent que les jeunes femmes devraient avoir accès à des services de planification familiale même si elles ne sont pas mariées (%) [12] Proportion de femmes qui disent être traitées équitablement par les travailleurs de la santé (%) [12] Proportion de femmes qui disent que la désapprobation de leur mari est la raison pour laquelle elles ont cessé d'utiliser des contraceptifs (%) [12] Proportion d'adolescents (garçons) qui pensent que c'est la responsabilité de la fille d'éviter de tomber enceinte (%) [18]	Enquête de couverture [12, 18] Suivi du projet Avant et après les évaluations (formations) Après les visites à la clinique
		Connaissances sur la planification familiale	Proportion des travailleurs de la santé ayant des connaissances adéquates sur la SSR (%) [12] Proportion de toutes les femmes qui connaissent au moins une méthode contraceptive, par méthode précise (%) [12]	Avant et après les évaluations (formations) Suivi du projet Enquête de couverture [12]
		Connaissance des droits	Degré de connaissances des hommes et des femmes à propos des droits des femmes en matière de santé sexuelle	Avant et après les évaluations (formations) Suivi du projet
		Satisfaction à l'égard de la communication au sein du couple	Degré de satisfaction à l'égard de la communication au sein du couple, rapporté par les femmes [12]	Enquête de couverture [12] Suivi du projet

4.7 Méthodes de collecte de données et fréquence

Méthodes : Les méthodes utilisées peuvent comprendre la collecte de données primaires (comme recueillir vos propres données d'enquête) ou l'utilisation de données secondaires si elles sont disponibles (comme utiliser des données d'enquêtes démographiques et sanitaires, des études grises/scientifiques, le Système de gestion des informations sur la santé).

Fréquence : Il est important de mesurer l'autonomisation tout au long du projet et de s'assurer que les méthodes de collecte de données et les mesures sont sensibles à la fréquence de la mesure.

Les indicateurs mesurés dans les enquêtes de couverture changent plus lentement et devraient être mesurés au début et à la fin du projet. Les données issues de petits sondages, d'évaluations de l'assurance de la qualité et de méthodes de collecte de données qualitatives devraient être recueillies et analysées régulièrement. Cela vous aide à vous assurer que vous capturez l'autonomisation en tant que processus et non seulement en tant que résultat. Ces données devraient être utilisées comme une des sources d'apprentissage continuel de l'initiative.

De plus amples informations sur les méthodes de collecte de données et leur fréquence se retrouvent dans le document d'AMC sur la GAR [32]. D'autres ressources non gouvernementales sont proposées à l'Annexe D.

4.8 Éthique de la collecte de données

Observer des normes éthiques pour la collecte de données sur des êtres humains est très important dans le contexte de la collecte de données sur l'autonomisation des femmes. La mise en œuvre de programmes d'autonomisation comporte des risques de nuire [38], notamment de mettre les femmes et les filles à risque de violence fondée sur le sexe.

Idéalement, toute collecte de données primaires utilisée pour la mesure et l'évaluation du rendement sera soumise à un processus d'approbation de l'éthique dans le/les pays de mise en œuvre du projet. Si c'est impossible pour des raisons budgétaires ou de calendrier, les données devraient tout de même être recueillies conformément aux normes éthiques de la collecte de données sur des êtres humains telles que l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* [39].

Cela signifie s'assurer que : les avantages de la collecte de données dépassent tout risque de nuire,

- les participants/participantes sont informés/informées de tout risque de nuire pour qu'ils et elles puissent décider de participer ou non,
- la confidentialité des participants/participantes est assurée et leur vie privée est protégée (p. ex., collecte de données et processus de stockage, explications claires sur la durée pendant laquelle les données seront conservées, restreindre les personnes ayant accès aux données, rendre les données anonymes, etc.),
- un formulaire de références ou de ressources est élaboré pour s'assurer que les participants/participantes puissent avoir recours à des services de soutien au besoin,
- les agents recenseurs et les animateurs sont formés en éthique de la recherche,
- le consentement libre et éclairé (ou l'assentiment dans le cas d'enfants et de jeunes ainsi que le consentement parental) est assuré (verbalement ou par écrit), et
- toutes les données recueillies font partie d'un plan d'analyse, d'utilisation et d'apprentissage.

Il est également important d'équilibrer le besoin d'être spécifique au contexte et celui de maximiser les données actuelles. Dans la mesure du possible, les projets devraient s'appuyer sur des données déjà recueillies. Faire une recherche sur les données de qualité qui sont disponibles sur le contexte en particulier permet d'éviter le suréchantillonnage et la sursollicitation des communautés. Il pourrait être nécessaire d'investir du temps et des ressources dans ce processus de recherche pour déterminer quelles données spécifiques au contexte sont disponibles, et cela devrait faire partie du plan de mesure.

4.9 Méthodes de collecte de données qualitatives

Une approche de méthodes composées est importante au suivi et à l'évaluation de l'autonomisation des femmes dans les initiatives de santé mondiale. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont utilisées pour orienter la mesure de l'autonomisation des femmes, pour trianguler les données en utilisant de multiples méthodes de collectes de données, et pour le suivi régulier. Les méthodes de collecte de données peuvent être traditionnelles (p. ex., groupes de discussion, entrevues ou observation) ou peuvent utiliser des approches novatrices (p. ex., Photovoice, vignettes ou récits) [40, 41]. Les données devraient être recueillies à l'aide de méthodes participatives et devraient provenir de plusieurs sources, dont les femmes/les filles, les garçons/les hommes, les leaders communautaires et les travailleurs de la santé. Il est recommandé de réaliser une recherche formative pour comprendre les normes liées au genre et à l'autonomisation des femmes et pour s'assurer que les voix des femmes et des filles sont incluses dans la conception de l'initiative.

