

Résoudre le stigmate du prestataire de l'avortement: mise en œuvre pilote de l'atelier de partage *Providers Share Workshop* en Afrique subsaharienne et en Amérique latine

CONTEXTE: Dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne et de l'Amérique latine, l'avortement est limité par la loi et ses prestataires sont en proie à la stigmatisation et au péril judiciaire. Comme l'indiquent les études, l'intervention du groupe *Providers Share Workshop* réduit cette stigmatisation aux États-Unis; elle n'a cependant pas été évaluée dans d'autres contextes.

MÉTHODES: En 2014–2015, l'atelier *Providers Share Workshop* a été adapté et piloté auprès de 59 membres du personnel de soins de l'avortement de trois pays d'Afrique subsaharienne et 93 soignants de sept pays d'Amérique latine. Les données d'enquête collectées avant, directement après et six mois après chaque atelier ont mesuré la stigmatisation, les attitudes et l'engagement de sécurité et de défense juridique sur la base des questions originales et d'échelles adaptées. Les changements de résultats au fil du temps, et entre les caractéristiques démographiques et les résultats, ont été mesurés par analyses univariées et par corrélations par paires de référence. Des régressions linéaires à effets mixtes et des modèles multivariés tenant compte des caractéristiques démographiques ont servi à évaluer les changements de résultats au fil du temps.

RÉSULTATS: Six mois après la participation à l'atelier, la stigmatisation totale de l'avortement s'était réduite parmi le personnel soignant d'Afrique et d'Amérique latine (coefficients bêta de $-0,2$ et $-0,4$, respectivement). Les attitudes défavorables étaient en baisse en Afrique ($-0,2$) mais pas en Amérique latine, où les attitudes étaient favorables dès le début; l'épuisement affectif et la dépersonnalisation étaient en baisse aussi en Afrique ($-2,9$ et $-1,2$, respectivement), tandis que la sécurité juridique était en hausse ($0,8$). Une stigmatisation totale supérieure de l'avortement s'est révélée associée négativement avec la sécurité juridique, en Afrique aussi bien qu'en Amérique latine (coefficients bêta de $-1,9$ et $-0,6$, respectivement), et avec la défense juridique en Afrique ($-1,5$).

CONCLUSIONS: L'atelier *Providers Share Workshop* est une intervention prometteuse de soutien du personnel de soins de l'avortement en Afrique subsaharienne et en Amérique latine.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2020, pp. 1–13, <https://doi.org/10.1363/46e8720>

L'accès à l'avortement sans risques est un élément essentiel des droits humains internationaux^{1–6}. La pratique de l'avortement non médicalisé persiste cependant, donnant parfois lieu à des conséquences désastreuses. À l'échelle mondiale, les meilleures estimations indiquent qu'au moins 22 000 femmes meurent chaque année des suites d'un avortement non médicalisé⁷. La grande majorité de ces décès survient dans les pays en développement, ainsi que dans ceux sujets à des législations restrictives de l'avortement. De nombreux facteurs contribuent à l'incidence de l'avortement à risques, notamment les restrictions légales de sa pratique et la stigmatisation associée à l'intervention^{8,9}. Les restrictions légales de l'avortement varient dans le monde. En Afrique et en Amérique latine, la plupart des pays n'autorisent l'avortement que dans des circonstances limitées et certains l'interdisent totalement^{10,11}. Lorsque l'accès à l'avortement est limité dans le secteur médical formel, certaines femmes cherchent à obtenir des soins clandestins ou prennent elles-mêmes les choses en main, recourant à une méthode parfois considérée comme « moins sûre »

ou « la moins sûre », selon les termes du cadre de classification de sûreté de l'avortement défini par l'Organisation mondiale de la Santé⁹. Certaines organisations s'efforcent de réduire les conséquences de l'avortement non médicalisé en offrant des soins après avortement (SAA) pour le traitement de l'avortement incomplet ou d'autres complications. Même en présence de systèmes de SAA, toutefois, les données indiquent que la disponibilité limitée de prestations assurées par un personnel de soins adéquatement formé accroît la morbidité et la mortalité associées à l'avortement^{12,13}. Les restrictions légales, de même que les interdictions religieuses, amplifient du reste la stigmatisation de l'avortement, à tel point que même si des soins sûrs et légaux sont disponibles, certaines femmes recourent à des prestations fournies dans des conditions non médicalisées pour protéger leur vie privée¹⁴. Défini pour la première fois par Erving Goffman en 1963, le stigmate est « un attribut qui discrédite profondément celui qui le possède » et qui le transforme, de « personne à part entière » en un « être diminué » aux yeux de l'entourage¹⁵. Le stigmate de l'avor-

Par Elizabeth A. Mosley, Lisa Martin, Meghan Seewald, Jane Hassinger, Kelly Blanchard, Sarah E. Baum, Diana Santana, Lina Echeverri, Jenna Garrett, Jesse Njunguru et Lisa H. Harris

Elizabeth A. Mosley est stagiaire postdoctorale, Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta (Géorgie, États-Unis). Lisa Martin est professeure adjointe, Health Policy Studies, University of Michigan-Dearborn, Dearborn (Michigan, États-Unis). Meghan Seewald est responsable de projet, Jane Hassinger est responsable de programme et Lisa H. Harris est professeure – toutes trois au Department of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan, Ann Arbor (Michigan, États-Unis). Kelly Blanchard est présidente, Ibis Reproductive Health, Cambridge (Massachusetts, États-Unis). Sarah E. Baum est associée, Ibis Reproductive Health, Oakland (Californie, États-Unis). Diana Santana est directrice de programme régional, Lina Echeverri est haute responsable de l'apprentissage programmatique et Jenna Garrett est responsable de programme – toutes trois chez Planned Parenthood Global, Miami (Floride, États-Unis). Jesse Njunguru est consultant indépendant à Nairobi (Kenya).

tement peut affecter quiconque se trouve associé à l'intervention – qu'il s'agisse des personnes qui recherchent des soins de l'avortement ou de celles qui leur dispensent ces soins¹⁴.

