

Échelle d'autonomisation reproductive

En vue d'améliorer la mesure de l'autonomisation reproductive chez les femmes d'Afrique subsaharienne, Data for Impact – avec le soutien financier de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) – a développé et validé une échelle multidimensionnelle pouvant être intégrée dans les outils d'enquête. L'échelle d'autonomisation reproductive est composée de cinq brèves sous-échelles qui mesurent : (1) la communication des femmes avec les prestataires de soins ; (2) la communication des femmes avec leur partenaire ; (3) la prise de décisions des femmes en matière de santé reproductive (SR) ; (4) le soutien social dont les femmes bénéficient en matière de SR ; et (5) les normes sociales en lien avec la SR et la fertilité des femmes.

Développement de l'échelle

Nous avons développé l'échelle d'autonomisation reproductive en menant une analyse documentaire et des discussions de groupes thématiques. L'analyse documentaire a identifié des domaines et sous-domaines documentés et des mesures connexes de l'autonomisation reproductive, en mettant l'accent sur la planification familiale et les résultats en matière de santé reproductive. L'analyse a inclus des mesures autonomes et des éléments de sous-échelle ou d'enquêtes au sein de mesures plus larges. L'échelle a également été informée par 14 discussions de groupes thématiques – dix menées avec des femmes et quatre avec des hommes – pour un total de 109 participants en Zambie. Les groupes ont exploré la signification des domaines et sous-domaines identifiés, ainsi que quelques nouveaux domaines ne provenant pas de la littérature. Les conclusions tirées de

l'analyse documentaire et des discussions de groupes thématiques ont servi à développer une échelle initiale comportant 44 éléments d'enquête, répartis dans cinq domaines : communication et prise de décisions, communication avec le partenaire, soutien social, normes sociales concernant la SR, et conscience critique.

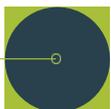


Photo de *Images of Empowerment*

Validation de l'échelle

Entretiens cognitifs

Nous avons testé et affiné l'échelle initiale à l'aide d'entretiens cognitifs avec 72 femmes âgées de 15 à 49 ans dans deux zones géographiques du Kenya, à savoir Machakos (zone rurale) et Nairobi (zone urbaine). Les participantes à l'entretien ont été identifiées par l'intermédiaire d'universités, d'églises, de marchés, de salons de beauté et d'autres lieux de rencontre courants. Les entretiens, qui ont été



menés en anglais et en swahili, étaient conçus pour évaluer comment les femmes interprétaient la signification de chaque élément de l'enquête, en considérant l'élément dans son ensemble ainsi que les formulations et les mots spécifiques utilisés dans chaque élément. En suivant un processus itératif d'analyse des résultats des entretiens cognitifs et d'un réexamen de la littérature sur la SR et les mesures d'autonomisation, nous avons modifié l'échelle initiale pour y inclure un nouveau domaine sur la communication avec les prestataires de soins. Nous avons également modifié la formulation de nombreux éléments pour plus de clarté ou pour mesurer plus précisément le domaine visé. L'échelle prototypique résultante incluait 29 éléments mesurant six domaines : communication avec les prestataires, communication avec le partenaire, prise de décisions, soutien social, normes sociales et conscience critique.

Validation psychométrique

Nous avons testé l'échelle prototypique en l'intégrant dans l'évaluation de l'intervention MFP (Masculinity, Faith, and Peace [masculinité, foi et paix])¹ menée par l'Institute of Reproductive Health de la Georgetown

University. Cette évaluation a recueilli des données à deux moments (enquête initiale et enquête finale) auprès d'un panel de femmes âgées de 18 à 35 ans qui appartenaient à 25 congrégations religieuses (10 églises et 10 mosquées) au Nigeria. Nous avons réalisé une analyse factorielle confirmatoire à l'enquête initiale et examiné la fiabilité interne de l'échelle et des sous-échelles en vue d'affiner encore et de finaliser l'échelle. Nous avons répété l'analyse factorielle confirmatoire à l'enquête finale, et l'échelle présentait une fiabilité acceptable à ces deux échéances (voir les tableaux 1 et 2). Nous avons également utilisé une série de régressions logistiques, d'abord à l'enquête finale puis avec les données du panel, pour évaluer dans quelle mesure l'échelle était associée aux résultats clés en matière de planification familiale et de santé reproductive. Nous avons observé qu'avec l'augmentation de l'autonomisation reproductive au cours du temps, les femmes étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode pour prévenir une grossesse ; plus susceptibles d'utiliser une méthode de contraception moderne ; et plus susceptibles d'indiquer qu'elles allaient utiliser une méthode moderne de contraception dans l'avenir (voir la figure 1).