> *« Utilisez la recherche formative pour comprendre les normes, politiques et relations propres à la culture en ce qui a trait à l'autonomisation dans votre contexte, et pour mieux comprendre ce qui est acceptable ou non dans une communauté » [12].*

Les données qualitatives devraient être recueillies et analysées régulièrement pour vous donner l'occasion d'avoir une discussion avec l'équipe du projet [14] à propos de ce qui fonctionne en matière d'autonomisation des femmes, de ce qui ne fonctionne pas, et des ajustements qui devraient être apportés pour améliorer le projet (y compris pendant la vie du projet et/ou de futurs projets [12]). La cartographie des résultats [42] et la récolte de résultats [43] sont deux méthodes de données qualitatives ayant été adaptées avec succès au suivi et à l'évaluation qualitative de l'autonomisation des femmes sur une base régulière.

Les conséquences non intentionnelles ou les effets inattendus [14] devraient être examinés à l'aide de méthodes qualitatives pour s'assurer que le travail en vue de l'autonomisation des femmes ne nuise à quiconque par inadvertance.

Même s'il peut être difficile d'inclure des données ou des informations qualitatives dans les cadres de gestion traditionnels, le besoin de notes qualitatives et de données supplémentaires solides est évident. Ces dernières peuvent être incluses sous forme d'histoires de changement, d'études de cas, de rapports supplémentaires et/ou de contenu multimédia. L'absence d'un consensus sur les meilleures pratiques en matière de transmission des données qualitatives ne devrait pas empêcher le secteur d'en faire la collecte.

5 Exemples de chaînes de résultats d'AMC

Voici deux échantillons de la chaîne de résultats qui illustrent des exemples qui peuvent être utilisés pour mesurer l'autonomisation des femmes. Veuillez noter que ces exemples sont fournis par Affaires mondiales Canada aux fins de ce document.

Résultat	Indicateur	Source de données	Méthode de collecte de données	Fréquence
Résultat ultime Augmentation de l'égalité de la jouissance des droits sanitaires pour les femmes et les adolescentes	Taux de fécondité des adolescentes Nombre de naissances chez les femmes de 15 à 19 ans par 1 000 femmes	Femmes et adolescentes	Enquête de couverture	Début/Fin
Résultat intermédiaire Augmentation de l'utilisation équitable de services de santé sexuelle par les hommes, les femmes, les adolescents et les adolescentes	**Accès aux services de santé sexuelle :** % de femmes en âge de procréer qui ont un besoin non comblé en matière de planification familiale	Femmes, hommes, adolescents et adolescentes	Enquête de couverture	Début/Fin
Résultat immédiat Capacité accrue des travailleurs de la santé à offrir des services de santé sexuelle axés sur l'égalité et les droits	Degré d'acceptabilité* des services de santé sexuelle pour les femmes et les adolescentes Nombre de visites pour obtenir des contraceptifs modernes	Femmes et adolescentes Système de gestion des informations sur la santé (SGIS)	Enquête auprès de la clientèle SGIS	Régulière
Extrants Les travailleurs de la santé et les travailleurs de la santé communautaires sont formés en matière de planification familiale, notamment en ce qui a trait aux approches de soins fondés sur les droits	Nombre de travailleurs de la santé formés en matière de planification familiale, notamment en ce qui a trait aux approches de soins fondés sur les droits	Système d'information pour la gestion des projets	Système d'information pour la gestion des projets	Régulière

**L'acceptabilité des services de santé sexuelle devrait être définie par les femmes et les adolescentes par le biais du processus de suivi féministe. L'acceptabilité est une des quatre caractéristiques des soins de santé pour réaliser le droit à la santé.*

Résultat	Indicateur	Source de données	Méthode de collecte de données	Fréquence
Résultat ultime Augmentation de l'égalité de la jouissance des droits sanitaires pour les femmes et les adolescentes	Taux de fécondité des adolescentes Nombre de naissances chez les femmes de 15 à 19 ans par 1 000 femmes	Femmes et adolescentes	Enquête de couverture	Début/Fin
Résultat intermédiaire Amélioration des comportements en matière de santé sexuelle qui promeuvent l'autonomie corporelle des femmes	**Prise de décisions sur la sexualité :** % de femmes de 15 à 49 ans qui peuvent dire non à leur mari si elles ne veulent pas avoir de relation sexuelle % d'hommes qui disent que leur femme peut leur dire non si elles ne veulent pas avoir de relation sexuelle	Femmes, hommes, adolescents et adolescentes	Enquête de couverture	Début/Fin
Résultat immédiat Augmentation des connaissances des hommes et des femmes à propos des droits des femmes en matière de santé sexuelle	Degré de connaissances des hommes et des femmes sur les droits des femmes en matière de santé sexuelle	Femmes, hommes, adolescents et adolescentes	Enquête sur les connaissances	Régulière
Extrants Réalisation de dialogues communautaires avec les femmes, les hommes, les adolescents et les adolescentes sur la santé sexuelle et le droit des femmes à l'autonomie corporelle	Nombre de dialogues communautaires tenus Nombre d'hommes, de femmes, d'adolescents et d'adolescentes ayant participé aux dialogues communautaires	Système d'information pour la gestion des projets	Système d'information pour la gestion des projets	Régulière

6 Liste de vérification pour mesurer l'autonomisation des femmes

Voici une liste de vérification qui peut être utilisée pour vous assurer que vous avez bien réfléchi aux points à considérer pour mesurer l'autonomisation des femmes.