Les restrictions légales et la stigmatisation peuvent affecter profondément le vécu du personnel de soins de l'avortement^{16,17}. Les médecins, le personnel infirmier et auxiliaire qui travaillent dans les régions où l'avortement est limité par la loi expriment leur crainte d'être harcelés, piégés ou arrêtés par les agents chargés de l'application de la loi^{18,19}. Même ceux qui dispensent des soins d'avortement et services SAA licites peuvent être victimes de menaces, de harcèlement et de stigmatisation²⁰ – vécue, pour cette dernière, sous forme de messages sociaux négatifs intériorisés, d'anxiété à l'idée de divulguer leur identité professionnelle, d'isolement social, de jugement, de discrimination et de violence^{17,21}. La stigmatisation peut amoindrir la qualité de vie professionnelle et accroître la fatigue compassionnelle, l'insatisfaction professionnelle et le « burn-out », défini ici comme un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation des patientes et un sentiment réduit d'accomplissement personnel imputables à la vie professionnelle – autant de risques pour les effectifs des services de l'avortement et l'accès à des prestations de soins de santé sexuelle et reproductive de haute qualité²¹. Notre attention dans cette étude porte sur le renforcement et le soutien du personnel prestataire de soins d'avortement et de SAA.

Il existe certes des interventions de réduction du stigmate à l'intention des agents de santé, notamment dans le domaine du VIH et du sida, mais beaucoup se concentrent principalement sur la stigmatisation des patients par ce personnel, plutôt que sur le vécu du stigmate par les soignants eux-mêmes²²⁻²⁴. Peu d'interventions se penchent sur le vécu du personnel de soins de l'avortement. Celle de « clarification des valeurs et transformation des attitudes » encourage les prestataires de soins de santé, les artisans des politiques et autres participants à identifier et à examiner leurs convictions personnelles, leurs attitudes et leurs comportements ayant spécifiquement trait à l'avortement. Elle peut faire émerger et réduire les attitudes stigmatisantes²⁵, mais ses effets sur le vécu du stigmate n'ont pas été étudiés.

L'atelier de partage entre prestataires *Providers Share Workshop* se veut à la fois une intervention de soutien à l'intention du personnel de soins de l'avortement et une méthode de recherche¹⁶. Plutôt que d'inviter l'autoréflexion sur les convictions personnelles comme le font les ateliers de clarification des valeurs et transformation des attitudes, l'atelier *Providers Share Workshop* encourage les soignants à partager leur vécu du stigmate dans un contexte collectif. L'intervention fait appel aux méthodes narratives et artistiques pour favoriser la réflexion, la communication et le sentiment de communauté. Elle s'inspire des théories de groupe psychodynamiques et humanistes, selon lesquelles le processus de groupe aide les participants à renforcer leur sentiment de valeur personnelle et

de connexion avec leurs pairs^{26,27}. Dans les évaluations qualitatives et quantitatives effectuées aux États-Unis, berceau conceptuel de l'intervention, l'atelier s'est révélé produire un effet réducteur sur le vécu du stigmate, renforcer la connexion avec les patientes, avec soi-même et avec le travail accompli, et améliorer la cohésion de l'équipe et la communication^{17,21,28}. De plus, les participants ont qualifié l'atelier d'utile et d'important.

Étant donné ces effets positifs documentés et le phénomène mondial du stigmate de l'avortement, nous souhaitons évaluer cet atelier de partage dans des contextes extérieurs aux États-Unis. Nous nous sommes associés à des organisations non gouvernementales dans le but d'adapter, de piloter et d'évaluer l'atelier auprès d'un personnel de soins de l'avortement de trois pays d'Afrique subsaharienne et de sept pays d'Amérique latine où l'avortement est limité par la loi et le stigmate de l'avortement, répandu. En raison de la nature contestée de l'avortement dans ces régions, nous avons choisi de ne pas identifier spécifiquement les pays dans lesquels travaillent nos partenaires et les participants à l'étude. Deux des pays d'Afrique considérés autorisent l'avortement pour sauver la vie d'une femme; le troisième l'admet aussi pour protéger sa santé¹⁰. Quatre pays à l'étude en Amérique latine autorisent l'avortement pour protéger la santé d'une femme, et les trois autres pour la sauver.

Bien que les effets du stigmate de l'avortement et de sa restriction légale sur les femmes soient bien documentés dans les deux régions, l'information est pratiquement inexistante concernant le vécu de ce stigmate et de cette restriction par les soignants. De plus, bien qu'il s'agisse d'un phénomène mondial, les sociologues ont observé que les manifestations particulières du stigmate émanent d'un processus local^{14,29}. Nous avons cherché à comprendre et à documenter comment les environnements légalement et socialement restrictifs considérés façonnent le vécu des prestataires de l'avortement et de SAA, sur le plan de la stigmatisation et du burn-out. Étant donné que les groupes stigmatisés peuvent aussi en stigmatiser d'autres, nous avons du reste cherché à cerner les attitudes des prestataires et leur traitement des femmes demandeuses d'avortement. Comme les prestataires de soins de santé peuvent jouer un rôle important dans le plaidoyer juridique en faveur de l'avortement³⁰, nous avons aussi évalué leur disposition à s'engager ou à soutenir ce plaidoyer et leurs perceptions des risques juridiques liés à l'accomplissement de leur travail, un concept que nous avons désigné sous l'appellation de « sécurité juridique ». Des effectifs robustes de prestation de l'avortement sont nécessaires pour assurer l'accès à des soins de haute qualité et réduire l'incidence de l'avortement non médicalisé. Notre objectif est de renforcer et de soutenir ce personnel en approfondissant notre compréhension des rapports complexes entre le stigmate de l'avortement, les attitudes à l'égard de l'avortement, le burn-out et les contextes juridiques.

MÉTHODES

Pour adapter le contenu, la structure et les outils d'évaluation de l'atelier aux fins de cette étude pilote en Afrique subsaharienne et en Amérique latine, nous avons œuvré en partenariat avec Planned Parenthood Global et Marie Stopes International. Ces organisations assurent ou soutiennent la prestation de soins complets de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, l'avortement médicalisé et les SAA, dans les pays d'Afrique et d'Amérique latine sélectionnés, conformément aux cadres juridiques locaux.

Adaptation du contenu et de la structure de l'atelier

Sur une période de huit mois, commencée en 2014, nous avons révisé le contenu et la structure de l'atelier initial – organisé en cinq sessions de groupe animées de 90 à 120 minutes et centrées, chacune, sur un thème particulier – selon un processus de collaboration itératif en plusieurs étapes avec nos partenaires. D'abord, nos organisations partenaires ont sélectionné des représentants appelés à évaluer le matériel de l'atelier et à recevoir une formation d'animateurs. Les personnes choisies avaient une expérience préalable du travail de groupe et n'encadraient au jour le jour aucun participant potentiel à l'atelier, afin d'éviter l'effet potentiellement négatif de ce rapport hiérarchique sur la dynamique de groupe. Ensuite, les futurs animateurs sélectionnés ont participé à un atelier *Providers Share Workshop* pré-pilote de deux jours à Ann Arbor (Michigan, États-Unis), où ils ont assisté à chaque session de l'atelier et reçu une formation sur la dynamique de groupe et la gestion des conversations difficiles. Les animateurs ainsi formés et d'autres représentants de nos organisations partenaires ont ensuite exprimé leur avis sur la façon dont chaque session devrait être adaptée à leur contexte local.

