

A photograph of a young woman with dark skin and braided hair, wearing a blue shirt, carrying a young child on her back. The child is wearing an orange shirt. They are in a rural setting with mud-brick buildings in the background. The image is overlaid with a semi-transparent purple gradient.

Note d'orientation technique. Mesurer l'agentivité des femmes et des filles dans le domaine de la santé mondiale

Publiée en 2021
Révisée en 2026

À propos

Le Partenariat canadien pour la santé des femmes et des enfants (CanSFE) réunit plus de 110 organisations non gouvernementales (ONG), établissements d'enseignement supérieur, associations professionnelles du secteur de la santé et particuliers qui travaillent en partenariat afin d'améliorer la santé des femmes et des enfants dans plus de 1 000 communautés à l'échelle mondiale. Pour en savoir plus, visitez le CanSFE.ca.

Citation recommandée : CanSFE (mars 2021). Note d'orientation technique. Mesurer l'agentivité des femmes et des filles dans le domaine de la santé mondiale. CanSFE.ca.



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 traite 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 réalités vécues par les communautés à travers le monde, et reconnaît également que l'utilisation d'un langage binaire contribue à invisibiliser cette diversité. Nous espérons que les orientations présentées dans cette note pourront être pertinentes et utiles pour les initiatives visant à mesurer l'autonomisation au sein des communautés de personnes de diverses identités de genre et, plus largement, que des orientations supplémentaires seront éventuellement élaborées à cet égard. Le CanSFE reconnaît également que les termes « femmes et filles » sont fréquemment utilisés dans cette note et qu'ils renvoient à l'expérience des femmes de tous âges, alors qu'en réalité, leurs vécus sont très variés. La littérature actuelle tend à mettre l'accent sur les femmes, ou sur les femmes en âge de procréer, sans fournir de définition plus précise. Par conséquent, bien que les orientations et les ressources incluses dans cette note s'appliquent aux femmes, aux filles et aux adolescentes, il demeure important de tenir compte des besoins propres aux adolescentes. Des directives supplémentaires sur la mesure de l'autonomisation des adolescentes pourraient donc être nécessaires.

Cette note fait actuellement l'examen d'une révision et d'une consultation en continu, et les recommandations sont les bienvenues. Veuillez contacter info@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	Enquête démographique et sanitaire
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'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles en santé mondiale?.....	5
2 L'autonomisation ou l'agentivité des femmes en santé mondiale : définitions et concepts.....	8
2.1 Le suivi et l'évaluation féministes.....	9
3 Considérations pour la mesure de l'agentivité et l'autonomisation des femmes et des filles.....	12
3.1 Les multiples domaines de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles.....	12
3.2 L'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles sont étroitement liées au contexte.....	14
3.2.1 L'importance de définir l'agentivité ou l'autonomisation à l'échelle locale.....	14
3.2.2 Les paramètres de mesure de l'agentivité ou de l'autonomisation changent selon le contexte.....	15
3.2.3 Tenir compte des populations ciblées.....	15
3.3 Le changement dans de multiples sphères prend du temps.....	16
3.4 Développer des paramètres de mesure de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles.....	16
3.5 Limites et défis.....	18
4 Directives pour intégrer des mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles dans les initiatives en santé mondiale.....	19
4.1 Étapes pour mesurer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles.....	19
4.2 Mesure des résultats ultimes.....	21
4.3 Mesure des résultats intermédiaires.....	21
4.4 Mesure des résultats immédiats.....	21
4.5 Mesure des extrants.....	22
4.6 Exemples d'indicateurs (résultats intermédiaires et immédiats) pour différents domaines.....	22
4.7 Méthodes de collecte de données et fréquence.....	25
4.8 Éthique de la collecte de données.....	26
4.9 Méthodes de collecte de données qualitatives.....	27
5 Exemples de chaînes de résultats d'AMC.....	29
6 Liste de vérification pour mesurer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles.....	30
Annexe A : Méthodes utilisées pour rédiger la note d'orientation.....	34
Annexe B : Liste des références scientifiques incluses dans la revue de littérature.....	34
Annexe C : Liste de littérature grise incluse dans l'examen.....	38
Annexe D : Liste de mesures, d'outils et de manuels externes pour de plus amples informations.....	38
Annexe E : Documents d'Affaires mondiales Canada.....	41
Annexe F : Références citées.....	42

1 Introduction

1.1 Objectifs de la note d'orientation

Reconnaissant que les femmes et les filles, dans toute leur diversité, continuent de faire face à des inégalités de genre et à des formes de discrimination qui nuisent à leur état de santé et entravent l'exercice de leur droit à la santé et de l'ensemble de leurs droits; et reconnaissant le rôle essentiel de l'agentivité des femmes et des filles dans l'atteinte des résultats en matière de santé et de droits à l'échelle mondiale, la présente note d'orientation vise à faciliter la mesure de l'agentivité des femmes et des filles dans le cadre des initiatives de santé mondiale, en particulier des projets mis en œuvre dans le cadre de l'Engagement de 10 ans du Canada en matière de santé et de droits dans le monde. 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)**, le champ d'action 1 (l'égalité des genres et le renforcement du pouvoir des femmes et des filles) et le 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**
- **Outil de mesure du renforcement de l'égalité et du pouvoir des femmes** d'AMC

Note : bien que la littérature internationale et les ressources citées emploient les termes « renforcement du pouvoir » et « autonomisation », la présente note utilise le terme « agentivité » en plus du terme « autonomisation », conformément à une terminologie en constante évolution qui met en lumière le pouvoir intrinsèque de toutes les femmes et les filles, dans toute leur diversité, pouvoir qu'elles peuvent ou non être en mesure d'exercer selon les normes, les pratiques et les rapports de pouvoir socioculturels liés au genre dans chaque contexte. Il n'existe pas de définition universellement établie de l'agentivité. Toutefois, ce concept renvoie à la capacité des femmes et des filles de prendre des décisions éclairées et autonomes concernant tous les aspects de leur vie, et d'agir en conséquence sans faire face à des obstacles, à la discrimination ou à des répercussions négatives. L'agentivité n'est pas conférée aux femmes et aux filles par une entité extérieure; elle leur est inhérente.

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

Cette note 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 et des filles, 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'agentivité ou 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'agentivité ou 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]

La notion selon laquelle le renforcement de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles est essentiel à l'amélioration des résultats en matière de santé s'inscrit dans une vision instrumentaliste. Lorsque nous mesurons l'agentivité ou l'autonomisation, il est important d'adopter, en premier lieu, une approche fondée sur les droits et/ou sur la justice, tout en reconnaissant les avantages réels de l'approche instrumentaliste (c.-à-d., l'amélioration des résultats en matière de santé). Cependant, cette approche n'est pas toujours privilégiée dans la littérature ni par les praticiennes et praticiens du développement. Les données actuelles sur l'agentivité ou l'autonomisation en matière de santé reposent encore largement sur une approche instrumentaliste. La présente note d'orientation s'appuie sur l'état actuel de la littérature, sans pour autant exclure le recours à une approche fondée sur les droits et la justice dans les programmes de santé mondiale.

L'approche fondée sur les droits

Une approche fondée sur les droits reconnaît que la réalisation des droits constitue l'objectif ultime des programmes de développement et d'aide humanitaire, et qu'elle contribue à l'atteinte de résultats dans des domaines tels que l'éducation, la santé ou l'autonomisation économique. Elle place les droits des femmes et des filles, ainsi que l'agentivité et l'autonomisation nécessaires à l'exercice de ces droits, au cœur de ses objectifs, à la fois comme finalité en soi et comme leviers pour atteindre des résultats sectoriels.