Points à considérer	Oui	Non	Commentaires
Théorie du changement 1. Nous avons une théorie du changement sur l'autonomisation des femmes clairement définie. 2. Nous savons clairement quelles activités et quels extrants mènent aux résultats attendus en matière d'autonomisation des femmes. 3. Notre théorie du changement est fondée sur des données probantes (c.-à-d., fondée sur la littérature scientifique, les meilleures pratiques et l'expérience de la communauté/l'organisation).	☐	☐	
Domaines de l'autonomisation des femmes 1. Nous savons clairement quels domaines de l'autonomisation des femmes nous mesurons et pourquoi nous les mesurons. 2. Ces domaines sont clairement établis dans la théorie du changement.	☐	☐	
Co-creation 1. Nous avons fait participer les femmes et les filles de la communauté où nous travaillons à l'élaboration de notre théorie du changement sur l'autonomisation des femmes. 2. Nous avons fait participer les femmes et les filles de la communauté où nous travaillons à l'élaboration de notre plan de suivi et d'évaluation.	☐	☐	
Mesures validées 1. We are using validated measures or scales (such as from published literature or our own previous work) for women's empowerment indicators where possible.	☐	☐	
Adaptation au contexte 1. Nous avons adapté nos mesures issues de la littérature/des données probantes ou de l'expérience au(x) pays où nous travaillons. 2. Nous avons adapté nos mesures de l'autonomisation des femmes (fondées sur la théorie du changement) qui mesurent les résultats identifiés dans notre modèle logique. 3. Nous avons adapté nos mesures selon d'autres facteurs contextuels pour notre projet (comme les groupes cibles, l'âge et d'autres facteurs d'identité) en adoptant une optique intersectionnelle.	☐	☐	
Niveaux socioécologiques 1. Nous avons inclus les mesures de l'autonomisation des femmes dans différents niveaux socioécologiques (individuel, relationnel, institutionnel, politique/structurel), le cas échéant.	☐	☐	

Points à considérer	Oui	Non	Commentaires
Multiples mesures 1. Nous avons utilisé de multiples mesures de l'autonomisation des femmes pour les extrants, les résultats immédiats, les résultats intermédiaires et le résultat ultime.	☐	☐	
Données ventilées 1. Nous avons ventilé toutes les mesures pertinentes par sexe ainsi que selon d'autres données démographiques intersectionnelles clés qui sont pertinentes au projet (comme l'âge, l'état matrimonial, le contexte rural/urbain, etc.).	☐	☐	
Indicateurs connexes 1. Nous avons vérifié que toutes les mesures de l'autonomisation des femmes ont un lien avec les extrants et les résultats du modèle logique. 2. Toutes les mesures de l'autonomisation des femmes ont été développées selon notre théorie du changement. 3. Nous n'avons aucun indicateur orphelin.	☐	☐	
Multiples sources et méthodes combinées 1. Nous recueillons des données en utilisant de multiples sources (comme les enquêtes de couverture, le SGIS, les EDS, etc.). 2. Les indicateurs sont triangulés avec des méthodes qualitatives/de la recherche formative (comme les groupes de discussion ou les entrevues) pour vérifier les données et pour mieux contextualiser ce que nous mesurons en ce qui a trait à l'autonomisation des femmes. 3. Nous utilisons des méthodes qualitatives pour recueillir des données sur les conséquences non intentionnelles ou les effets inattendus pour nous assurer que notre travail en vue de l'autonomisation des femmes ne nuise à quiconque par inadvertance 4. Nous recueillons des données auprès de plusieurs populations, le cas échéant (comme les femmes/les filles, les garçons/les hommes, les leaders communautaires et les travailleurs de la santé).	☐	☐	
Données utilisées pour l'apprentissage et le rendement 1. Nous avons un plan pour utiliser les données recueillies pour apprendre et pour mesurer le rendement. 2. Nous avons un plan visant à discuter avec l'équipe du projet et la communauté, le cas échéant, sur une base continuelle, de ce qui fonctionne en matière d'autonomisation des femmes, de ce qui ne fonctionne pas et des ajustements qui pourraient être apportés au projet (durant le cycle de vie du projet et dans de futurs projets).	☐	☐	

7 Annexe A : Méthodes utilisées pour rédiger la note d'orientation

Avant de concevoir cette note, le CanSFE a consulté 23 organisations de la société civile ainsi que des spécialistes du domaine à propos de la mesure de l'autonomisation des femmes. Des commentaires et des ressources ont été sollicités par des entrevues et une analyse documentaire. Après ce processus, une réunion a été tenue au début du projet en compagnie de membres clés du personnel d'AMC et du CanSFE, ainsi que de la conseillère choisie, pour discuter de l'objectif du projet et des points sur lesquels porterait la note d'orientation. AMC a fourni de la documentation générale supplémentaire et des réunions additionnelles ont été tenues au besoin.

Une recherche de la littérature académique a été effectuée par une bibliothécaire en décembre 2020 à l'aide de PubMed, CINAHL, PsycInfo et Health Business. La stratégie de recherche a été différente d'une base de données à l'autre, mais de façon générale, a porté sur les termes « autonomisation des femmes » + « santé mondiale » + Mesure* ou Indicateur ou Cadre. Elle s'est concentrée sur les articles en anglais publiés entre 2011 et 2020. Plus de 200 (n=201) articles ont été retrouvés par la recherche. La conseillère a ensuite examiné tous les titres et résumés de ces articles. Il a été déterminé avec AMC que seuls les articles portant sur plusieurs pays seraient inclus (p. ex., examens systématiques, revues et études sur plusieurs pays). Par conséquent, au total, 36 articles complets ont été considérés comme s'appliquant à l'objectif de la note d'orientation. (Voir les références dans l'Annexe B). De plus, d'autres articles issus des références de ces 36 articles ont été consultés et examinés.