Compte tenu du retour des partenaires, nous avons apporté quelques changements logistiques à la mise en œuvre de l'atelier, tout en conservant ses objectifs globaux et sa structure émotionnelle. Dans le modèle de l'atelier d'origine, les cinq sessions étaient organisées à intervalles d'une à deux semaines, à l'intention de 10 à 20 participants membres du personnel d'un site prestataire de l'avortement. L'évaluation précédente d'un modèle abrégé de l'atelier – réduit à deux ou trois sessions tenues en une seule journée – n'ayant révélé aucun changement significatif de la stigmatisation, pas plus que des autres résultats étudiés²⁸, nous avons estimé qu'il était important de conserver toutes les sessions, dont l'efficacité avait été démontrée dans les évaluations qualitatives aussi bien que quantitatives^{16,21,28}. Cela dit, les sites prestataires de nos pays d'Amérique latine et d'Afrique sélectionnés comptaient souvent moins d'employés, de sorte que, pour faciliter la participation, nous avons adapté l'atelier sous forme de retraite de deux jours proposant toutes les sessions à des participants en provenance de plusieurs sites.

Nous avons par ailleurs changé les thèmes de certaines sessions en fonction des besoins locaux. Par exemple, une

session consacrée à la prestation d'un travail sujet à polémique a été recentrée sur la signification et l'importance du travail relatif à l'avortement au niveau de la communauté. De plus, comme nos partenaires avaient signalé que la morbidité et la mortalité élevées associées aux événements reproductifs façonnaient profondément leur travail, nous avons réorienté la session initialement consacrée aux cas mémorables pour inclure un contenu relatif aux complications difficiles. Finalement, les sessions de l'atelier adapté avaient pour thèmes: « Ce que l'avortement représente pour moi », « Gérer le stigmate: la décision de divulgation », « Ce que le travail lié à l'avortement représente pour ma communauté », « Cas mémorables et complications difficiles » et « Perspectives d'avenir ».

Adaptation des outils d'évaluation

Nos organisations partenaires ont examiné différents outils d'enquête utilisés pour évaluer l'atelier *Providers Share Workshop* initial, suggérant de nouvelles questions ou adaptant les énoncés existants aux sites de prestation considérés dans leur contexte. Ce processus a conduit à la révision des mesures d'enquête existantes concernant le stigmate du prestataire de l'avortement, le burn-out du prestataire et ses attitudes à l'égard de l'avortement, et à l'élaboration de nouvelles mesures concernant la sécurité juridique et le soutien du plaidoyer juridique. Étant donné que tous les instruments de l'étude ont été conçus pour répondre aux besoins de nos organisations partenaires, toutes les mesures, questions ou catégories de réponse ne sont pas nécessairement identiques dans les deux régions (voir l'Annexe 1 pour plus de détails). Par exemple, nous avons inclus des mesures de burn-out en Afrique seulement, car nos partenaires d'Amérique latine s'inquiétaient des niveaux d'alphabétisme et de la fatigue générée par l'enquête pour les participants, désirant dès lors réduire la charge de l'enquête. Nos partenaires ont évalué le sens et la validité apparente de la formulation de toutes les questions, que nous avons ajustées compte tenu des niveaux d'alphabétisation et des besoins de compréhension. Un minimum de quatre personnes par région ont revu les questions utilisées et se sont entendues sur la formulation finale des adaptations. Sur recommandation de nos partenaires, nous avons fait traduire tous les instruments de l'étude en espagnol pour l'Amérique latine et, pour un pays d'Afrique, dans les langues locales. Nous avons conservé la version anglaise pour les deux autres pays d'Afrique. (Toute question concernant la traduction des outils d'enquête peut être adressée aux auteurs.)

• *Stigmate du prestataire de l'avortement.* Dans les deux régions, nous avons mesuré le stigmate du prestataire de l'avortement au moyen de nos versions adaptées de l'échelle correspondante (35 questions)²⁸, qui évalue le vécu du stigmate sur cinq plans: gestion de la divulgation, états intériorisés, jugement, isolement social et discrimination. Pour éviter de renforcer la stigmatisation, le mot « stigmate » n'est inclus dans aucune question, et les énoncés sont formulés sous forme tantôt positive, tantôt négative.

Dans la version utilisée pour le modèle de l'atelier d'origine, les questions font référence au « travail [du répondant] dans le domaine des soins de l'avortement » ou à sa qualité de « travailleur dans le domaine de l'avortement ». Dans nos versions adaptées, les questions varient suivant le site de prestation mais font généralement référence à l'activité du répondant dans le domaine de l'interruption de grossesse, pour refléter les différents services relatifs à l'avortement, y compris les SAA. Les formules retenues reflètent le choix de terminologie de nos partenaires, afin d'assurer leur compréhension par les participants de chaque endroit, indépendamment de leur niveau personnel d'implication dans les soins de l'avortement.

Pour l'Afrique, nous avons supprimé l'énoncé « Je crains la façon dont les gens vont réagir s'ils apprennent que je travaille dans les soins de l'avortement » de la sous-échelle du stigmate de gestion de la divulgation car nos partenaires ne le jugeaient pas pertinent. L'échelle résultante compte ainsi 44 questions. Pour l'Amérique latine, nous avons supprimé des questions de chaque sous-échelle, pour raison de pertinence, aboutissant ainsi à une échelle mesurée sur 30 énoncés. Pour l'Afrique, les options de réponse étaient « jamais », « rarement », « parfois », « souvent » et « toujours » (codées de 1 à 5); pour l'Amérique latine, il s'agissait de « jamais », « souvent » et « toujours » (codées de 1 à 3). La différence tient à des questions d'alphabétisation et de résonance. Nous avons inversé les codes pour certaines questions, de sorte que les cotes plus élevées indiquent toujours les plus hauts niveaux de stigmatisation. Nous avons calculé les cotes des sous-échelles comme la somme de toutes les questions d'une sous-échelle donnée et la cote totale du stigmate de l'avortement comme la somme de toutes les sous-échelles. La fiabilité s'est avérée acceptable pour toutes les mesures de sous-échelle (alpha de Cronbach de 0,7 à 0,9 en Afrique et de 0,5 à 0,7 en Amérique latine).