L'approche fondée sur les droits vise à autonomiser les personnes les plus pauvres et les plus marginalisées en renforçant leur capacité à connaître leurs droits, à les exercer, à les revendiquer et à obtenir réparation. Ces personnes sont les titulaires de droits.

Comme les droits entraînent nécessairement des obligations, cette approche vise également à renforcer la capacité des acteurs étatiques à respecter, protéger et mettre en œuvre leurs obligations juridiques en matière de droits de la personne. Ces acteurs sont les détenteurs d'obligations.

L'approche instrumentaliste

L'approche instrumentaliste peut se comprendre à partir de la question suivante : « Si ce problème est résolu, quels avantages additionnels cela entraînera-t-il pour les autres, par exemple pour la communauté ou l'économie? » Dans cette perspective, l'égalité des genres est envisagée comme un moyen d'atteindre d'autres objectifs, tels que le développement économique ou la paix et la sécurité durables. Cette approche a souvent été utilisée afin de rallier un large appui. Par exemple : « Les taux de mortalité maternelle et infantile diminuent lorsque les femmes sont en mesure de prendre des décisions éclairées concernant leur santé. »

Bien que l'approche instrumentaliste soit couramment utilisée, il importe de la reconnaître pour ce qu'elle est. Les programmes devraient viser la réalisation des droits et considérer l'égalité des genres à la fois comme une finalité en soi et comme un moyen de favoriser l'atteinte optimale d'autres objectifs, notamment en matière de santé.

L'approche fondée sur la justice : un concept émergent

L'approche fondée sur la justice est une perspective émergente qui propose un examen critique des systèmes d'aide et des paradigmes du développement actuels, tout en offrant un cadre pour concevoir des solutions alternatives axées sur la justice, l'équité et une véritable autonomisation. Elle reconnaît que le monde fait face à une convergence de crises, notamment l'effondrement climatique, l'aggravation des inégalités, la diminution des ressources financières, la montée de l'autoritarisme, les mouvements opposés aux droits et l'érosion continue de la confiance envers les institutions censées servir l'intérêt public. Cette approche soutient que les réponses actuelles, fondées sur les principes de la charité, de l'aide internationale et des droits de la personne, sont de plus en plus inadéquates et contribuent souvent à perpétuer les problèmes qu'elles cherchent à résoudre. Ces approches peuvent renforcer les déséquilibres de pouvoir, faire passer les intérêts des bailleurs de fonds avant les besoins des communautés et créer des cycles de dépendance plutôt que de favoriser l'autonomisation.

Idée centrale : cette approche reconnaît que les principes relatifs aux droits de la personne ne suffisent pas, à eux seuls, à remédier aux injustices systémiques profondes, aux déséquilibres de pouvoir et aux torts historiques.

Priorité : au-delà des droits reconnus par la loi, cette approche met l'accent sur **l'équité, une véritable autonomisation, la transformation des structures et le démantèlement des systèmes oppressifs**.

Mécanisme : cette approche porte un regard critique sur les modèles d'aide et de développement, remet en question les rapports de pouvoir en place et cherche à promouvoir des solutions complètes et transformatrices.

Objectif : parvenir à la justice et à l'équité, au-delà du simple respect des droits, ce qui suppose souvent des transformations majeures dans la répartition du pouvoir et des ressources.

À consulter : [The Justice Based Approach | United Edge](#)

Il est important de noter que l'approche fondée sur les droits et celle fondée sur la justice sont étroitement liées. L'approche fondée sur la justice s'appuie sur l'approche fondée sur les droits en prônant une refonte fondamentale des systèmes qui perpétuent les inégalités, ce qui en fait une approche globale. **Concrètement**, l'approche fondée sur les droits établit des principes clés pour orienter le développement, notamment l'égalité, la participation et la responsabilité. L'approche fondée sur la justice propose plutôt un regard critique qui nous amène à nous interroger

sur les raisons pour lesquelles les inégalités persistent malgré l'existence de cadres juridiques garantissant les droits.

Les mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes utilisées dans les projets financés par des donateurs remplissent plusieurs fonctions. Elles servent notamment à assurer la reddition de comptes envers les personnes qui participent aux projets ou qui en bénéficient, ainsi qu'envers les donateurs, à suivre le rendement des projets, à améliorer leur qualité et à favoriser l'apprentissage. Parallèlement, il est essentiel que **le processus même de mesure de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles contribue à renforcer leur pouvoir**. Une initiative doit examiner attentivement la façon dont les paramètres retenus pour mesurer l'agentivité ou l'autonomisation serviront chacun des objectifs, tout en veillant à ce que le leadership et la voix des femmes et des filles soient au cœur de la démarche adoptée.

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

Il n'existe pas de définition unique de l'autonomisation des femmes et des filles. Des concepts connexes, tels que « l'autonomie » [7, 8] et « l'agentivité », sont reliés à l'autonomisation des femmes et des filles 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 son potentiel de transformation [14].

Avant d'établir des mesures d'évaluation, une initiative devrait élaborer ou adapter un **modèle conceptuel de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles**. Qu'il soit intégré à la théorie de changement d'une initiative ou qu'il l'accompagne, le modèle conceptuel identifie les multiples domaines de l'agentivité et de l'autonomisation des femmes et des filles, ainsi que les rapports entre ceux-ci dans le contexte de l'initiative. Ce modèle conceptuel de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles oriente la stratégie d'égalité des genres, le modèle logique, la théorie du changement et le récit sur celui-ci, ainsi que les indicateurs choisis, en plus de fournir un cadre d'analyse de l'autonomisation ou de l'agentivité des femmes et des filles 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 coll. [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 concepts suivants : « le pouvoir de », « le pouvoir avec » et « le pouvoir intérieur », qui sont également inclus dans les dimensions de Kabeer. De nombreux modèles conceptuels utilisés par des organisations non gouvernementales s'appuient, de façon similaire, sur les dimensions suivantes : ressources, agentivité, relations et structures institutionnelles [13] [10].

Toutes les définitions et tous les modèles conceptuels reconnaissent que l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles est multidimensionnelle, complexe et non linéaire, et qu'il s'agit à la fois d'un processus et d'un résultat [12, 14].

De façon générale, cinq domaines interreliés concernant l'égalité des genres et l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles sont pris en compte dans la conception et la mesure des projets, tous secteurs confondus, y compris celui de la santé, tout au long du cycle de vie des projets. Ces domaines comprennent :

1. L'accès aux ressources et le contrôle exercé sur celles-ci, notamment les ressources matérielles, financières, sociales et personnelles telles que la propriété foncière, l'information, la technologie, le revenu, la nourriture et le temps.
2. Les rôles et responsabilités liés au genre, ou la répartition du travail productif, reproductif et bénévole selon le genre, y compris le travail domestique et les soins non rémunérés.
3. La participation, le leadership et la prise de décisions dans les sphères privée et publique sur toutes les questions touchant la vie des femmes et des filles, notamment l'éducation, les possibilités économiques, l'autonomie corporelle ainsi que la représentation et le leadership dans la vie publique.
4. Les normes, attitudes et pratiques sociales néfastes, y compris toutes les formes de violence fondée sur le genre, telles que les mutilations génitales féminines et l'excision, le mariage forcé et précoce, etc.
5. L'environnement politique, législatif et systémique, y compris les formes de discrimination directe ou indirecte ainsi que la prise en compte des questions de genre par les institutions et les systèmes. L'environnement systémique revêt une importance particulière pour l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles, puisqu'il peut soit favoriser, soit entraver leur autonomie et l'exercice de leurs droits, et constitue à ce titre un levier essentiel.