La littérature grise a fait l'objet de recherches sur Google en utilisant les termes « autonomisation des femmes » et « santé mondiale » en plus de faire des recherches sur les sites Web Measure Evaluation et Better Evaluation. La liste de rapports se retrouve à l'Annexe C. D'autres rapports issus des références de la littérature grise ont été consultés et examinés au besoin. Dans le cadre de cette recherche sur la littérature grise, des outils et des ressources ont été trouvés et sont énumérés à l'Annexe D.

En outre, trois entrevues ont été tenues avec des chefs d'équipe de projet (CEP) à AMC en décembre 2020 et en janvier 2021. Dans ces entrevues, nous avons demandé aux CEP ce qui est le plus utile pour eux dans une note d'orientation, et ce qui est moins utile. Les résultats de ces entrevues ont été utilisés pour nous aider à rédiger la note d'orientation. Des commentaires additionnels de CEP et de spécialistes des questions de genre à AMC ont également été sollicités, et des changements ont été apportés à la suite de ces commentaires.

8 Annexe B : Liste de références académiques incluses dans l'examen

Abreha, S. K., & Zereyesus, Y. A. (2020). Women's Empowerment and Infant and Child Health Status in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. Maternal and child health journal. doi:10.1007/s10995-020-03025-y [doi]

Afulani, P. A., Altman, M., Musana, J., & Sudhinaraset, M. (2017). Conceptualizing pathways linking women's empowerment and prematurity in developing countries. BMC Pregnancy & Childbirth, 17, 143-158. doi:10.1186/s12884-017-1502-6

Asaolu, I. O., Alaofè, H., Gunn, J. K. L., Adu, A. K., Monroy, A. J., Ehiri, J. E., . . . Ernst, K. C. (2018). Measuring Women's Empowerment in Sub-Saharan Africa: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses of the Demographic and Health Surveys. Frontiers in Psychology, 9, 994. doi:10.3389/fpsyg.2018.00994 [doi]

Atake, E.-H., & Gnakou Ali, P. (2019). Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries in Sub-Saharan Africa. BMC Women's Health, 19(1), N.PAG-N.PAG. doi:10.1186/s12905-019-0747-9

Bishop, D., & Bowman, K. (2014). Still learning: a critical reflection on three years of measuring women's empowerment in Oxfam. *Gender & Development, 22*(2), 253-269. doi:10.1080/13552074.2014.920993

Chiao-Wen, L., Tavrow, P., & Lan, C.-W. (2017). Composite measures of women's empowerment and their association with maternal mortality in low-income countries. BMC Pregnancy & Childbirth, 17, 21-31. doi:10.1186/s12884-017-1492-4

Cunningham, K., Ruel, M., Ferguson, E., & Uauy, R. (2015). Women's empowerment and child nutritional status in South Asia: a synthesis of the literature. Maternal & Child Nutrition, 11(1), 1-19. doi:10.1111/mcn.12125

Darteh, E. K. M., Dickson, K. S., & Doku, D. T. (2019). Women's reproductive health decision-making: A multi-country analysis of demographic and health surveys in sub-Saharan Africa. PloS one, 14(1), e0209985. doi:10.1371/journal.pone.0209985 [doi]

Do, M., & Kurimoto, N. (2012). Women's Empowerment and Choice of Contraceptive Methods in Selected African Countries. International Perspectives on Sexual & Reproductive Health, 38(1), 23-33. doi:10.1363/3802312

Doku, D. T., Bhutta, Z. A., & Neupane, S. (2020). Associations of women's empowerment with neonatal, infant and under-5 mortality in low- and /middle-income countries: meta-analysis of individual participant data from 59 countries. BMJ Global Health, 5(1), e001558-002019-001558. eCollection 002020. doi:10.1136/bmjgh-2019-001558 [doi]

Ewerling, F., Lynch, J. W., Mittinty, M., Raj, A., Victora, C. G., Coll, C. V., & Barros, A. J. (2020). The impact of women's empowerment on their children's early development in 26 African countries. Journal of global health, 10(2), 020406. doi:10.7189/jogh.10.020406 [doi]

Ewerling, F., Lynch, J. W., Victora, C. G., van Eerdewijk, A., Tyszler, M., & Barros, A. J. D. (2017). The SWPER index for women's empowerment in Africa: development and validation of an index based on survey data. The Lancet.Global health, 5(9), e916-e923. doi:S2214-109X(17)30292-9 [pii]

Ewerling, F., Raj, A., Victora, C. G., Hellwig, F., Coll, C. V., & Barros, A. J. (2020). SWPER Global: A survey-based women's empowerment index expanded from Africa to all low- and middle-income countries. Journal of global health, 10(2), 020343. doi:10.7189/jogh.10.020434 [doi]

Gram, L., Morrison, J., & Skordis-Worrall, J. (2019). Organising Concepts of 'Women's Empowerment' for Measurement: A Typology. Soc Indic Res, 143(3), 1349-1376. doi:10.1007/s11205-018-2012-2

Hawken, A., & Munck, G. L. (2013). Cross-National Indices with Gender-Differentiated Data: What Do They Measure? How Valid Are They? *Social Indicators Research, 111*(3), 801-838. doi:10.1007/s11205-012-0035-7

Heckert, J., & Fabic, M. S. (2013). Improving Data Concerning Women's Empowerment in Sub-Saharan Africa. Studies in family planning, 44(3), 319-344. doi:10.1111/j.1728-4465.2013.00360.x

James-Hawkins, L., Peters, C., VanderEnde, K., Bardin, L., & Yount, K. M. (2018). Women's agency and its relationship to current contraceptive use in lower- and middle-income countries: A systematic review of the literature. Global Public Health, 13(7), 843-858. doi:10.1080/17441692.2016.1239270 [doi]