• **Attitudes concernant l'avortement.** Pour mesurer le niveau des attitudes négatives des participants concernant l'avortement, nous sommes partis de l'échelle des attitudes, croyances et actions stigmatisantes (18 questions) créée au Ghana et en Zambie³¹, y ajoutant ensuite les questions complémentaires suggérées par nos partenaires. Nous avons, au besoin, recodé les questions de façon à ce que les cotes supérieures indiquent les attitudes plus négatives à l'égard de l'avortement. Comme il s'agissait de nouvelles mesures dans les deux régions, nous avons effectué une analyse factorielle exploratoire pour identifier les sous-échelles, des tests Kaiser-Meyer-Olkin de validité de l'échantillonnage et le test de sphéricité de Bartlett pour déterminer si les questions étaient acceptables comme échelles (voir l'Annexe 1).

Nous avons testé la factorabilité de 21 questions en Afrique sur une échelle de degré d'accord à quatre niveaux (1=tout à fait d'accord, 2=d'accord, 3=pas d'accord et 4=pas d'accord du tout, avec codes inversés si nécessaire pour que les cotes supérieures indiquent toujours les attitudes plus négatives). L'analyse factorielle exploratoire a identifié 17 questions sur trois facteurs: manque de sou-

tien des femmes demandeuses d'avortement, désapprobation des femmes se faisant avorter plus d'une fois et humiliation des femmes demandeuses d'avortement. Du fait de leur interdépendance, ces facteurs ont été totalisés pour créer une seule et même mesure des attitudes concernant l'avortement. En Amérique latine, nous avons testé la factorabilité de 26 questions sur une échelle de degré d'accord à trois niveaux (1=d'accord, 2=plutôt d'accord et 3=pas d'accord, avec codes inversés si nécessaire pour que les cotes supérieures indiquent toujours les attitudes plus négatives). L'analyse factorielle exploratoire a identifié 14 questions sur trois facteurs: manque de soutien des femmes demandeuses d'avortement, désapprobation des femmes se faisant avorter plus d'une fois, plus tardivement ou à l'adolescence et peur d'être pris au piège par les patientes. Du fait de leur interdépendance, nous avons totalisé ces facteurs pour créer une seule et même mesure (alpha de Cronbach de 0,9 dans les deux régions).

• **Sécurité juridique et engagement dans le plaidoyer.** Nous avons examiné le vécu et les perceptions du climat juridique de l'avortement dans la région des soignants au moyen de 19 questions pour l'Afrique et de 13 pour l'Amérique latine. Les options de réponse pour les deux étaient « d'accord », « indifférent ou sans avis » et « pas d'accord » (codées de 1 à 3). Les questions ont été recodées de sorte que les cotes plus élevées indiquent une sécurité juridique supérieure et un plus grand soutien au plaidoyer juridique. Nous avons effectué une analyse factorielle exploratoire pour identifier les facteurs latents selon un protocole identique à celui décrit plus haut et calculé les cotes comme la somme de toutes les questions relatives à un facteur latent donné. En Afrique comme en Amérique latine, nous avons identifié deux facteurs: la sécurité juridique (c'est-à-dire le péril judiciaire encouru par les soignants du fait de leur travail) et la disposition à s'engager dans le plaidoyer pour l'avortement ou à le soutenir. Dans les deux régions, ces deux facteurs ne sont pas apparus liés au niveau bivarié; nous ne les avons donc pas combinés en une seule mesure (alpha de Cronbach de 0,9 et 0,7, respectivement, en Afrique, et de 0,6 et 0,7, respectivement, en Amérique latine).

• **Burn-out du prestataire.** Nous n'avons mesuré le burn-out professionnel qu'en Afrique, selon l'inventaire d'épuisement de Maslach (*Maslach Burnout Inventory*), défini aux États-Unis et validé auprès des agents de santé en Afrique^{32,33}. Vingt-deux questions sont mesurées sur une échelle à sept degrés (de 0=jamais à 6=tous les jours) et sur trois plans: épuisement émotionnel, accomplissement personnel et dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel capture l'expérience du débordement et de l'épuisement émotionnels dus à l'activité professionnelle; l'accomplissement personnel évalue les sentiments d'accomplissement et d'utilité sur le lieu du travail; et la dépersonnalisation évalue l'insensibilité et les réponses impersonnelles à l'égard des patientes. Ces trois domaines représentent différents aspects du burn-out et les auteurs des échelles recommandent de ne pas combiner les cotes des sous-

échelles en une cote totale³². Nous avons remplacé le mot « bénéficiaires » par « patientes » tout au long de l'index, sans autre modification. Au besoin, nous avons cependant recodé et inversé les codes des questions des sous-échelles, de manière à ce que les cotes plus élevées indiquent un burn-out plus intense et un accomplissement personnel perçu supérieur, et nous avons calculé les cotes comme la somme de toutes les questions d'une sous-échelle donnée. La fiabilité s'est avérée acceptable pour toutes les mesures de sous-échelle (alpha de Cronbach de 0,56 à 0,71).

Mise en œuvre de l'atelier et collecte des données

Nos organisations partenaires ont sélectionné les sites d'atelier et recruté les participants selon des procédures variables suivant le site et la préférence des partenaires, par e-mail, téléphone ou de bouche à oreille. Tous les employés engagés – directement ou indirectement – dans les soins de l'avortement ou SAA étaient admis à participer, y compris le personnel d'accueil, les laborantins et échographistes, le personnel de conseil, le personnel infirmier, les sages-femmes et les médecins. La participation à l'atelier était facultative, sans rémunération spécifique supplémentaire. Nous avons mené neuf ateliers distincts entre septembre 2014 et juin 2015 – un dans chacun des trois pays d'Afrique subsaharienne et deux dans chacun de trois pays d'Amérique latine. Chaque atelier a accueilli 15 à 20 participants, qui ont tous assisté à chacune des sessions. Au total, 152 participants employés dans le domaine des soins de l'avortement ont assisté aux ateliers: 59 en Afrique et 93 en Amérique latine. Tous les participants d'Afrique vivaient et travaillaient dans les trois pays où les ateliers ont été organisés. En Amérique latine, toutefois, certains participants étaient originaires d'autres pays; au total, sept pays de la région étaient ainsi représentés.