Il est important de souligner que ces domaines sont fortement interreliés et interdépendants. Par exemple, les rôles associés au genre reposent souvent sur des normes patriarcales profondément ancrées concernant le rôle et la valeur sociale accordés aux femmes et aux filles. Ces normes peuvent limiter leur accès aux ressources et le contrôle qu'elles exercent sur celles-ci, restreindre leur participation et leur pouvoir décisionnel dans les sphères privée et publique, et contribuer à normaliser des pratiques néfastes, notamment la violence fondée sur le genre. Ces domaines couvrent toutefois un large éventail de besoins pratiques et d'intérêts stratégiques des femmes et des filles et, à ce titre, il est important de les mesurer.

2.1 Le suivi et l'évaluation féministes

L'approche féministe appliquée 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 exercent leur agentivité en participant pleinement à la collecte, à l'analyse et à l'utilisation des données, et elles ont leur mot à dire sur les récits racontés à leur sujet. Le suivi féministe devrait être mené régulièrement, et inclure les femmes et les filles à la collecte, à l'analyse et à l'utilisation des données. Des orientations détaillées sur les approches féministes appliquées au suivi et à l'évaluation

devraient être présentées dans le plan de suivi et d'évaluation d'un projet 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'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles, le suivi et l'évaluation féministes doivent recevoir les ressources appropriées, être bien planifiés dès le début du projet, et faire partie de la stratégie en matière d'égalité des genres et du plan de suivi et d'évaluation.

Bien que les pratiques de suivi et d'évaluation féministes, comme l'utilisation d'un processus de cocréation lors de l'établissement et de la définition des indicateurs ou comme le fait de s'assurer que les femmes et les filles s'approprient leurs données, soient recommandées du début à la fin de cette note, le domaine du suivi et de l'évaluation est beaucoup trop vaste pour que cette note d'orientation puisse l'aborder dans son ensemble. De plus, nous reconnaissons qu'il existe des tensions entre certaines orientations recommandées dans la littérature actuelle et les principes et méthodes féministes. Par ailleurs, dans certains contextes, particulièrement ceux touchés par des conflits, une volonté d'accélérer rapidement des changements transformateurs peut entraîner des effets néfastes ou des réactions négatives, notamment des risques pour la sécurité des personnes participantes, ou encore compromettre l'acceptabilité de l'intervention. Dans de tels contextes, une approche qui tient compte des questions de genre peut constituer un objectif acceptable et offrir une base plus sûre pour la suite des interventions. 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

ONU Femmes (2022). **Manuel d'évaluation : Gestion des évaluations sensibles au genre**

Le tableau suivant présente différents degrés d'intégration de l'égalité des genres dans le suivi effectué dans le cadre du SÉRA. Veuillez vous référer aux **présentations** de la formation sur l'égalité des genres du CanSFE.

Approches sensibles aux questions de genre	Approches tenant compte des questions de genre	Approches féministes / transformatrices en matière d'égalité des genres
Assurent le suivi des bénéficiaires et des parties prenantes, tant chez les femmes que chez les hommes.	Assurent le suivi des bénéficiaires et des parties prenantes, tant chez les femmes que chez les hommes.	Assurent le suivi des bénéficiaires et des parties prenantes, tant chez les femmes que chez les hommes.
Tiennent compte de la dimension de genre lors de la planification et de l'analyse des risques liés à la collecte de données.	Tiennent compte de la dimension de genre lors de la planification et de l'analyse des risques liés à la collecte de données.	Tiennent compte de la dimension de genre lors de la planification et de l'analyse des risques liés à la collecte de données.
Recueillent et classent les données ventilées par sexe et par âge.	Recueillent et classent les données ventilées par sexe et par âge.	Recueillent et classent les données ventilées par sexe et par âge.
	Assurent le suivi des différences entre les genres chez les personnes qui participent à l'intervention et celles qui en bénéficient.	Assurent le suivi des différences entre les genres chez les personnes qui participent à l'intervention et celles qui en bénéficient.
	Veillent à la participation réelle et significative des femmes et des filles aux activités de suivi.	Veillent à la participation réelle et significative des femmes et des filles aux activités de suivi.
		Conçoivent les activités de suivi en collaboration avec les femmes et les filles participantes.
		Veillent à l'utilisation d'outils de suivi permettant de recueillir des données individuelles et expérientielles.
		Ont recourt à des activités de suivi qui, en elles-mêmes, favorisent l'autonomisation.

3 Considérations pour la mesure de l'agentivité et l'autonomisation des femmes et des filles

3.1 Les multiples domaines de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles

Puisque l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles est multidimensionnelle et que ses différentes composantes sont étroitement liées, il importe, pour chaque initiative de santé mondiale, de recueillir et d'analyser des données dans plusieurs domaines pertinents liés à l'égalité des genres et à l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles [13]. Des changements dans un seul domaine ne suffisent généralement pas à accroître l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles ni à améliorer leurs résultats en matière de santé. Il importe toutefois de veiller à ce que des interventions adéquates et transformatrices soient mises en œuvre dans plusieurs domaines avant d'établir des mesures permettant d'évaluer les progrès, tout en reconnaissant que les transformations en matière d'égalité des genres sont complexes et nécessitent une approche à long terme qui agit à plusieurs niveaux, notamment auprès des filles et des femmes, des ménages, des communautés et des systèmes.

Le tableau ci-dessous présente quelques exemples de domaines de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles en lien avec la santé, sans toutefois s'y limiter [7]. (Voir également le document **Architecture for Gender Transformative Programming and Measurement** de Plan International Canada, qui présente des résultats en matière d'agentivité ou d'autonomisation des femmes et des filles pouvant être adaptés à divers contextes, ainsi qu'un indice multidimensionnel d'autonomisation des femmes et des filles et un système de notation des projets.)

Domaines	Indicateurs
Accès aux ressources et contrôle sur celles-ci	• Pourcentage de femmes et de filles ayant un accès adéquat aux ressources et un contrôle sur celles-ci : • Accès à des liquidités / autonomie financière • Accès à la technologie • Accès aux services de santé et recours à ceux-ci • Accès aux moyens de transport et de mobilité • Accès à l'information en matière de santé, de contraception et de planification familiale • Accès aux ressources permettant de répondre aux besoins de base (alimentation, sommeil, repos, loisirs, vêtements, etc.)
Rôles et responsabilités selon le genre	• Temps consacré chaque jour aux tâches ménagères • Attitudes et perceptions à l'égard des responsabilités et des rôles associés au genre