Jennings, L., Na, M., Cherewick, M., Hindin, M., Mullany, B., & Ahmed, S. (2014). Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. BMC Pregnancy and Childbirth, 14, 297-2393-2314-2297. doi:10.1186/1471-2393-14-297 [doi]

Karp, C., Wood, S. N., Galadanci, H., Sebina Kibira, S. P., Makumbi, F., Omoluabi, E., . . . Moreau, C. (2020). 'I am the master key that opens and locks': Presentation and application of a conceptual framework for women's and girls' empowerment in reproductive health. Social science & medicine, 258, N.PAG-N.PAG. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113086

Mandal, M., Muralidharan, A., & Pappa, S. (2017). A review of measures of women's empowerment and related gender constructs in family planning and maternal health program evaluations in low- and middle-income countries. BMC Pregnancy & Childbirth, 17, 119-127. doi:10.1186/s12884-017-1500-8

Mitroi, L. R., Sahak, M., Sherzai, A. Z., & Sherzai, D. (2016). The Women's Health Care Empowerment Model as a Catalyst for Change in Developing Countries. Health care for women international, 37(3), 273-289. doi:10.1080/07399332.2014.926903

Na, M., Jennings, L., Talegawkar, S. A., & Ahmed, S. (2015). Association between women's empowerment and infant and child feeding practices in sub-Saharan Africa: an analysis of Demographic and Health Surveys. Public health nutrition, 18(17), 3155-3165. doi:10.1017/S1368980015002621

Osamor, P. E., & Grady, C. (2016). Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. International journal of women's health, 8, 191-202. doi:10.2147/IJWH.S105483 [doi]

Phan, L. (2016). Measuring Women's Empowerment at Household Level Using DHS Data of Four Southeast Asian Countries. Social Indicators Research, 126(1), 359-378. Retrieved from 10.1007/s11205-015-0876-y

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=heh&AN=112861422&site=ehost-live

Prata, N., Fraser, A., Huchko, M. J., Gipson, J. D., Withers, M., Lewis, S., . . . Upadhyay, U. D. (2017). Women's Empowerment and Family Planning: a Review of the Literature. Journal of Biosocial Science, 49(6), 713-743. doi:10.1017/S0021932016000663

Pratley, P. (2016). Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. Social science & medicine (1982), 169, 119-131. doi:S0277-9536(16)30408-7 [pii]

Richardson, R. A. (2018). Measuring Women's Empowerment: A Critical Review of Current Practices and Recommendations for Researchers. *Social Indicators Research, 137*(2), 539-557. doi:10.1007/s11205-017-1622-4

Sebayang, S. K., Efendi, F., & Astutik, E. (2019). Women's empowerment and the use of antenatal care services: analysis of demographic health surveys in five Southeast Asian countries. Women & health, 59(10), 1155-1171. doi:10.1080/03630242.2019.1593282

Sebayang, S. K., Efendi, F., & Astutik, E. (2017). Women's Empowerment and the Use of Antenatal Care Services in Southeast Asian Countries. *Demographic and Health Surveys, 129*.

Seidu, A. A., Oduro, J. K., Ahinkorah, B. O., Budu, E., Appiah, F., Baatiema, L., . . . Sambah, F. (2020). Women's healthcare decision-making capacity and HIV testing in sub-Saharan Africa: a multi-country analysis of demographic and health surveys. BMC Public Health, 20(1), 1592-1020-09660-y. doi:10.1186/s12889-020-09660-y [doi]

Sohn, M., & Jung, M. (2020). Effects of Empowerment and Media Use by Women of Childbearing Age on Maternal Health Care Utilization in Developing Countries of Southeast Asia. International Journal of Health Services, 50(1), 32-43. Retrieved from 10.1177/0020731419867532

http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=heh&AN=140372351&site=ehost-live

https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020731419867532?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

Taukobong, H. F., Kincaid, M. M., Levy, J. K., Bloom, S. S., Platt, J. L., Henry, S. K., & Darmstadt, G. L. (2016). Does addressing gender inequalities and empowering women and girls improve health and development programme outcomes? Health policy and planning, 31(10), 1492-1514. doi:czw074 [pii]

Thorpe, S., VanderEnde, K., Peters, C., Bardin, L., & Yount, K. M. (2016). The Influence of Women's Empowerment on Child Immunization Coverage in Low, Lower-Middle, and Upper-Middle Income Countries: A Systematic Review of the Literature. Maternal and child health journal, 20(1), 172-186. doi:10.1007/s10995-015-1817-8 [doi]

Upadhyay, U. D., & Karasek, D. (2012). Women's Empowerment and Ideal Family Size: An Examination of DHS Empowerment Measures In Sub-Saharan Africa. International Perspectives on Sexual & Reproductive Health, 38(2), 78-89. doi:10.1363/3807812

Yaya, S., Odusina, E. K., Uthman, O. A., & Bishwajit, G. (2020). What does women's empowerment have to do with malnutrition in Sub-Saharan Africa? Evidence from demographic and health surveys from 30 countries. Global health research and policy, 5, 1-019-0129-0128. eCollection 2020. doi:10.1186/s41256-019-0129-8 [doi]

Yaya, S., Uthman, O. A., Ekholuenetale, M., & Bishwajit, G. (2018). Women empowerment as an enabling factor of contraceptive use in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis of cross-sectional surveys of 32 countries. Reproductive Health, 15(1), N.PAG-N.PAG. doi:10.1186/s12978-018-0658-5

9 Annexe C : Liste de littérature grise incluse dans l'examen

Bill and Melinda Gates Foundation. (2017). What Gets Measured Matters: A Methods Note for Measuring Women and Girls' Empowerment. Retrieved from **https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2019/12/BMGF_Methods-Note-Measuring-Empowerment-1.pdf**

