

ÉCHELLE D'AUTO-EFFICACITÉ PAR RAPPORT À L'AVORTEMENT

L'auto-efficacité correspond à la confiance qu'une personne a en sa capacité à adopter un comportement ou à réaliser une action dans le but d'obtenir un résultat désiré. La théorie de l'auto-efficacité est utilisée pour comprendre et traiter toute une gamme de comportements de santé, notamment en matière de santé reproductive. Des outils de mesure de l'auto-efficacité spécifiques à certains sujets ont été développés et validés, allant de l'allaitement maternel à l'utilisation de la contraception. Cependant, il y a eu peu d'enquêtes scientifiques sur la relation entre l'auto-efficacité et l'avortement, peut-être, entre autres, en raison de l'absence d'outil de mesure disponible.

“ ipas définit l'auto-efficacité par rapport à l'avortement comme la confiance qu'une personne a en sa capacité à accomplir des actions ou adopter des comportements liés à l'interruption sécurisée d'une grossesse.

L'échelle d'auto-efficacité par rapport à l'avortement (*Abortion Self-Efficacy Scale, ASES*) est un outil composé de 15 items conçu pour mesurer l'auto-efficacité par rapport à l'avortement au niveau personnel et communautaire. L'outil peut être utilisé dans le cadre d'une recherche formative pour éclairer la conception, le contenu et la formulation des messages d'interventions visant à accroître l'auto-efficacité en matière d'avortement. Il peut également être utilisé pour mesurer les changements au fil du temps dans l'auto-efficacité par rapport à l'avortement. De plus, les scores ASES peuvent être utilisés pour comprendre les facteurs associés à l'auto-efficacité par rapport à l'avortement. L'ASES est disponible sur www.ipas.org/resources en anglais, en français, en portugais et en espagnol. Elle est également disponible en népalais et en quatre langues nigérianes sur demande.

Développer et valider l'échelle

Le développement et la validation de l'ASES se sont déroulés en trois phases. Lors de la 1^{re} phase, des entretiens approfondis (EA) et des discussions de groupes de réflexion (DGR) ont été menés en Bolivie, au Népal et au Nigéria. Ces EA et ces DGR se sont concentrés sur ce dont les femmes avaient besoin pour avoir confiance dans leur capacité à accéder à l'avortement sécurisé. En utilisant les données des EA (n = 130) et des DGR (n = 52), des thèmes liés à l'auto-efficacité ont été identifiés et des items potentiels d'échelle ont été créés et affinés. Des entretiens cognitifs ont ensuite été menés auprès de cinq femmes dans chaque pays, et les items ont été révisés au besoin avant de parvenir à un ensemble de 31 items finalisés. Des analyses qualitatives ont été réalisées avec Atlas.ti.

Au cours de la 2^e phase, une enquête a été menée auprès d'environ 400 femmes (de 15 à 49 ans) échantillonnées par quota dans chaque pays. L'enquête comprenait 31 items

sur l'auto-efficacité, 5 items sur la connaissance de l'avortement, 5 items sur l'expérience de l'avortement et 1 item sur l'environnement social. Une analyse factorielle exploratoire (AFE) a été réalisée pour identifier une structure d'échelle appropriée. En raison de similitudes entre les 31 items d'auto-efficacité testés sur le terrain, l'AFE a été limitée à 21 items. Les items avec une saturation factorielle $>0,45$ ont été conservés. Les items saturés sur plus d'un facteur ont été éliminés du modèle, tout comme les items qui avaient un score d'unicité $>0,60$. L'AFE a abouti à un modèle en 15 items et 3 facteurs avec un excellent coefficient de fiabilité ($p > 0,90$). Ces trois facteurs représentent les concepts de mobilisation des ressources sociales, d'accès aux informations et aux soins et de résilience. Le *facteur mobiliser les ressources sociales* contient six éléments liés à la confiance qu'une personne a en sa capacité à demander divers types de soutien, y compris au niveau informatif, émotionnel et financier. Le *facteur accéder aux informations et aux soins* contient six items liés à la confiance qu'une personne a en sa capacité à obtenir des informations exactes sur l'avortement sécurisé et des soins. Enfin, le *facteur résilience* contient trois items liés à la confiance qu'une personne a en sa capacité à être résiliente face à la stigmatisation de l'avortement.