Participation et prise de décision	• Prise de décision en matière de choix reproductifs • Prise de décision en matière de sexualité • Sa propre santé • Mobilité et liberté de circulation • Communication entre conjoints [1] • Perception de soi et efficacité • Caractéristiques du mariage ou de la relation • Prise de décision concernant le ménage • Recours aux soins de santé • Participation à la vie publique • Représentation, participation et leadership au sein de groupes communautaires et de collectivités
Normes, attitudes et pratiques sociales	• Absence de contrôle exercé par le partenaire ou la famille • Attitudes et croyances liées au genre chez les femmes et les hommes, les filles et les garçons • Connaissance et reconnaissance des droits des femmes et des filles (VFG, SDSR, MEPF, etc.) • Absence de violence • Degrés et formes de soutien apporté par les hommes tout au long du continuum de soins en SRMNE, y compris l'accompagnement vers les établissements de santé ainsi que le partage des tâches domestiques et des soins aux enfants
Prise en compte des questions de genre dans les politiques et les systèmes À noter que, dans le contexte particulier de la santé, il convient de consulter le guide <i>Jhpiego Gender Service Delivery Standards</i> de Johns Hopkins, accessible au www.jhpiego.org/gender. Ce guide définit des normes pour les différents volets de la prestation de services et présente de manière exhaustive les éléments relatifs à la qualité des soins qui tiennent compte de la dimension du genre.	Degré de prise en compte des enjeux de genre dans le système de santé ou la prestation de services : • La manière dont les décisions sont prises (p. ex., utilisation de données ventilées par sexe, analyses comparatives entre les sexes, participation des femmes et des filles, quotas de représentation politique) • La manière dont les services sont organisés et fournis (p. ex., élimination des obstacles à l'accès, notamment en matière de consentement, d'autonomie en santé, d'horaires, d'attitudes du personnel, de consentement éclairé, de respect de la vie privée, de confidentialité, etc.) • La manière dont les services sont suivis et évalués • La manière dont les institutions sont gouvernées et gérées

	• Les cadres juridiques, les politiques et les lignes directrices • La formation du personnel • Les infrastructures
--	---

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

3.2 L'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles sont étroitement liées au contexte

Les concepts d'autonomisation et d'agentivité des femmes et des filles sont très difficiles à généraliser, car l'autonomisation est complexe [1, 3, 12, 14], relative, culturelle, non linéaire et contextuelle.

Par conséquent, il n'existe aucune méthode de mesure uniforme de l'autonomisation des femmes et des filles.

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 des filles, et aucune politique associée à l'autonomisation des femmes [13]. Toutefois, plusieurs ONG internationales se sont efforcées de normaliser la mesure de l'agentivité des femmes et des filles, notamment au moyen du document de **Plan International Canada, *Architecture for Gender Transformative Programming and Measurement***, que l'on peut adapter à tout secteur, y compris celui de la santé, et qui comprend un indice multidimensionnel.

3.2.1 L'importance de définir l'agentivité ou 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 représentantes et représentants 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 représente 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 définition 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, les capacités, l'orientation sexuelle, la religion, l'ethnie et d'autres facteurs) [12] doivent également être considérées dans l'analyse des mesures de l'autonomisation des femmes.

CONSIDÉRATIONS INTERSECTIONNELLES :

- Pays
- Région
- Milieu rural ou urbain
- Âge des femmes et des filles
- État matrimonial
- Intersectionnalité (identité de genre et sexuelle, statut socioéconomique, handicap, religion, ethnie)

- Participation masculine
- Échelle des mesures (p. ex., échelle individuelle, du ménage, politique)

Il importe également de souligner que ces considérations, tout comme la manière dont l'agentivité ou l'autonomisation est définie, ne sont pas statiques et peuvent évoluer au fil du temps et au cours de la vie des femmes et des filles.

3.2.2 Les paramètres de mesure de l'agentivité ou de l'autonomisation changent selon le contexte

Plusieurs indicateurs ont été utilisés pour mesurer l'autonomisation ou l'agentivité des femmes et des filles, avec des résultats mitigés ou contradictoires en ce qui concerne leur corrélation avec les résultats en santé. 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. Rien n'indique que cette mesure est associée aussi fortement aux résultats en santé 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 traduire un manque de soutien de la part de son partenaire [7].

Ainsi, il est impossible d'utiliser un seul indicateur pour mesurer l'autonomisation ou l'agentivité des femmes et des filles 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'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles. Voici quelques nuances dont on ne tient pas toujours compte :

- Plusieurs indicateurs sont axés sur les femmes et les adolescentes mariées et ne tiennent pas compte des femmes et des adolescentes 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] permettant de comparer ou d'associer ce que pourrait déclarer une épouse ou une conjointe à ce que pourrait déclarer son mari.
- Il y a un manque d'informations sur les indicateurs visant à mesurer l'autonomisation des adolescentes (en particulier celles âgées de 10 à 14 ans et qui ne sont pas incluses dans l'EDS) [13, 17].

Note : l'une des mesures identifiées dans la littérature grise est *L'étude mondiale sur les jeunes adolescents* [18].

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LES ADOLESCENTES :

Une grande partie de la littérature disponible est axée sur l'autonomisation des « femmes et des filles » et parfois, cette description exclut involontairement 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 de façon approfondie. Toutefois, les projets qui travaillent avec des adolescentes sont encouragés à consulter quelques-unes des ressources tirées de la Global Early Adolescent Study (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'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles. **Il n'est pas réaliste de s'attendre à des changements majeurs en peu de temps** [12, 14]. Voilà pourquoi il est important de concevoir des mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles au niveau des extrants, du résultat ultime, des résultats intermédiaires et des résultats immédiats qui peuvent être évalués sur une base plus fréquente.

Nous devons mesurer l'autonomisation au niveau des extrants, des résultats immédiats, des résultats intermédiaires et des résultats ultimes

3.4 Développer des paramètres de mesure de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles

La grande partie de la littérature disponible est axée sur les indicateurs de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles recueillis par des enquêtes de couverture. Certaines d'entre elles mesurent l'agentivité ou 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** couvrant plusieurs dimensions afin de mesurer les changements en matière d'agentivité ou d'autonomisation comme réalité vécue.

INDICATEURS QUALITATIFS POUR LES RAPPORTS REMIS À AMC :

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, les questions sur la prise de décision sont largement utilisées pour mesurer l'agentivité ou 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 l'EDS). Bien que les indicateurs tels qu'une **hausse de l'utilisation de contraceptifs** ont été utiles dans le passé pour mesurer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles, 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'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles [20]. En réalité, le recours à un indicateur sectoriel (tel qu'un indicateur de santé) pris isolément n'est, au mieux, qu'un indicateur indirect et ne permet pas nécessairement de rendre compte de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles. Un exemple typique est l'augmentation du revenu des femmes : bien qu'essentielle, elle ne permet pas de savoir si les femmes ont un contrôle sur ce revenu ni si d'autres changements importants se sont également produits, comme une diminution du travail de soins non rémunéré ou de la violence fondée sur le genre.