Donald, A., Koolwal, G., Annan, J., Falb, K., & Goldstein, M. (2017). Measuring Women's Agency. Retrieved from **http://documents1.worldbank.org/curated/en/333481500385677886/pdf/WPS8148.pdf**

Glennerster, R., Walsh, C., & Diaz-Matin, L. (n.d.). A Practical Guide to Measuring Women's and Girl's Empowerment in Impact Evaluations (J-PAL). Retrieved from **https://www.povertyactionlab.org/practical-guide-measuring-womens-and-girls-empowerment-impact-evaluations**

Lombardini, S., Bowman, K., & Garwood, R. (2017). A 'How To' Guide to Measuring Women's Empowerment: Sharing experiences from Oxfam's impact evaluations. Retrieved from **https://policy-practice.oxfam.org/resources/a-how-to-guide-to-measuring-womens-empowerment-sharing-experience-from-oxfams-i-620271/**

Paul, M., Mejia, C., Mayunda, B., & Munthali, L. (2017). Developing Measures of Reproductive Empowerment: A Qualitative Study in Zambia. Retrieved from **https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-185**

Peterman, A., & Seymour, G. (2018). Where is the standardized measure of women's empowerment? Retrieved from **https://www.ifpri.org/blog/where-standardized-measure-womens-empowerment**

The Hunger Project. (2017). The Women's Empowerment Index. Retrieved from **https://www.thehungerproject.nl/wp-content/uploads/2020/10/Women-Empowerment-Index-The-Hunger-Project-2017.pdf**

USAID and Data for Impact. (n.d.). Women and Girls' Status and Empowerment. Retrieved from **https://www.data4impactproject.org/prh/gender/women-and-girls-status-and-empowerment/**

World Health Organization. (2005). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Retrieved from **https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43310/9241593512_eng.pdf;jsessionid=F78076CBED92DC21EFF48F2F474DBABA?sequence=1**

10 Annexe D : Liste de mesures, d'outils et de manuels externes pour de plus amples informations

Ressources sur le suivi et l'évaluation féministes :

Haylock, L. & Miller, C. (2015). Merging Developmental and Feminist Evaluation to Monitor and Evaluate Transformative Social Change. Retrieved from **https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1098214015578731**

Oxfam. (2020). Guidance Note on Feminist MEAL. Retrieved from **https://www.oxfam.ca/publication/guidance-note-on-feminist-meal/#:~:text=Feminist%20Monitoring%2C%20Evaluation%2C%20Accountability%20and,relations%20is%20complex%20and%20nonlinear**.

Oxfam. (2017). Applying Feminist Principles to Program Monitoring, Evaluation, Accountability, and Learning. Retrieved from **https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620318/dp-feminist-principles-meal-260717-en.pdf;jsessionid=CF5981183A3305F8BADC2A1F1565A2BA?sequence=4**

Podems, D.R. (2014). Feminist Evaluation and Gender Approaches: There's a Difference? Retrieved from **https://www.betterevaluation.org/en/resources/discussion_paper/feminist_eval_gender_approaches**

Podems, D. & Negroustoueva, S. (2016) Feminist evaluation. BetterEvaluation. Retrieved from **https://www.betterevaluation.org/en/themes/feminist_evaluation**

Ressources sur l'autonomisation des adolescentes :

Global Early Adolescent Study. (2019). Download the Measures - Global Early Adolescent Study. **www.geastudy.org/download-measures-redesign**

Zimmerman, L. A., Li, M., Moreau, C., Wilopo, S., & Blum, R. (2019). Measuring agency as a dimension of empowerment among young adolescents globally; findings from the Global Early Adolescent Study. **https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660556/**

Ressources sur la théorie du changement :

NCVO Knowhow. (2020). How to Build a Theory of Change. Retrieved from **https://knowhow.ncvo.org.uk/how-to/how-to-build-a-theory-of-change#**

The Aspen Institute. (2009).The Community Builder's Approach to Theory of Change: A Practical Guide to Theory Development. tRetrieved from **https://www.theoryofchange.org/pdf/TOC_fac_guide.pdf**

Sopact. Theory of Change (TOC). Retrieved from **https://www.sopact.com/theory-of-change**

Mesures, d'outils et de manuels externes :

Batliwala, S. & Pittman A. (2010). Capturing Change in Women's Realities: A Critical Overview of Current Monitoring & Evaluation Frameworks and Approaches. AWID. Retrieved from **https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/capturing_change_in_womens_realities.pdf**

BetterEvaluation. (n.d.). Outcome Mapping. Retrieved from **https://www.betterevaluation.org/en/plan/approach/outcome_mapping**

Bill and Melinda Gates Foundation. (2017). What Gets Measured Matters: A Methods Note for Measuring Women and Girls' Empowerment. Retrieved **from https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2019/12/BMGF_Methods-Note-Measuring-Empowerment-1.pdf**

Bishop, D., & Bowman, K. (2014). Still learning: a critical reflection on three years of measuring women's empowerment in Oxfam. *Gender & Development, 22*(2), 253-269. doi:10.1080/13552074.2014.920993 **(suite of dimensions and characteristics to measure on empowerment)**

CARE. (2014). WE-MEASR: A Tool to Measure Women's Empowerment in Sexual, Reproductive and Maternal Health Programs. Retrieved from **http://www.universalaccessproject.org/wp/wp-content/uploads/2015/06/Overview_Measuring-Womens-Empowerment-in-SRMH-Programs.pdf**

The DHS Program - Demographic and Health Surveys. (2020). DHS Model Questionnaire Phase 8. Retrieved from **https://dhsprogram.com/publications/publication-dhsq8-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm?cssearch=229778_1**

EMERGE. (n.d.). User Tools: Evidence-based Measures of Empowerment for Research on Gender Equality. Retrieved from **emerge.ucsd.edu/user-tools/**