Après avoir donné leur consentement éclairé, les participants ont répondu à un questionnaire sur papier auto-administré immédiatement avant l'atelier, puis à un questionnaire de suivi immédiatement après l'atelier. Ils ont été invités à répondre à un second questionnaire de suivi auto-administré six mois après la tenue de l'atelier. Les données de suivi à six mois ont été collectées par les animateurs ou agents de liaison de l'atelier. Les deux questionnaires de suivi reprenaient toutes les questions de celui administré avant l'atelier, complétés de questions d'évaluation de l'expérience de l'atelier en soi. Les animateurs ou les agents de liaison clinique formés ont apporté, au besoin, l'assistance nécessaire pour répondre aux questionnaires, collectant du reste les données confidentielles. Les questionnaires n'ont recueilli aucune information personnelle permettant l'identification des répondants. Un code a plutôt été attribué à chaque participant, grâce auquel l'équipe de recherche a pu lier les réponses de chacun d'un questionnaire à l'autre. Les procédures de collecte des données ont reçu l'approbation de Chesapeake IRB (aujourd'hui Advarra) et du comité d'éthique de Marie Stopes International. Les comités d'éthique de la faculté de médecine de l'Université du Michigan ont examiné les procédures d'analyse

des données et les ont jugées exemptes de supervision, car elles portaient sur des données dépersonnalisées.

Outre les échelles adaptées de l'atelier *Providers Share Workshop* décrites plus haut, le questionnaire de base invitait les participants à indiquer leurs caractéristiques démographiques: sexe, niveau d'éducation accompli (primaire, secondaire, 1er, 2e ou 3e cycle universitaire ou professionnel), âge (18 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans ou 55 ans ou plus), fréquentation d'offices religieux (une fois par an ou moins, plusieurs fois par an, une fois par mois, deux ou trois fois par mois, une fois par semaine ou plusieurs fois par semaine) et confession religieuse (aucune, catholique, protestant ou évangélique, ou autre). Le niveau d'expérience des soins de l'avortement a aussi été demandé aux participants, sous options de réponse différentes en Afrique (deux ans ou moins, trois à cinq ans ou six ans ou plus) et en Amérique latine (moins d'un an, un à deux ans ou trois ans ou plus), suivant les recommandations des partenaires. Les questionnaires de base demandaient également le type d'emploi mais la majorité des participants ont choisi la réponse « autre », limitant notre capacité d'analyse des données en fonction de cette mesure. Nous l'avons par conséquent exclue de nos analyses.

Analyse

L'équipe chargée de l'étude a reçu, aux fins de l'analyse, des données dépersonnalisées. Sur la base des données collectées aux trois moments décrits plus haut, nous avons mesuré l'évolution des résultats dans le temps, ainsi que les corrélations bivariées entre les caractéristiques démographiques et les résultats. Nous avons utilisé des modèles de régression linéaire (à effets mixtes) longitudinaux pour déterminer les mesures corrélées avec les changements de résultats au fil du temps. Étant donné les tailles d'échantillon réduites de ces interventions pilotes, nous avons commencé par résoudre le problème des données manquantes par imputation par la moyenne de la personne si un individu présentait 80% de données complètes sur une sous-échelle particulière.

Nous avons calculé le stigmate total de l'avortement et les attitudes négatives totales à son égard comme la somme des données de sous-échelle imputée par la moyenne de la personne, tandis que les participants présentant moins de 80% de données complètes étaient exclus des analyses. Sur les 59 participants d'Afrique et les 93 d'Amérique latine initiaux, nous avons retenu et analysé les données multivariées longitudinales de 52 (88%) et de 75 (81%), respectivement.

Nous avons ensuite effectué des analyses univariées de toutes les variables, à l'exception des caractéristiques démographiques, dans leurs échelles de mesure initiales à chaque point dans le temps. Pour chaque résultat pertinent, nous avons ensuite calculé les coefficients bêta non ajustés ni standardisés pour les relations bivariées avec le temps et la tendance linéaire au fil du temps, au moyen de modèles de régression linéaire à effets mixtes avec effets aléatoires au

niveau de la personne, ce qui nous a permis de tester les changements au niveau du groupe avant et après l'atelier.

Enfin, nous avons construit des modèles de régression linéaire à effets mixtes multivariés – avec effets aléatoires au niveau de la personne – sous contrôle des caractéristiques démographiques pour évaluer les mécanismes de changement au sein de l'intervention. Ceci nous a permis de calculer les coefficients bêta ajustés non standardisés. Ceux-ci révèlent comment une augmentation d'une unité de nos variables à l'étude était associée aux changements de résultats au fil du temps – du questionnaire de base au suivi six mois après la tenue de l'atelier – sous contrôle d'autres facteurs. Plus rigoureuses que les analyses transversales, celles accomplies ici peuvent représenter plus précisément les voies causales potentielles car les plans longitudinaux établissent la séquence temporelle sous contrôle des facteurs parasites, en plus d'identifier les corrélations significatives. Nous avons également effectué des analyses multivariées au moyen de modèles de régression linéaire à effets mixtes axés sur la relation entre le stigmate et les attitudes à l'égard de l'avortement, sous contrôle des mesures démographiques d'éducation, de fréquentation d'offices religieux et d'expérience professionnelle. Nous avons effectué toutes nos analyses sous Stata 14.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Les participants travaillaient dans différents contextes: dispensaires, hôpitaux et cabinets de santé privés, ou leur domicile. La majorité (51 à 56%) des participants aux ateliers africains étaient des femmes âgées de 25 à 34 ans, dotées d'une éducation secondaire et fréquentant des offices religieux deux à trois fois par mois (Tableau 1); près de la moitié étaient de confession protestante ou chrétienne évangélique et qualifiaient d'élevé leur niveau d'expérience des soins de l'avortement (47% pour chaque caractéristique). En Amérique latine, la plupart des participants étaient des femmes instruites au deuxième degré universitaire, âgées de 25 à 34 ans, catholiques et fréquentant des offices religieux plusieurs fois par an (41 à 85%), signalant du reste en proportions similaires un niveau d'expérience des soins de l'avortement faible, moyen ou élevé (25 à 31%).

Évolution des résultats au niveau des prestataires

• *Stigmate du prestataire de l'avortement.* Dans les deux régions, les cotes de base se trouvaient plus ou moins à mi-chemin sur l'étendue de cotes possibles. En Afrique, le stigmate total du personnel soignant est stable entre le moment du questionnaire de base avant l'atelier et immédiatement après (cote moyenne, 103,5 contre 98,1; Tableau 2), mais il est moindre six mois après l'intervention (96,2), indiquant une tendance globale négative (coefficient bêta, -0,2). En Amérique latine, le stigmate total de l'avortement a diminué, d'une cote moyenne de 49,6 à la base à 44,7 immédiatement après l'atelier et à 44,4 six mois plus tard, selon une tendance globale négative (-0,4).