Dans la 3e phase, les items de l'échelle ont été présentés à un nouvel échantillon d'environ 400 femmes (de 15 à 49 ans) dans chaque pays. Des analyses factorielles confirmatoires (AFC) ont été menées pour tester l'adéquation du modèle à la structure d'échelle identifiée au cours de la 2e phase. La fiabilité de l'échelle a été testée en utilisant l'alpha de Cronbach, en considérant un coefficient $>0,80$ comme acceptable.

La validité conceptuelle - la mesure dans laquelle la nouvelle échelle est associée à des variables connues pour être liées à l'auto-efficacité - a été testée en examinant la relation entre l'ASES et les variables suivantes : expérience personnelle de l'avortement, connaître quelqu'un qui a eu recours à l'avortement, connaissances sur l'avortement sécurisé, et entendre des messages positifs sur l'avortement dans sa communauté. La validité concurrente - la mesure dans laquelle l'échelle est associée à une autre mesure d'auto-efficacité - a été testée en examinant la corrélation entre les scores d'ASES et les réponses à un item unique : « Si vous souhaitiez vous faire avorter ou aviez besoin de le faire, vous pourriez le faire ». Les résultats des AFC indiquent une forte adéquation du modèle par rapport à l'échantillon indépendant, avec des statistiques clés de qualité de l'ajustement bien situées dans la fourchette acceptable - en particulier, l'écart-type d'approximation $<0,06$, les résidus d'écart-type standardisés $<0,05$, et l'indice d'ajustement comparatif $>0,90$. Les coefficients de fiabilité des trois échelles secondaires et l'instrument complet à 15 items fournissent une preuve de cohérence interne (respectivement 0,91, 0,89, 0,90 et 0,94). Les scores de l'ASES étaient statistiquement significativement plus élevés ($p < 0,05$) pour les femmes qui ont déclaré avoir eu recours à l'avortement, ont déclaré connaître d'autres femmes qui ont eu recours à l'avortement, savaient où obtenir un avortement sécurisé ou vivaient dans une zone où elles avaient entendu ou vu des messages positifs sur l'avortement, tous ces éléments fournissant des preuves de validité conceptuelle. Une corrélation statistiquement significative de .51 ($p < 0,05$) a été mise en évidence entre les scores de l'ASES et le degré d'accord des femmes avec la déclaration qu'elles pouvaient obtenir un avortement si elles le souhaitaient ou en avaient besoin, ce qui prouve la validité concurrente. Les analyses quantitatives ont été réalisées avec StataSE 14 et 16.

Les résultats de l'AFE et de l'AFC révèlent une échelle valide et fiable qui peut être utilisée dans divers pays et contextes pour comprendre et mesurer l'auto-efficacité par rapport à l'avortement. Ipas continuera de tester la validité de l'ASES dans d'autres pays et diffusera largement les résultats. Nous encourageons les chercheurs et les professionnels de l'évaluation de programmes à effectuer des AFC sur les données de l'ASES lorsque l'échelle est utilisée dans des pays où sa validité n'a pas été établie.

Évaluation de l'ASES

Les personnes répondant à l'ASES évaluent leur degré de confiance en leur capacité pour chaque item sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant une absence de confiance et 10 représentant une confiance totale. Les chercheurs et les professionnels de l'évaluation de programmes peuvent utiliser le score total cumulé (fourchette : 0-150), les scores cumulés des échelles secondaires (fourchettes : 0-60, 0-60 et 0-30, respectivement), ou peuvent calculer le score moyen cumulé pour l'échelle totale ou les échelles secondaires (fourchette de score : 0-10). Un score plus élevé, qu'il soit cumulé ou moyen, représente un niveau supérieur d'auto-efficacité par rapport à l'avortement. Pour faciliter l'interprétation et la documentation des changements au fil du temps dans l'auto-efficacité par rapport à l'avortement, les moyennes des scores cumulés peuvent être classées en quatre groupes : 1) absence de confiance (0-1), 2) confiance faible (2-4), 3) confiance modérée (5-7) et 4) confiance élevée (8-10). Les résultats devront être interprétés dans le contexte où les données ont été collectées.