Glennerster, R., Walsh, C., & Diaz-Matin, L. (n.d.). A Practical Guide to Measuring Women's and Girl's Empowerment in Impact Evaluations (J-PAL). Retrieved from https://www.povertyactionlab.org/practical-guide-measuring-womens-and-girls-empowerment-impact-evaluations; Appendix 1: **https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/research-resources/practical-guide-to-measuring-women-and-girls-empowerment-appendix1.pdf**

Hillenbrand, E., Karim, N., Mohanraj, P., and Wu, D. (2015). Measuring gender-transformative change: A review of literature and promising practices. CARE USA. Retrieved from **https://www.care.org/wp-content/uploads/2020/05/working_paper_aas_gt_change_measurement_fa_lowres.pdf**

The Hunger Project. (2017). The Women's Empowerment Index. Retrieved from **https://www.thehungerproject.nl/wp-content/uploads/2020/10/Women-Empowerment-Index-The-Hunger-Project-2017.pdf**

Measure Evaluation. (2020). Reproductive Empowerment Scale. Retrieved from **https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tl-20-81**

Measure Evaluation. (n.d.). Attitudes towards gender norms (GEM Scale). Retrieved from **https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/mens-health/me/percent-of-men-who-hold-gender-equitable-beliefs**

Measure Evaluation. (n.d.). Male Engagement in Reproductive Health Programs. Retrieved from **https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/mens-health/me**

Measure Evaluation. (n.d.). Women and Girls' Status and Empowerment. Retrieved from **https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/gender/wgse/women-and-girls-status-and-empowerment-indicators.html**

Measure Evaluation. (n.d.). Participation of women in household decision-making index. Retrieved from **https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/gender/wgse/participation-of-women-in-household-decision**

Meyers, L. & Jones, L. (2012). Gender Analysis, Assessment and Audit: Manual & Toolkit. ACDI/VOCA. Retrieved from **http://www.acdivoca.org/wp-content/uploads/2016/07/ACDI-VOCA-Gender-Analysis-Manual.pdf**

WHO. (n.d.). Proportion of women aged 15-49 years who make their own informed decisions regarding sexual relations, contraceptive use and reproductive health care (%). Retrieved from **https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4986**

Wilson-Grau, R. (2015). Outcome Harvesting. BetterEvaluation. Retrieved from **http://betterevaluation.org/plan/approach/outcome_harvesting**

11 Annexe E : Documents d'Affaires mondiales Canada

Global Affairs Canada. (2016). Results-Based Management for International Assistance Programming at Global Affairs Canada: A How-To Guide (Second Edition). Retrieved from **https://www.international.gc.ca/world-monde/assets/pdfs/funding-financement/results_based_management-gestion_axee_resultats-guide-en.pdf**

Global Affairs Canada. (2017). Canada's Feminist International Assistance Policy. Retrieved from **https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/policy-politique.aspx?lang=eng**

Global Affairs Canada. (2019). Feminist International Assistance Gender Equality Toolkit for Projects. Retrieved from **https://www.international.gc.ca/world-monde/funding-financement/gender_equality_toolkit-trousse_outils_egalite_genres.aspx?lang=eng**

Global Affairs Canada. (n.d.). *How Projects are Coded for Gender Equality*. Ottawa: GAC.

Government of Canada. (2019). Feminist International Assistance Policy Indicators. Retrieved from **https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/fiap_indicators-indicateurs_paif.aspx?lang=eng&_ga=2.40801506.1714417929.1610931418-1720464358.1602633489**

12 Annexe F : Références citées

1. Prata, N., et al., Women's Empowerment and Family Planning: a Review of the Literature. Journal of Biosocial Science, 2017. 49(6): p. 713-743.
2. Pratley, P., Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. Social science & medicine (1982), 2016. 169: p. 119-131.
3. Cunningham, K., et al., Women's empowerment and child nutritional status in South Asia: a synthesis of the literature. Maternal & Child Nutrition, 2015. 11(1): p. 1-19.
4. Yaya, S., et al., What does women's empowerment have to do with malnutrition in Sub-Saharan Africa? Evidence from demographic and health surveys from 30 countries. Global health research and policy, 2020. 5: p. 1-019-0129-8. eCollection 2020.
5. Heymann, J., et al., Improving health with programmatic, legal, and policy approaches to reduce gender inequality and change restrictive gender norms. Lancet, 2019. 393(10190): p. 2522-2534.
6. Global Affairs Canada. Feminist International Assistance Gender Equality Toolkit for Projects. 2019; Available from: **https://www.international.gc.ca/world-monde/funding-financement/gender_equality_toolkit-trousse_outils_egalite_genres.aspx?lang=eng.**
7. Osamor, P.E. and C. Grady, Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. International journal of women's health, 2016. 8: p. 191-202.
8. Measure Evaluation, Women and Girls' Status and Empowerment. n.d.
9. Donald, A., et al., Measuring Women's Agency. 2017, World Bank Group: Africa Region.
10. Kabeer, N., Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. Development and Change, 1999. 30: p. 435-464.
11. Morgan, R., et al., How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. Health Policy Plan, 2016. 31(8): p. 1069-78.
12. Bill and Melinda Gates Foundation. What Gets Measured Matters: A Methods Note for Measuring Women and Girls' Empowerment. 2017; Available from: **https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2019/12/BMGF_Methods-Note-Measuring-Empowerment-1.pdf.**
13. Mandal, M., A. Muralidharan, and S. Pappa, A review of measures of women's empowerment and related gender constructs in family planning and maternal health program evaluations in low- and middle-income countries. BMC Pregnancy and Childbirth, 2017. 17(2): p. 342.
14. Bishop, D. and K. Bowman, Still learning: a critical reflection on three years of measuring women's empowerment in Oxfam. Gender & Development, 2014. 22(2): p. 253-269.
15. Asaolu, I.O., et al., Measuring Women's Empowerment in Sub-Saharan Africa: Exploratory and Confirmatory Factor Analyses of the Demographic and Health Surveys. Frontiers in Psychology, 2018. 9(994).
16. Jennings, L., et al., Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. BMC pregnancy and childbirth, 2014. 14: p. 297-2393-14-297.
17. Heckert, J. and M.S. Fabic, Improving Data Concerning Women's Empowerment in Sub-Saharan Africa. Studies in family planning, 2013. 44(3): p. 319-344.