En Afrique comme en Amérique latine, la cote moyenne

TABLEAU 1. Caractéristiques de base sélectionnées du personnel de soins de l'avortement participant aux mises en œuvre pilotes de l'atelier Providers Share Workshops, par région, 2015

Caractéristique	Afrique subsaharienne		Amérique latine	
	N	%	N	%
Sexe				
Masculin	23	39	12	13
Féminin	33	56	79	85
Info manquante	3	5	2	2
Éducation†				
Primaire	2	3	7	8
Secondaire	30	51	8	9
1er cycle universitaire	5	8	18	19
2e cycle universitaire	10	17	38	41
3e cycle universitaire/ professionnel	7	12	21	23
Info manquante	5	8	1	1
Âge				
18 à 24 ans	6	10	3	3
25 à 34 ans	30	51	27	29
35 à 44 ans	17	29	25	27
45 à 54 ans	4	7	19	20
≥55 ans	0	0	15	16
Info manquante	2	3	4	5
Fréquentation d'offices religieux				
Pas plus d'une fois par an	4	7	17	18
Plusieurs fois par an	12	20	35	38
Une fois par mois	5	8	9	10
2-3 fois par mois	32	54	14	15
Une fois par semaine	4	7	11	12
Plusieurs fois par semaine	0	0	2	2
Info manquante	2	4	5	5
Religion				
Aucune	4	7	11	12
Catholique	18	31	69	74
Protestante/évangélique	28	47	7	8
Autre	7	12	5	5
Info manquante	2	3	1	1
Niveau d'expérience des soins de l'avortement‡				
Faible	10	17	25	27
Moyen	21	36	31	33
Élevé	28	47	29	31
Info manquante	0	0	8	9
Total	59	100	93	100

†Indique le niveau d'éducation accompli. ‡Pour l'Afrique, faible=≤2 ans, moyen=3 à 5 ans et élevé=≥6 ans; pour l'Amérique latine, faible=<1 an, moyen=1 à 2 ans et élevé=≥3 ans. N.B.: Les pourcentages totaux ne sont pas toujours exactement 100 pour cause d'arrondissement.

de la sous-échelle de gestion de la divulgation était inférieure à chaque échéance postérieure à l'intervention par rapport à la base, suivant une tendance générale négative pour le résultat (coefficient bêta, -0,2 pour chaque région). Dans les deux régions, la cote d'états intérieurs est aussi en baisse d'un point à l'autre dans le temps, selon des tendances globales également négatives (-0,2 et -0,6). Les deux régions présentent une tendance générale négative des cotes de jugement aussi (-0,2 chacune), bien que la baisse en Afrique soit devenue significative au suivi à six mois, alors qu'elle l'était en Amérique latine immédiate-

ment après l'atelier.

• *Attitudes à l'égard de l'avortement.* Au total, les attitudes relatives à l'avortement en Amérique latine étaient largement favorables dès la base et sont restées stables au fil du temps. En Afrique, les cotes étaient plus ou moins à mi-chemin sur l'étendue des cotes possibles à la base, puis s'atténaient au fil du temps. Parmi le personnel de soins africain, ces cotes d'attitudes totales sont restées stables entre l'évaluation précédent l'atelier et celle le suivant immédiatement (cotes moyennes, 31,5 contre 29,4), pour diminuer ensuite six mois plus tard (28,6); la tendance générale de ce résultat est négative (coefficient bêta, -0,2). Les cotes d'évaluation des attitudes défavorables à l'égard des patientes diminuent immédiatement après l'atelier et suivent une tendance générale négative (-0,2), indiquant des attitudes progressivement plus solidaires au fil de la période de l'étude. Les deux autres sous-échelles restent stables sur toute la période de l'étude.

• *Perceptions de la sécurité juridique et engagement dans le plaidoyer.* En Afrique, le sentiment de sécurité juridique du personnel de soins de l'avortement augmente globalement après l'atelier (coefficient bêta, 0,8), révélant une différence entre la cote de base et celle du suivi à six mois (cotes moyennes, 14,7 contre 16,3) mais pas au suivi immédiat après l'atelier. En revanche, la disposition à s'engager dans le plaidoyer juridique ou à l'appuyer n'est en hausse qu'immédiatement après l'intervention (14,9 contre 16,4), sans produire de changement sur la période totale de l'étude. En Amérique latine, les perceptions de la sécurité juridique se révèlent en hausse au suivi de six mois après l'intervention (8,0 contre 8,7), sans produire ici non plus de changement global.

• *Burn-out du prestataire.* Le burn-out n'a été mesuré qu'en Afrique. Les niveaux de base révèlent des degrés moyens d'épuisement émotionnel, une dépersonnalisation moyenne et un sens d'accomplissement personnel élevé, selon les directives standard recommandées dans l'instrument d'inventaire d'épuisement de Maslach. Les cotes d'épuisement émotionnel tombent de 16,1 à la base à 11,4 immédiatement après l'atelier et à 10,2 six mois plus tard; la tendance générale est négative (coefficient bêta, -2,9), signifiant une évolution de niveaux d'épuisement émotionnel moyens à faibles. La dépersonnalisation est moindre au suivi à six mois (cotes moyennes, 7,4 contre 4,5) et la tendance globale est négative (-1,2), signe d'évolution d'une dépersonnalisation moyenne à faible. Le sens d'accomplissement personnel reste élevé et stable pendant la période de collecte des données de suivi.

Relations entre les mesures de résultat au fil du temps

Nos résultats longitudinaux sont présentés au Tableau 3, où une hausse d'une unité pour une mesure donnée prédit une évolution de la variable de résultat entre la base et le suivi six mois après l'intervention. Autrement dit, nous avons pu observer la corrélation entre l'évolution d'une variable donnée et celle des résultats au fil du temps. Nos principaux constats sont présentés ici.