Tableau 1. Statistiques d'ajustement de l'analyse factorielle confirmatoire à l'enquête initiale et à l'enquête finale

Statistiques d'ajustement	Seuil pour un bon ajustement ²	Enquête initiale	Enquête finale
Khi carré modèle, valeur p	> 0,05	< 0,0001	< 0,0001
Écart moyen quadratique d'approximation (RMSEA, Root Mean Square Error of Approximation)	< 0,08	0,0608	0,0790
Indice d'ajustement comparatif de Bentler	≥ 0,90	0,9014	0,918
Moyenne quadratique standardisée du résidu (SRMR, Standardized Root Mean Square Residual)	< 0,09	0,0816	0,092

¹ Institute for Reproductive Health. 2021. Project Results from Masculinities, Faith, and Peace in Nigeria. Disponible sur le site : <https://www.irh.org/resource-library/mfp-project-results/>

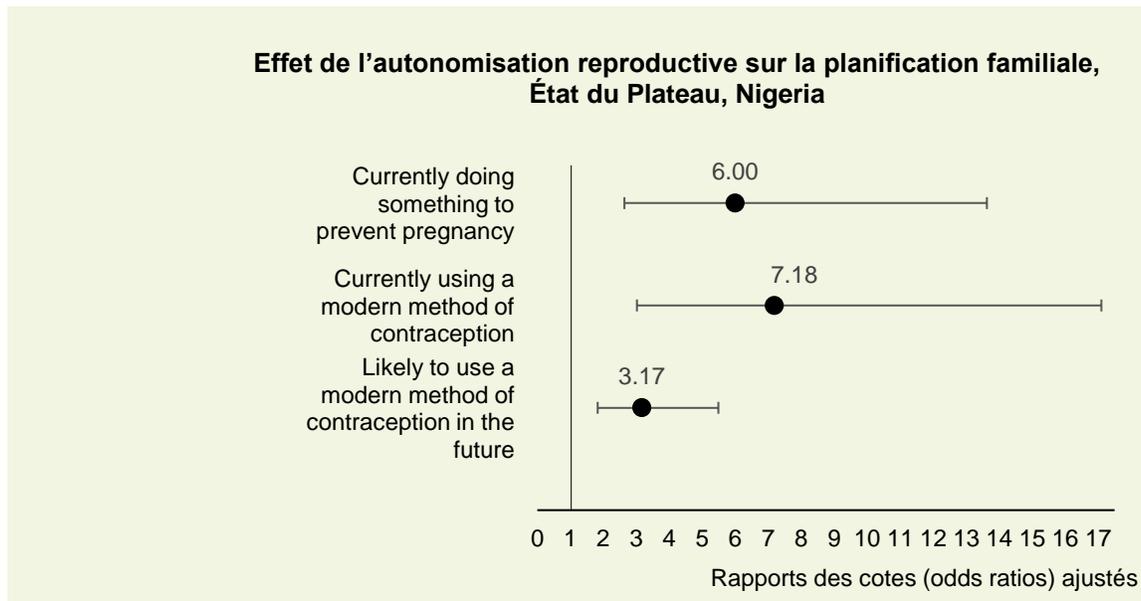
² Cornell University Statistical Consulting Unit. Fit Statistics commonly reported for CFA and SEM. Disponible sur le site : https://www.hrstud.unizg.hr/_download/repository/SEM_fit.pdf



Tableau 2. Fiabilité de l'échelle d'autonomisation reproductive et des sous-échelles

	Coefficient alpha de Cronbach à l'enquête initiale	Coefficient alpha de Cronbach à l'enquête finale
Échelle d'autonomisation reproductive (entière)	0,87	0,87
Sous-échelle de communication avec les prestataires	0,92	0,95
Sous-échelle de communication avec le partenaire	0,74	0,84
Sous-échelle de prise de décisions	0,51	0,53
Sous-échelle de soutien social	0,77	0,79
Sous-échelle de normes sociales	0,65	0,75

Figure 1. Résultats de régression logistique multivariable à effets aléatoires





Échelle d'autonomisation reproductive finale

Communication avec les prestataires en matière de SR

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer si vous êtes « tout à fait d'accord », « d'accord », « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ».

1. Vous parlez de l'utilisation d'un moyen de contraception avec votre prestataire de soins.
2. Vous pouvez engager des conversations avec votre prestataire de soins sur l'utilisation d'un moyen de contraception.
3. Vous pouvez poser des questions à votre prestataire de soins sur l'utilisation d'un moyen de contraception.
4. Vous pouvez donner votre avis à votre prestataire de soins concernant l'utilisation d'un moyen de contraception.
5. Quand vous parlez de la contraception avec votre prestataire de soins, il/elle est attentif/ve à ce que vous dites.

Communication avec le partenaire en matière de SR

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer si vous êtes « tout à fait d'accord », « d'accord », « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ».