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	Utilisée 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 de 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 de l'Université Johns Hopkins	Enquête de couverture simplifiée fondée sur la méthodologie de l'EDS, qui contient des mesures de l'autonomisation des femmes ainsi que des conseils pour 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]. L'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., l'indicateur de la participation des femmes, l'indicateur des disparités entre les sexes dans le développement humain, l'indice mondial

des écarts entre les genres, l'indice d'équité entre les genres, l'indice des institutions sociales et de l'égalité des genres, et l'indice de l'inégalité des genres) peuvent également être associés à certains résultats en santé, 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 risquent de passer à côté de données spécifiques 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'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles ne sont pas validés [13]. Bien que les mesures et les outils validés sont un excellent point de départ, lorsque nous évaluons de nouvelles mesures, ou que nous adaptons ou créons des mesures en fonction du 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 une « référence absolue ». Lorsqu'il est possible de les utiliser et qu'elles s'adaptent au projet et au contexte, elles sont alors idéales. Toutefois, 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 d'effectuer des recherches pour savoir si d'autres personnes ont une expérience semblable en ce qui concerne l'adaptation de ces mesures, un processus qui peut s'avérer très exigeant. Ainsi, 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'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles 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 individus 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'agentivité et l'autonomisation sont fluides et varient selon les contextes. De plus, les données de l'EDS disponibles ne correspondent pas nécessairement à l'échéancier 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'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles (comme la prise de décisions) comparativement à d'autres domaines (comme les mesures institutionnelles ou politiques), de sorte qu'il est difficile de recommander des indicateurs dans ces derniers domaines [1]. On s'entend de façon générale pour dire qu'il faut faire plus de recherches rigoureuses sur la mesure de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles [1], notamment sur les mesures et les échelles validées [13, 31].

Méthodes mixtes : Il est généralement reconnu que les méthodes combinées constituent la meilleure approche pour mesurer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles. Toutefois, il existe peu de documentation sur les meilleures pratiques relatives aux méthodes qualitatives utilisées pour assurer le suivi, l'évaluation et la recherche sur

l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles [7]. Par conséquent, il est important que les organisations qui mènent ce type d'initiatives puissent en présenter des exemples afin de favoriser l'apprentissage collectif. Lisez la section ci-dessous pour en savoir plus sur les méthodes qualitatives.

Malgré ces limites, il demeure important de mesurer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles dans les programmes financés par AMC, compte tenu de l'importance de ces dimensions.

4 Directives pour intégrer des mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles dans les initiatives en santé mondiale

4.1 Étapes pour mesurer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles

Pour mesurer l'agentivité ou l'autonomisation, il faut définir des résultats et des objectifs en matière d'égalité des genres qui soient pertinents, fondés sur des données probantes et adaptés au contexte, en veillant à ce que les extrants et les activités soient également intégrés au cadre de gestion axée sur les résultats (GAR), à la théorie du changement et au modèle logique du projet. Par exemple, si l'objectif d'un projet est de « renforcer l'agentivité des adolescentes afin qu'elles puissent faire valoir leur droit à des services et à des ressources sûrs et accessibles en matière de contraception », il ne suffit pas de mesurer le taux d'utilisation des contraceptifs chez les adolescentes. Il faut également déterminer dans quelle mesure ce droit est effectivement respecté, ce qui suppose d'examiner leur capacité à prendre des décisions libres et éclairées concernant l'utilisation de moyens contraceptifs. Le taux d'utilisation des contraceptifs ne suffit donc pas, à lui seul, pour évaluer l'agentivité ou l'autonomisation des adolescentes.

Les étapes suivantes présentent d'importantes considérations pour l'élaboration de paramètres de mesure de l'agentivité et de l'autonomisation des femmes et des filles :

1. Le modèle théorique ou la théorie du changement de l'intervention doit définir clairement les domaines retenus en matière d'agentivité ou d'autonomisation des femmes et des filles, en recourant à l'approche ACS+ pour cerner les domaines dans lesquels elles sont privées d'autonomie [13]. Il est important de préciser quelles activités entraîneront quels extrants, lesquels entraîneront ensuite des résultats à court et à long terme. La théorie du changement devrait être fondée sur les connaissances issues de la recherche, ainsi que sur l'expérience des organisations concernées et des communautés participantes. Vous trouverez de plus amples renseignements sur l'élaboration de cette théorie du changement dans le document d'AMC sur la GAR (p. ex., p. 69) [32]. Dans le cadre de ce travail, il importe de définir clairement **pourquoi** l'agentivité ou l'autonomisation est mesurée, quels **domaines** sont pertinents dans le contexte de l'intervention et ce qui constituerait une **réussite** [12]. **La théorie du changement devrait être créée en collaboration** avec les femmes et les filles de la communauté ainsi

qu'avec les organisations féminines du milieu d'intervention. **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'agentivité ou l'autonomisation devraient être utilisées lorsque 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** quant à la meilleure façon de mesurer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles dans ce contexte particulier.
4. Si possible, l'agentivité ou l'autonomisation devrait être mesurée à **différents niveaux socioécologiques**, dont les niveaux individuel, relationnel, communautaire, institutionnel et politique/structurel.
5. Il convient d'utiliser **plusieurs mesures** plutôt que de s'appuyer sur une seule mesure ou sur un nombre limité de mesures. Celles-ci devraient être appliquées **au niveau des extrants, des résultats immédiats, des résultats intermédiaires et des résultats ultimes**, de manière à démontrer clairement le parcours de changement en matière d'agentivité ou d'autonomisation des femmes et des filles. À chaque niveau, des mesures liées à l'agentivité ou à l'autonomie ainsi qu'aux ressources devraient être incluses.
6. Tous les indicateurs de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles doivent mesurer un résultat. Il ne devrait pas y avoir d'indicateurs orphelins, qui ne sont pas liés aux autres indicateurs du modèle logique. Toutefois, bien que cela s'applique aux indicateurs officiels inclus dans le cadre de mesure du rendement, il est courant, à l'échelle des projets, d'utiliser des indicateurs particuliers à des fins de gestion de projet.
7. Les données recueillies (même au-delà des indicateurs de l'agentivité ou de l'autonomisation) doivent être **ventilées par sexe**, ainsi que par d'autres facteurs démographiques clés pertinents au projet (tels que l'âge, les capacités, 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'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles. Les données ne devraient pas être recueillies sans plan d'utilisation.

Le document d'AMC intitulé *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 des résultats ultimes

Au niveau des résultats ultimes, les résultats escomptés traduisent un changement d'état. Dans les initiatives de santé mondiale axées sur l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles, cela correspond généralement à une **amélioration de l'état de santé accompagnée d'une mesure de l'agentivité ou de l'autonomisation**.

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 défini localement

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'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles **liées à la prise de décisions, aux normes sociales et à l'accès aux services** dans les projets de santé mondiale peuvent être utilisées au niveau des résultats intermédiaires.

En voici quelques exemples :

- Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans (ventilées selon l'âge) 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 (ventilées selon l'âge) 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 des résultats immédiats, les résultats traduisent un changement en matière de connaissances, de compétences, d'attitudes et de volonté. Les mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles peuvent servir à mesurer un changement chez les intermédiaires ou les bénéficiaires, ou chez les deux groupes. Dans les projets de santé mondiale, **il peut s'agir 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 femmes qui connaissent au moins une méthode de contraception (%) [12]
- Mesure dans laquelle les femmes et les filles sont perçues comme égales aux hommes et aux garçons

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

4.5 Mesure des extraits

Les extraits sont les produits ou services fournis dans le cadre des activités du projet. Ils devraient clairement démontrer que le projet met en œuvre des activités visant à favoriser l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles, conformément à la théorie du changement de l'initiative.