Items de l'ASES, par échelle secondaire

L'ASES comporte 15 items, chacun contribuant à un score d'échelle secondaire, comme indiqué ci-dessous. Les personnes interrogées sont invitées à s'imaginer dans une situation dans laquelle elles souhaitent se faire avorter ou ont besoin de le faire, puis à évaluer leur degré de confiance dans leur capacité à effectuer l'action décrite dans chaque item, sur une échelle de 0 à 10. Une aide visuelle, comme celle incluse à la fin de ce document, peut être utilisée pour aider les personnes interrogées à évaluer leur degré de confiance pour chaque item.

ÉCHELLE D'AUTO-EFFICACITÉ PAR RAPPORT À L'AVORTEMENT

Amorce : Certaines prennent parfois la décision de se faire avorter lorsqu'elles ont une grossesse non planifiée, non désirée ou qui tombe au mauvais moment. Imaginez que vous souhaitez vous faire avorter ou avez besoin d'un avortement. Sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant une absence de confiance et 10 représentant une confiance totale, quel est votre degré de confiance dans votre capacité à effectuer chacune des actions suivantes...

Conseil de mise en place : Pour la première question, dites « Quel est votre degré de confiance dans votre capacité à... », puis répétez l'amorce après quelques questions.

MOBILISER LES RESSOURCES SOCIALES

- | | |
|---|--|
| 1 | Parler avec quelqu'un qui vous est proche du fait d'avorter ? |
| 2 | Demander des informations sur l'avortement sécurisé à quelqu'un en qui vous avez confiance ? |
| 3 | Demander conseil à quelqu'un que vous connaissez qui a eu recours à l'avortement sécurisé ? |
| 4 | Demander à quelqu'un de vous aider à payer les frais d'un avortement sécurisé ? |
| 5 | Demander à quelqu'un de proche de vous accompagner pendant un avortement ? |
| 6 | Parler à une personne proche de vous pour qu'elle vous soutienne après un avortement ? |

ACCÉDER AUX INFORMATIONS ET AUX SOINS

7	Obtenir les informations dont vous avez besoin sur les soins ou les méthodes d'avortement sécurisé?
8	Obtenir un avortement sécurisé même si vos proches ne vous soutiennent pas dans votre décision?
9	Trouver quelqu'un pour vous fournir un avortement sécurisé?
10	Obtenir un avortement sécurisé sans que personne le sache?
11	Obtenir un avortement sécurisé auprès de quelqu'un qui ne profitera pas de vous?
12	Payer les frais d'un avortement sécurisé?

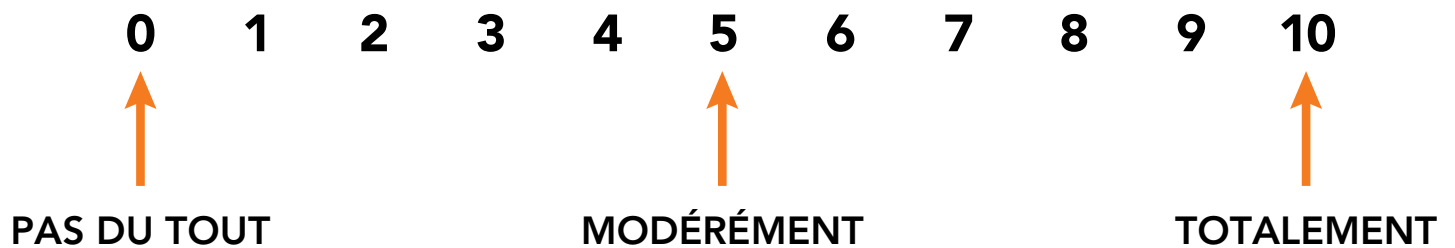
RÉSILIENCE

13	Faire face aux ragots à votre égard si les gens apprennent que vous vous êtes fait avorter?
14	Faire face à toute forme de jugement des autres?
15	Vous défendre si vous subissez de mauvais traitements de la part de personnes qui ont découvert votre avortement?

Pour des questions ou pour plus d'informations sur l'ASES, veuillez contacter Kristen Shellenberg, chercheuse scientifique principale, Caroline du Nord, États-Unis, shellenbergk@ipas.org.

ÉCHELLE DE CONFIANCE

(Quel est votre degré de confiance ou de certitude ?)



P.O. Box 9990 • Chapel Hill, NC 27515 États Unis
1.919.967.7052 • info@ipas.org • www.ipas.org