6. Vous pouvez engager des conversations avec votre partenaire sur l'utilisation d'un moyen de contraception.
7. Vous pouvez donner votre avis à votre partenaire concernant l'utilisation d'un moyen de contraception.
8. Vous pouvez donner votre avis à votre partenaire concernant le nombre d'enfants que vous voulez avoir avec lui.
9. Vous pouvez dire à votre partenaire que vous n'avez pas envie d'avoir des rapports sexuels sans qu'il se fâche, qu'il devienne violent ou qu'il menace de partir.
10. Quand vous avez des conversations avec votre partenaire au sujet des relations sexuelles et de la santé sexuelle et reproductive, il est attentif à ce que vous dites.

Prise de décisions en matière de SR

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer si vous êtes « tout à fait d'accord », « d'accord », « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ».

11. Vous pouvez utiliser un moyen de contraception, même si votre partenaire ne le veut pas.
12. Vous pouvez refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire si vous n'en avez pas envie.

Veuillez répondre en choisissant l'une des options suivantes : « Moi-même », « Mon partenaire », « Moi-même et mon partenaire, ensemble », « Mes parents », « Les parents de mon partenaire », « Un autre membre de la famille », « Un prestataire de soins », « Autre (préciser) » ou « Je ne sais pas ».

13. Qui prend la décision finale quant à l'utilisation ou non d'un moyen de contraception ?
14. Qui souhaitez-vous voir prendre la décision finale quant à l'utilisation ou non d'un moyen de contraception ?

Soutien social en matière de SR

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer si vous êtes « tout à fait d'accord », « d'accord », « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ».

15. Si votre partenaire ne voulait pas que vous utilisiez un moyen de contraception, vous avez des amis ou des membres de votre famille qui vous aideraient convaincre votre partenaire que vous devriez utiliser un moyen de contraception.
16. Si votre partenaire ne voulait pas que vous utilisiez un moyen de contraception, vous pourriez vous adresser à des membres de votre communauté qui s'y connaissent à ce sujet et qui pourraient vous aider à convaincre votre partenaire que vous devriez utiliser un moyen de contraception.
17. Si votre partenaire ne voulait pas que vous utilisiez un moyen de contraception, vous avez des amis ou des membres de votre famille qui vous aideraient à l'obtenir.

Normes sociales en matière de SR

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer si vous êtes « tout à fait d'accord », « d'accord », « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ».

18. Des amis et membres de votre famille dont vous êtes proche peuvent décider quand utiliser un moyen de contraception.
19. Des amis et membres de votre famille dont vous êtes proche utilisent un moyen de contraception, même si leur partenaire ne le veut pas.
20. Des amis et membres de votre famille dont vous êtes proche pensent que vous devriez pouvoir décider quand utiliser un moyen de contraception.

Attribution du score de l'échelle d'autonomisation reproductive

La majorité des éléments de l'échelle d'autonomisation reproductive ont des réponses de type Likert à quatre niveaux (pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord). Nous recommandons que le score de l'échelle et/ou toutes les sous-échelles soit calculé en faisant la somme des réponses codées de chaque élément (nombres entiers de 1 à 4) et de diviser le score total par le nombre d'éléments dans la ou les sous-échelles. Pour que les scores de tous les éléments reflètent une plus grande autonomisation, la notation suivante doit être utilisée pour tous les éléments, à l'exception des éléments 13 et 14 : 1 = pas du tout d'accord ; 2 = pas d'accord ; 3 = d'accord ; 4 = tout à fait d'accord.

La notation des éléments 13 et 14 dépend de la culture et du contexte du lieu où l'échelle est mise en œuvre. Dans les contextes où une prise de décision conjointe est considérée comme reflétant la plus grande autonomisation, et la prise de décision par les personnes autres que le partenaire est considérée comme reflétant la plus faible autonomisation, une notation possible est la suivante : 4 = Moi-même et mon partenaire, ensemble ; 3 = Moi-même ; 2 = Mon partenaire ; 1 = toutes les autres options.

Limites

Les échelles quantitatives ne sont pas capables de mesurer pleinement le niveau d'autonomisation ressenti par les femmes dans les communications avec leurs prestataires de services et partenaires concernant la SR, la prise de décisions en matière de SR, ainsi que le soutien social et les normes sociales. La qualité et les nuances de ces processus et concepts ne sont pas entièrement appréhendées par les

mesures quantitatives. De plus, les normes et dynamiques liées au genre dépendent du contexte, à la fois géographique et temporel. Dans la mesure du possible, cette échelle doit être utilisée en association avec des données qualitatives pour indiquer le contexte et la signification des scores.

Pour en savoir plus

D4I soutient les pays afin de réaliser le pouvoir des données en tant que preuves exploitables permettant d'améliorer les programmes, les politiques et, en fin de compte, les résultats en matière de santé. Nous renforçons les capacités techniques et organisationnelles de nos partenaires locaux à utiliser les données au profit de leur développement durable. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site

<https://www.data4impactproject.org/>