18. Global Early Adolescent Study. Download the Measures - Global Early Adolescent Study. 2019; Available from: **www.geastudy.org/download-measures-redesign.**
19. The DHS Program - Demographic and Health Surveys. DHS Model Questionnaire Phase 8. 2020; Available from: **https://dhsprogram.com/publications/publication-dhsq8-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm?cssearch=229778_1.**
20. Phan, L., Measuring Women's Empowerment at Household Level Using DHS Data of Four Southeast Asian Countries. Social Indicators Research, 2016. 126(1): p. 359-378.
21. Ewerling, F., et al., The impact of women's empowerment on their children's early development in 26 African countries. Journal of global health, 2020. 10(2): p. 020406.
22. Ewerling, F., et al., The SWPER index for women's empowerment in Africa: development and validation of an index based on survey data. The Lancet.Global health, 2017. 5(9): p. e916-e923.
23. Ewerling, F., et al., SWPER Global: A survey-based women's empowerment index expanded from Africa to all low- and middle-income countries. Journal of global health, 2020. 10(2): p. 020343.
24. CARE. WE-MEASR: A Tool to Measure Women's Empowerment in Sexual, Reproductive and Maternal Health Programs. 2014; Available from: **http://www.universalaccessproject.org/wp/wp-content/uploads/2015/06/Overview_Measuring-Womens-Empowerment-in-SRMH-Programs.pdf.**
25. Measure Evaluation. Reproductive Empowerment Scale. 2020; Available from: **https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tl-20-81.**
26. Measure Evaluation. Participation of women in household decision-making index. n.d.; Available from: **https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/gender/wgse/participation-of-women-in-household-decision.**
27. Measure Evaluation. Attitudes towards gender norms (GEM Scale). n.d.; Available from: **https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/mens-health/me/percent-of-men-who-hold-gender-equitable-beliefs.**
28. The Hunger Project. The Women's Empowerment Index. 2017; Available from: **https://www.thehungerproject.nl/wp-content/uploads/2020/10/Women-Empowerment-Index-The-Hunger-Project-2017.pdf.**
29. Chiao-Wen, L., P. Tavrow, and C.-W. Lan, Composite measures of women's empowerment and their association with maternal mortality in low-income countries. BMC Pregnancy & Childbirth, 2017. 17: p. 21-31.
30. Peterman, A. and G. Seymour. Where is the standardized measure of women's empowerment? 2018; Available from: **https://www.ifpri.org/blog/where-standardized-measure-womens-empowerment.**
31. James-Hawkins, L., et al., Women's agency and its relationship to current contraceptive use in lower- and middle-income countries: A systematic review of the literature. Global public health, 2018. 13(7): p. 843-858.
32. Global Affairs Canada. Results-Based Management for International Assistance Programming at Global Affairs Canada: A How-To Guide (Second Edition). 2016; Available from: **https://www.international.gc.ca/world-monde/assets/pdfs/funding-financement/results_based_management-gestion_axee_resultats-guide-en.pdf.**
33. Global Affairs Canada, How Projects are Coded for Gender Equality. n.d., GAC: Ottawa.
34. WHO. Proportion of women aged 15-49 years who make their own informed decisions regarding sexual relations, contraceptive use and reproductive health care (%). n.d.; Available from: **https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4986.**

35. Glennerster, R., C. Walsh, and L. Diaz-Matin. A Practical Guide to Measuring Women's and Girl's Empowerment in Impact Evaluations (J-PAL). n.d.; Available from: **https://www.povertyactionlab.org/practical-guide-measuring-womens-and-girls-empowerment-impact-evaluations.**
36. Taukobong, H.F., et al., Does addressing gender inequalities and empowering women and girls improve health and development programme outcomes? Health policy and planning, 2016. 31(10): p. 1492-1514.
37. Abreha, S.K. and Y.A. Zereyesus, Women's Empowerment and Infant and Child Health Status in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. Maternal and child health journal, 2020.
38. Weber, A.M., et al., Gender norms and health: insights from global survey data. Lancet, 2019. 393(10189): p. 2455-2468.
39. Government of Canada. Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans – TCPS 2. 2018; Available from: **https://ethics.gc.ca/eng/policy-politique_tcps2-eptc2_2018.html.**
40. Bisung, E., et al., Using Photovoice as a Community Based Participatory Research Tool for Changing Water, Sanitation, and Hygiene Behaviours in Usoma, Kenya. Biomed Res Int, 2015. 2015: p. 903025.
41. International HIV/AIDS Alliance, Tools Together Now! 100 participatory tools to mobilise communities for HIV/AIDS. 2006, International HIV/AIDS Alliance.
42. BetterEvaluation. Outcome Mapping. n.d.; Available from: **https://www.betterevaluation.org/en/plan/approach/outcome_mapping.**
43. Wilson-Grau, R. Outcome Harvesting. BetterEvaluation. 2015; Available from: **http://betterevaluation.org/plan/approach/outcome_harvesting.**

CanSFE
Partenariat canadien pour la santé des femmes et des enfants

CanWaCH
Canadian Partnership for Women and Children's Health

Gouvernement du Canada
Government of Canada