AUTRES RESSOURCES D'AMC SUR LES INDICATEURS DE L'AUTONOMISATION DES FEMMES :

1. Affaires mondiales Canada. (2016). La gestion axée sur les résultats appliquée aux programmes d'aide internationale : Un guide pratique (deuxième édition). Source : https://www.international.gc.ca/world-monde/assets/pdfs/funding-financement/results_based_management-gestion_axee_resultats-guide-fr.pdf
2. Affaires mondiales Canada. (2017). Politique d'aide internationale féministe du Canada. Source : https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/policy-politique.aspx?lang=fra
3. Affaires mondiales Canada. (2019). Aide internationale féministe – Trousse d'outils pour l'égalité des genres dans les projets. Source : https://www.international.gc.ca/world-monde/funding-financement/gender_equality_toolkit-trousse_outils_egalite_genres.aspx?lang=fra
4. Gouvernement du Canada. (2019). Indicateurs de la Politique d'aide internationale féministe. Source : 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 présente quelques exemples d'indicateurs, par domaine, au niveau des résultats intermédiaires et immédiats. Il convient de noter que les changements de comportement sont habituellement déclarés selon l'expérience de la personne répondante et se situent au niveau des résultats intermédiaires. Toutefois, lorsqu'un indicateur est moins précis (par exemple, lorsqu'il évalue les perceptions de ce qui est généralement acceptable dans la communauté plutôt que des comportements réellement autodéclarés), il mesure habituellement des attitudes et se situe au niveau des résultats immédiats. Cette distinction n'est pas toujours claire et peut dépendre de votre théorie du changement.

Quelques-uns des indicateurs ci-dessous mesurent directement l'agentivité ou l'autonomisation (c.-à-d. qu'ils mesurent des domaines comme la prise de décision), tandis que d'autres sont des indicateurs substitutifs associés à l'agentivité ou à l'autonomisation et mesurent souvent l'environnement favorable à l'autonomisation. Malgré leur importance, les indicateurs substitutifs, à eux seuls, ne permettent pas de conclure à une réelle autonomisation.

Niveau du résultat	Changement	Domaine	Exemple d'indicateur	Méthodes/ Sources
Résultat intermédiaire	Changement dans les comportements ou pratiques (individuel)	Participation et prise de décision : sa propre santé	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans (par âge) qui prennent leurs propres décisions sur les soins de santé (%) ¹	EDS

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?

		Participation et prise de décision : santé reproductive et sexuelle	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans (par âge) 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 (par âge) 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'autono-misation en matière de reproduction [25]
		Participation et prise de décision : mobilité/liberté de circulation (les femmes sont libres de sortir de chez elles)	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans (par âge) qui peuvent aller seules chez un parent du village (%); voir d'autres exemples dans la note de bas de page ⁵ [35]	

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 (échelle individuelle)	Participation et prise de décision dans la vie publique : 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] Proportion de femmes occupant des postes de direction au sein de groupes formels ou informels (%) Note : dans le domaine de la santé, il peut s'agir de structures de gouvernance en matière de santé au niveau communautaire (ou à un niveau supérieur)	Enquête de couverture [12] Sondage
Résultat immédiat	Changement dans les connaissances, les compétences, les attitudes et la volonté	Normes propres au genre 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

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	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] Mesure dans laquelle les femmes et les filles sont perçues comme égales aux hommes et aux garçons (les deux sexes) 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
		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

		Accès aux ressources	Proportion des travailleurs de la santé ayant des connaissances adéquates sur la SSR (%) [12]	Avant et après les évaluations (formations)
		Connaissances sur la planification familiale	Proportion de toutes les femmes qui connaissent au moins une méthode contraceptive, par méthode précise (%) [12]	Suivi du projet
				Enquête de couverture [12]
		Accès aux ressources	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)
		Connaissance des droits		Suivi du projet
		Normes propres au genre	Degré de satisfaction à l'égard de la communication au sein du couple, rapporté par les femmes [12]	Enquête de couverture [12]
		Satisfaction à l'égard de la communication au sein du couple		Suivi du projet

4.7 Méthodes de collecte de données et fréquence

Méthodes : Les méthodes utilisées peuvent comprendre la collecte de données primaires (comme la collecte de vos propres données d'enquête) ou l'utilisation de données secondaires, lorsqu'elles sont disponibles (comme les données des enquêtes démographiques et sanitaires, les études grises ou scientifiques, ou les systèmes de gestion de l'information en santé).

Fréquence : Il est important de mesurer l'agentivité ou l'autonomisation tout au long du projet et de veiller à ce que les méthodes et les outils de collecte de données soient adaptés à la fréquence des mesures.

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 la qualité et de méthodes de collecte de données qualitatives devraient être recueillies et analysées régulièrement. Cela permet de s'assurer que l'agentivité ou l'autonomisation est saisie comme un processus et non seulement comme un résultat. Ces données devraient être utilisées comme une source d'apprentissage continu.

De plus amples informations sur les méthodes de collecte de données et sur 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

Il est important de respecter les normes éthiques relatives à la collecte de données auprès d'êtres humains dans le contexte de la collecte de données sur l'agentivité et l'autonomisation des femmes et des filles. La mise en œuvre de programmes d'autonomisation comporte des risques [38], notamment celui d'exposer les femmes et les filles à la

violence fondée sur le genre. Dans les programmes transformateurs en matière d'égalité des genres, il est donc important de travailler en collaboration avec les femmes et les filles, ainsi qu'avec les hommes et les garçons des communautés, afin d'évaluer et d'atténuer les risques, plutôt que de renoncer aux approches visant à renforcer l'agentivité et l'autonomisation en présumant qu'elles entraîneront nécessairement des effets négatifs.

Idéalement, toute collecte de données primaires utilisées 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. Si c'est impossible pour des raisons budgétaires ou d'échéancier, 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].

Il s'agit de respecter les principes suivants :

- Les avantages de la collecte de données dépassent tout risque de nuire.
- Des analyses des risques en matière de protection sont réalisées et des plans d'atténuation sont mis en place, notamment par la création d'espaces sûrs sur les plans physique et psychologique. Cela comprend des considérations liées, entre autres, au lieu, au moment choisi, au respect de la vie privée et à la confidentialité, au recours à des enquêtrices ou enquêteurs du même sexe et indépendants (dans le cas de sujets sensibles, ces personnes ne devraient idéalement pas provenir de la communauté), ainsi qu'à une attention particulière aux rapports de pouvoir entre les participantes et participants et les organisations ou les personnes responsables de la collecte de données. Les femmes et les filles devraient être consultées afin de cerner et d'atténuer tout enjeu lié à la protection.
- Les participantes et participants sont informés de tout risque afin qu'ils puissent décider de participer ou non.
- La confidentialité des participantes et participants 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.). La confidentialité vise également à empêcher que les personnes participantes soient vues ou entendues par le reste de la communauté, afin de prévenir toute réaction négative ou forme de stigmatisation liée à leur participation.
- Un formulaire de références ou de ressources est élaboré pour s'assurer que les participantes et participants puissent avoir recours à des services de soutien au besoin.
- Les agentes et agents recenseurs ainsi que les responsables de l'animation sont formés aux questions d'égalité des genres et à l'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 obtenu verbalement ou par écrit; les personnes participantes peuvent retirer leur consentement et se retirer de l'initiative de collecte de données à tout moment; et toutes les données recueillies s'inscrivent dans un plan d'analyse, d'utilisation et d'apprentissage.