TABLEAU 2. Cotes moyennes d'échelle et de sous-échelle indiquant, parmi le personnel de soins de l'avortement, les niveaux du stigmatisme du prestataire, des attitudes à l'égard de l'avortement, de la sécurité juridique et du plaidoyer et (en Afrique seulement) du burn-out du prestataire de l'avortement, suivant le moment de l'enquête; et coefficients bêta des modèles de régression à effets mixtes bivariés évaluant les changements de résultats dans le temps

Échelle / sous-échelle	Étendue	Temps 1	Temps 2	Temps 3	Tendance linéaire
AFRIQUE SUBSAHARIENNE (N=59)					
Stigmatisme total du prestataire de l'avortement†	41-205	103,50	98,13	96,23*	-0,18†
Gestion de la divulgation	9-45	21,88	19,09*	18,89**	-0,20††
États intériorisés	12-60	28,34	24,94**	25,75*	-0,23††
Jugement	13-65	33,06	30,76	29,55*	-0,19†
Isolement social	5-25	16,69	16,42	16,11	-0,05
Discrimination	2-10	6,59	6,67	6,02	-0,07
Attitudes totales à l'égard de l'avortement	17-68	31,49	29,37	28,57*	-0,20†
Manque de soutien des demandeurs de soins d'avortement	5-20	9,18	8,29*	7,74**	-0,24††
Désapprobation de l'avortement multiple	2-8	5,21	5,38	4,93	-0,09
Humiliation des demandeuses de soins d'avortement	10-40	17,03	15,77	15,89	-0,13
Sécurité juridique et engagement dans le plaidoyer					
Sécurité juridique	7-21	14,69	14,26	16,28**	0,76††
Disposition à s'engager dans le plaidoyer ou à le soutenir‡	6-18	14,90	16,41**	15,67	0,47
Burn-out du prestataire					
Épuisement émotionnel	0-54	16,12	11,43***	10,19***	-2,92†††
Accomplissement personnel	0-48	40,68	41,29	40,15	-0,11
Dépersonnalisation	0-30	7,44	7,32	4,50**	-1,21††
AMÉRIQUE LATINE (N=93)					
Stigmatisme total du prestataire de l'avortement§	29-87	49,63	44,69***	44,41***	-0,38†††
Gestión de la divulgación	4-12	7,55	7,08*	6,63***	-0,22†††
États intériorisés	8-24	12,62	10,14*	10,22***	-0,56†††
Jugement	10-30	17,84	16,92**	16,66***	-0,19†††
Isolement social	4-12	7,83	7,37	7,62	-0,04
Discrimination	3-9	3,17	3,15	3,22	-0,05
Attitudes totales à l'égard de l'avortement¶	14-42	18,60	17,95	18,49	-0,02
Manque de soutien des demandeurs de soins d'avortement	7-21	8,13	7,9	8,31	0,05
Désapprobation de l'avortement multiple, tardif ou à l'adolescence§	5-15	6,90	6,47	6,65	-0,07
Peur d'être pris au piège par les patientes	2-6	3,62	3,71	3,51	-0,05
Sécurité juridique et engagement dans le plaidoyer					
Sécurité juridique	5-15	8,04	8,03	8,68*	0,31
Disposition à s'engager dans le plaidoyer ou à le soutenir	3-9	8,53	8,43	8,50	-0,02

*Significativement différent par rapport à Temps 1 à p<0,05. **Significativement différent par rapport à Temps 1 à p<0,01. ***Significativement différent par rapport à Temps 1 à p<0,001. †Changement entre Temps 1 et Temps 3 significatif à p<0,05. ††Changement entre Temps 1 et Temps 3 significatif à p<0,01. †††Changement entre Temps 1 et Temps 3 significatif à p<0,001. ‡N=58. §N=90. ¶N=92. N.B.: Temps 1, Temps 2 et Temps 3 représentent, respectivement, l'évaluation à la base, immédiatement après l'atelier et six mois après l'atelier. Les coefficients bêta sont non standardisés et non ajustés. Les modèles ne contrôlent aucune autre covariable.

En Afrique, nous avons observé plusieurs relations bidirectionnelles inverses. Par exemple, pour chaque gain d'une unité concernant le stigmatisme total du prestataire de l'avortement entre la base et le suivi six mois après l'atelier,

TABLEAU 3. Coefficients bêta des analyses de régression linéaire évaluant la relation entre les mesures de résultat de la base à six mois après l'atelier Providers Share Workshop

Mesure	Stigmate total du prestataire de l'avortement	Attitudes totales à l'égard de l'avortement	Sécurité juridique	Disposition à s'engager dans le plaidoyer	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation
AFRIQUE SUBSAHARIEN (N=52)						
Mesure d'échelle						
Stigmate total du prestataire de l'avortement	s/o	0,07	-1,93***	-1,47***	-1,36	0,33
Attitudes totales à l'égard de l'avortement	0,10	s/o	-0,23	-1,12***	1,23	1,12
Sécurité juridique	-0,02	s/o	-0,24**	-0,65**	-0,65**	-0,13
Disposition à s'engager dans le plaidoyer ou à le soutenir	-0,15***	-0,12***	-0,42**	s/o	-0,58	-0,01
Épuisement émotionnel	-0,02	0,01	-0,13**	-0,06*	s/o	0,19**
Accomplissement personnel	-0,02	0,00	-0,06	-0,01	-0,09	-0,03
Dépersonnalisation	0,01	0,02	-0,03	-0,01	0,39**	s/o
Caractéristiques démographiques						
Âge	-0,07	-0,10	-0,40	-0,29	0,49	0,48
Féminin	-0,04	-0,10	0,84	-0,52	-0,34	1,01
Éducation	0,24***	-0,07	0,50	0,12	1,17	-0,60
Fréquentation d'offices religieux	-0,01	0,15*	-0,45	-0,10	-0,95	-0,83
Niveau d'expérience des soins de l'avortement†						
Faible	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Moyen	-0,20	-0,05	-1,27	0,05	2,86	-4,24**
Élevé	-0,19	-0,34	-0,86	-0,60	3,73	-3,87
AMÉRIQUE LATINE (N=75)						
Mesure d'échelle						
Stigmate total du prestataire de l'avortement	s/o	0,15	-0,61**	-0,01	s/o	s/o
Attitudes totales à l'égard de l'avortement	0,14	s/o	-0,40	-0,22***	s/o	s/o
Sécurité juridique	-0,07**	-0,05*	s/o	0,01	s/o	s/o
Disposition à s'engager dans le plaidoyer ou à le soutenir	-0,04	-0,33***	0,10	s/o	s/o	s/o
Caractéristiques démographiques						
Âge	-0,01	0,00	0,03	0,01	s/o	s/o
Féminin	0,47	-0,15	0,08	0,29	s/o	s/o
Éducation	-0,21**	0,02	-0,49*	-0,09	s/o	s/o
Fréquentation d'offices religieux	0,00	-0,04	0,51**	0,09	s/o	s/o
Niveau d'expérience des soins de l'avortement†						
Faible	réf.	réf.	réf.	réf.	s/o	s/o
Moyen	-0,16	-0,23	0,04	-0,28	s/o	s/o
Élevé	-0,03	-0,01	0,40	0,16	s/o	s/o