Il est également important de trouver un équilibre entre la nécessité d'adapter les mesures au contexte et la pratique consistant à maximiser l'utilisation des données existantes. Dans la mesure du possible, les projets devraient tirer parti des données déjà recueillies. Le fait de déterminer quelles données contextuelles de qualité sont disponibles permet d'éviter le suréchantillonnage et de réduire le fardeau imposé aux communautés. Il peut être nécessaire d'investir du temps et des ressources dans ce processus de recherche, et cela devrait être pris en compte dans le plan de mesure. Pour en savoir plus, consultez le [Petit guide sur l'éthique en matière de SÉRA pour la programmation en santé et droits dans le monde](#).

4.9 Méthodes de collecte de données qualitatives

Les approches mixtes sont importantes pour le suivi et l'évaluation de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles dans les initiatives de santé mondiale. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont utilisées pour orienter l'élaboration des mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles, pour trianguler les données à l'aide de multiples méthodes de collecte de données et pour effectuer un suivi régulier. Les méthodes de collecte de données peuvent être traditionnelles (p. ex., groupes de discussion, entrevues ou observation) ou novatrices (p. ex., Photovoice, vignettes ou récits) [40, 41]. Les données devraient être recueillies à l'aide de méthodes participatives et provenir de plusieurs sources, dont les femmes et les filles, les garçons et les hommes, les leaders communautaires et le personnel de la santé. Il est recommandé de mener une recherche formative afin de comprendre les normes liées au genre et à l'autonomisation des femmes et des filles, et de veiller à ce que les opinions des femmes et des filles soient prises en compte dans la conception de l'initiative.

« Utilisez la recherche formative pour comprendre les normes, les politiques et les 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]

Des données qualitatives devraient être recueillies et analysées régulièrement. Cela permet d'alimenter les discussions avec l'équipe de projet [14] sur les approches qui favorisent ou non l'autonomisation des femmes et des filles, ainsi que sur les ajustements à apporter afin d'améliorer le projet en cours ou d'orienter de futures initiatives [12]. Les données qualitatives permettent également de déterminer si l'agentivité ou l'autonomisation est bien mesurée, c'est-à-dire si les mesures utilisées reflètent les changements en matière d'agentivité escomptés par le projet. La cartographie [42] et la récolte [43] des résultats sont deux méthodologies qualitatives de collecte de données qui ont été adaptées avec succès au suivi et à l'évaluation réguliers de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles.

Les conséquences involontaires ou les effets inattendus [14] devraient être documentés systématiquement et examinés à l'aide de méthodes qualitatives afin de s'assurer que les initiatives visant à renforcer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles ne causent pas de tort involontairement.

Même s'il peut être difficile d'intégrer des données qualitatives et des informations complémentaires dans les cadres de gestion traditionnels, leur importance demeure évidente. Ces dernières peuvent être incluses sous forme de témoignages sur le changement observé, d'études de cas, de rapports complémentaires et de contenu multimédia. L'absence de 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'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles. **Veuillez noter que ces exemples ont été fournis par AMC aux fins du présent document et qu'ils comportent généralement peu de mesures directes favorisant l'agentivité ou l'autonomisation.**

Résultat	Indicateur	Source de données	Méthode collecte de données	Fréquence
Résultat ultime Exercice accru et équitable des droits en matière de santé par les femmes et les adolescentes	Taux de fécondité chez les adolescentes Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans	Femmes et adolescentes	Enquête de couverture	Début/Fin
Résultat intermédiaire Recours accru et équitable aux services de santé sexuelle par les hommes, les femmes, les adolescentes et les adolescents	Accès aux services de santé sexuelle % de femmes en âge de procréer ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale	Femmes, hommes, adolescents et adolescentes	Enquête de couverture	Début/Fin
Résultat immédiat Augmentation de la capacité du personnel 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 liées aux contraceptifs modernes	Femmes et adolescentes Système de gestion des informations sur la santé (SGIS)	Enquête auprès de la clientèle SGIS	Régulière
Extrants Le personnel de la santé ainsi que les ASC sont formés en planification familiale, notamment sur les approches de soins fondées sur les droits	Nombre de travailleuses et de travailleurs de la santé formés en planification familiale, notamment en ce qui concerne les approches de soins fondées 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 dans le cadre du processus de suivi féministe. L'acceptabilité est l'une des quatre caractéristiques des soins de santé nécessaires à l'exercice du droit à la santé.

Résultat	Indicateur	Source de données	Méthode collecte de données	Fréquence
Résultat ultime Exercice accru et équitable des droits en matière de santé par les femmes et les adolescentes	Taux de fécondité chez les adolescentes Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans	Femmes et adolescentes	Enquête de couverture	Début/Fin
Résultat intermédiaire Amélioration des comportements en matière de santé sexuelle favorisant l'autonomie corporelle des femmes	Prise de décisions sur la sexualité % de femmes âgées de 15 à 49 ans qui peuvent refuser d'avoir des relations sexuelles avec leur mari lorsqu'elles ne le souhaitent pas % d'hommes qui disent que leur épouse peut refuser d'avoir des relations sexuelles avec eux lorsqu'elle ne le souhaite pas	Femmes, hommes, adolescents et adolescentes	Enquête de couverture	Début/Fin
Résultat immédiat Augmentation des connaissances des hommes et des femmes concernant les droits des femmes en matière de santé sexuelle	Niveau de connaissance, chez les femmes et les hommes, des droits des femmes en matière de santé sexuelle	Femmes, hommes, adolescents et adolescentes	Enquête sur les connaissances	Régulière
Extrants Dialogues communautaires menés auprès des femmes, des hommes, des adolescentes et des adolescents sur la santé sexuelle et le droit des femmes à l'autonomie corporelle	Nombre de dialogues communautaires organisés 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'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles

La page suivante présente une liste de vérification permettant de s'assurer que les principaux éléments à considérer pour mesurer l'autonomisation des femmes ont été pris en compte.

Points à considérer	Oui	Non	Commentaires
Théorie du changement			
1. Notre théorie du changement sur l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles est clairement définie.	☐	☐	
2. Nous savons clairement quelles activités et quels extrants mènent aux résultats escomptés en matière d'agentivité ou d'autonomisation des femmes et des filles.			
3. Notre théorie du changement est fondée sur des données probantes (c.-à-d., sur la littérature scientifique et/ou sur des données probantes, sur les meilleures pratiques et sur l'expérience de la communauté ou de l'organisation).			
Domaines en matière d'agentivité ou d'autonomisation des femmes et des filles			
Nous savons clairement quels domaines en matière d'agentivité ou d'autonomisation des femmes et des filles nous mesurons et pourquoi.	☐	☐	
4. Ces domaines sont clairement établis dans la théorie du changement.			
Cocréation			
5. 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'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles.	☐	☐	
6. 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, y compris au choix et à la définition des indicateurs.			
Mesures validées			
7. Dans la mesure du possible, nous utilisons des mesures ou des échelles validées, notamment issues de la littérature publiée ou de nos travaux antérieurs, pour évaluer les indicateurs d'agentivité ou d'autonomisation des femmes et des filles.	☐	☐	
Adaptation au contexte			
8. Nous avons adapté nos mesures issues de la littérature, des données probantes ou de l'expérience au(x) pays où nous travaillons.	☐	☐	
9. Nous avons adapté nos mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles (fondées sur la théorie du changement) afin d'évaluer les résultats définis dans notre modèle logique.			

10. 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

11. Nous avons inclus les mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles dans différents niveaux socioécologiques (individuel, relationnel, communautaire, institutionnel, politique/structurel), le cas échéant.

☐ ☐

Points à considérer

Oui Non Commentaires

Multiples mesures

12. Nous avons utilisé de multiples mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles pour les extrants, les résultats immédiats, les résultats intermédiaires et les résultats ultimes.

☐ ☐

Données ventilées

13. 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, le handicap, l'état matrimonial, le contexte rural/urbain, etc.).

☐ ☐

Indicateurs connexes

14. Nous avons vérifié que toutes les mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles ont un lien avec les extrants et les résultats du modèle logique.

15. Toutes les mesures de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles ont été développées selon notre théorie du changement.

16. Nous n'avons aucun indicateur orphelin.

☐ ☐

Multiples sources et méthodes combinées

17. Nous recueillons des données en utilisant de multiples sources (comme les enquêtes de couverture, le SGIS, les MICS, les EDS, etc.).

18. Les indicateurs sont triangulés à l'aide de méthodes qualitatives ou de recherches formatives (comme des groupes de discussion ou des entretiens) afin de valider les données et de fournir un contexte supplémentaire aux aspects de l'agentivité ou de l'autonomisation des femmes et des filles qui sont mesurés.

19. Nous utilisons des méthodes qualitatives pour recueillir des données sur les conséquences involontaires ou les effets

☐ ☐

inattendus pour nous assurer que notre travail visant à renforcer l'agentivité ou l'autonomisation des femmes et des filles ne nuise à personne par inadvertance.

20. Nous recueillons des données auprès de plusieurs populations, le cas échéant (comme les femmes/les filles, les garçons/les hommes, les leaders communautaires et le personnel de la santé).

Données utilisées pour l'apprentissage et le rendement

21. Nous avons un plan pour utiliser les données recueillies à des fins d'apprentissage et de mesure du rendement.
22. Nous avons prévu des mécanismes de discussion continue avec l'équipe du projet et, au besoin, avec la communauté, afin d'examiner ce qui fonctionne ou non en matière d'agentivité ou d'autonomisation des femmes et des filles, les ajustements à apporter au projet, ainsi que la pertinence des approches et des indicateurs utilisés pour mesurer les changements recherchés, tout au long du projet et dans le cadre de projets futurs.
-



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

Avant d'élaborer cette note d'orientation, le CanSFE a consulté 23 organisations de la société civile ainsi que des spécialistes du domaine au sujet de la mesure de l'autonomisation des femmes. Nous avons recueilli des commentaires et des ressources au moyen d'entrevues et d'une analyse documentaire. À la suite de ce processus, des membres clés du personnel d'AMC et du CanSFE ainsi que la conseillère choisie ont participé à une réunion de lancement afin de discuter de l'objectif du projet et des thèmes qui seraient abordés dans la note d'orientation. AMC a également fourni de la documentation générale supplémentaire et nous avons tenu des réunions additionnelles au besoin.

Une bibliothécaire a effectué une recherche dans la littérature scientifique en décembre 2020 à l'aide des bases de données PubMed, CINAHL, PsycInfo et Health Business. La stratégie de recherche variait d'une base de données à l'autre, mais portait généralement sur les termes « autonomisation des femmes » + « santé mondiale » + mesure* ou indicateur ou cadre. La recherche s'est concentrée sur des articles en anglais publiés entre 2011 et 2020. Elle a permis de recenser plus de 200 articles (n = 201). La conseillère a ensuite examiné l'ensemble des titres et des résumés de ces articles. En collaboration avec AMC, il a été convenu de retenir uniquement les articles portant sur plusieurs pays (p. ex., examens systématiques, revues et études multinationales). Au total, 36 articles complets ont ainsi été jugés pertinents pour les objectifs de la note d'orientation (voir les références à l'annexe B). De plus, la conseillère a consulté et examiné, au besoin, d'autres articles figurant dans les bibliographies de ces 36 articles.

Une recherche dans la littérature grise a également été effectuée sur Google à l'aide des termes « autonomisation des femmes » et « santé mondiale », ainsi que sur les sites Web de Measure Evaluation et de Better Evaluation. La liste des rapports figure à l'annexe C. D'autres rapports recensés dans les listes de références de la littérature grise ont également été consultés et examinés au besoin. Cette recherche a aussi permis de repérer des outils et des ressources, qui sont présentés à l'annexe D.

Trois entrevues ont également été menées avec des chefs d'équipe de projet (CEP) à AMC en décembre 2020 et en janvier 2021. Lors de ces entrevues, nous avons demandé aux CEP quels éléments d'une note d'orientation leur étaient les plus utiles et lesquels l'étaient moins. Les résultats de ces entrevues ont contribué à la rédaction de la note d'orientation. Nous avons aussi sollicité des commentaires supplémentaires de la part de CEP et de spécialistes des questions de genre à AMC, puis apporté des modifications en conséquence.

Annexe B : Liste des références scientifiques incluses dans la revue de littérature

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., Tysler, 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. Source : 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. Source : 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

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. Source :

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. Source :

<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). Source :

<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. Source :

<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. Source : <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-185>

Peterman, A., & Seymour, G. (2018). Where is the standardized measure of women's empowerment? Source :

<https://www.ifpri.org/blog/where-standardized-measure-womens-empowerment>

The Hunger Project. (2017). The Women's Empowerment Index. Source :

<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. Source :

<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. Source :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43310/9241593512_eng.pdf;jsessionid=F78076CBED92DC21EF48F2F474DBABA?sequence=1

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. Source : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1098214015578731>

ONU Femmes (2022). Manuel d'évaluation : Gestion des évaluations sensibles au genre. Source : <https://www.unwomen.org/fr/digital-library/publications/2015/4/un-women-evaluation-handbook-how-to-manage-gender-responsive-evaluation>

Oxfam. (2020). Guidance Note on Feminist MEAL. Source : <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. Source : <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? Source : https://www.betterevaluation.org/en/resources/discussion_paper/feminist_eval_gender_approaches

Podems, D. & Negroustoueva, S. (2016) Feminist evaluation. BetterEvaluation. Source : 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. Source : <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. Source : https://www.theoryofchange.org/pdf/TOC_fac_guide.pdf

Sopact. Theory of Change (TOC). Source : <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. Source : https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/capturing_change_in_womens_realities.pdf

BetterEvaluation. (n.d.). Outcome Mapping. Source :

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. Source :

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. Source :

http://www.universalaccessproject.org/wp/wp-content/uploads/2015/06/Overview_Measuring-Womens-Empowerment-in-SRMH-Programs.pdf

Plan International Canada (2023). Architecture for Gender Transformative Programming and Measurement: A Primer. Source : **Gender equality and inclusion publications cff4da1f23284f6ea233b6675cde13d1**

The DHS Program - Demographic and Health Surveys. (2020). DHS Model Questionnaire Phase 8. Source :

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. Source :

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). Source :

<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. Source :

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. Source :

<https://www.thehungerproject.nl/wp-content/uploads/2020/10/Women-Empowerment-Index-The-Hunger-Project-2017.pdf>

Measure Evaluation. (2020). Reproductive Empowerment Scale. Source :

<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tl-20-81>

Measure Evaluation. (n.d.). Attitudes towards gender norms (GEM Scale). Source :

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. Source :
https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/mens-health/me

Measure Evaluation. (n.d.). Women and Girls' Status and Empowerment. Source :
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. Source :
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. Source :
<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 (%). Source :
<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4986>

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

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). Source :

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. Source :

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. Source :

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. Source :

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

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. Fabric, 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