*p<0,05. **p<0,01. ***p<0,001. †Pour l'Afrique, faible=≤2 ans, moyen=3 à 5 ans et élevé=≥6 ans; pour l'Amérique latine, faible=<1 an, moyen=1 à 2 ans et élevé=≥3 ans. N.B.: Les coefficients bêta sont non standardisés et non ajustés. L'augmentation d'une unité d'une mesure donnée prédit le changement indiqué de la variable de résultat. réf=groupe de référence. s/o=sans objet.

le sentiment de sécurité juridique correspondant baisse de 1,9 unité sur la même période (coefficient bêta, -1,9); parallèlement, pour chaque hausse d'une unité du sentiment de sécurité juridique du personnel de soins, le stigmate total diminue de 0,1 unité (-0,1). De tels rapports bidirectionnels sont également observés entre le stigmate total et la disposition à s'engager dans le plaidoyer juridique ou à l'appuyer (-1,5 et -0,2, respectivement), l'épuisement émotionnel et la sécurité juridique (-0,1 et -0,7) et les attitudes à l'égard de l'avortement et la disposition à s'engager dans le plaidoyer juridique ou à le soutenir (-1,1 et -0,1). En d'autres termes, tandis que le stigmate et que l'épuisement émotionnel diminuent après l'atelier, le soutien du plaidoyer juridique et le sentiment de sécurité juridique augmentent. De même, à mesure que les attitudes négatives à l'égard de l'avortement diminuent après l'atelier, le

soutien du plaidoyer juridique augmente.

De plus, nous avons observé un rapport bidirectionnel positif entre l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (coefficients bêta, 0,2 et 0,4, respectivement). Cela tandis que les analyses des sous-échelles du stigmate et des attitudes indiquent une association entre les attitudes non favorables et un stigmate du prestataire davantage intériorisé (non représenté). Enfin, en ce qui concerne les différences de résultats dans le temps suivant les caractéristiques démographiques, nous avons observé une association positive entre l'éducation et le stigmate de l'avortement (0,2) et entre la fréquentation d'offices religieux et les attitudes négatives (0,2), tandis qu'une association négative se révélait entre le niveau moyen d'expérience des soins de l'avortement (par rapport à un niveau faible) et la dépersonnalisation (-4,2).

En Amérique latine, nous avons observé des relations bidirectionnelles inverses entre le stigmate de l'avortement et la sécurité juridique (coefficients bêta, $-0,6$ et $-0,1$) et entre les attitudes négatives à l'égard de l'avortement et le soutien du plaidoyer juridique ($-0,2$ et $-0,3$). De plus, le sentiment de sécurité juridique présente une association négative avec les attitudes négatives à l'égard de l'avortement ($-0,1$). Les analyses des sous-échelles du stigmate et des attitudes révèlent une association positive entre la hausse des attitudes négatives globales et celle des attitudes négatives à l'égard des avortements multiples, d'une part, et, d'autre part, le stigmate (non représenté). De même, un plus grand stigmate intériorisé s'est avéré associé à des attitudes plus négatives dans l'ensemble, à des attitudes non compatissantes à l'égard des patientes et à des attitudes négatives concernant les avortements multiples. Enfin, nous avons observé une association négative entre certaines différences de résultats basées sur les caractéristiques démographiques au fil du temps – éducation et stigmate de l'avortement ($-0,2$) et perceptions de sécurité juridique ($-0,5$) – et une association positive entre la fréquentation d'offices religieux et la sécurité juridique ($0,5$).

DISCUSSION

Dans notre évaluation d'une adaptation pilote de l'atelier *Providers Share Workshop* à l'intention du personnel de soins de l'avortement en Afrique subsaharienne et en Amérique latine, nous avons observé l'association de l'intervention à une réduction du stigmate total de l'avortement ainsi que de composantes particulières du stigmate tels que la gestion de la divulgation, le stigmate intériorisé et le jugement. Nous avons également observé d'importantes relations – non encore documentées – entre le vécu du stigmate par les prestataires et leurs propres attitudes stigmatisantes concernant les femmes demandeuses d'avortement. Nos résultats indiquent que le stigmate est lié à des sentiments de péril judiciaire, ainsi que de disposition à s'engager dans le plaidoyer en faveur des droits à l'avortement, venant appuyer le recoupement attendu du stigmate et de la restriction légale et le fort impact des deux sur le vécu des prestataires.

Forts de ces constats, nous avons pu générer un nouveau modèle conceptuel de la dynamique du stigmate et de la restriction légale des soins de l'avortement et des SAA (voir la Figure 1a en annexe). Ce modèle ajoute plus de complexité à un modèle conceptuel élaboré sur la base de la recherche effectuée aux États-Unis¹⁷. Il illustre les façons dont le stigmate se crée dans de multiples sphères socio-écologiques, y compris le discours public, la loi, les institutions telles que les hôpitaux et les églises, les communautés et la clinique d'avortement elle-même. La recherche antérieure sur la méthodologie de l'atelier *Providers Share Workshop* a montré que le stigmate peut influencer plusieurs dimensions du vécu du prestataire de l'avortement – en particulier, les décisions de divulgation de son travail dans le domaine de l'avortement et les perceptions de jugement, d'isolement et de discrimination^{17,25}. Notre étude fait écho à ces constats, mais nous avons pu montrer aussi que

certaines prestataires ont des attitudes négatives à l'égard des femmes demandeuses d'avortement. Il semble ainsi qu'effectuer un travail stigmatisé n'empêche pas le personnel de soins d'avoir lui-même des attitudes stigmatisantes. Nous avons du reste observé que le stigmate intériorisé des prestataires est lié à leurs attitudes à l'égard des femmes demandeuses d'avortement. Autrement dit, ce que les prestataires ressentent à l'égard de leurs patientes est lié à leur propre image d'eux-mêmes. En Afrique, nous avons vu que les participants à l'atelier développaient des attitudes plus favorables à l'égard des patientes en quête de soins d'avortement au fil du temps, laissant entendre que l'atelier peut remplir une fonction similaire à celle d'autres interventions visant à améliorer les attitudes stigmatisantes des agents de santé vis-à-vis des patientes²⁹.

Nos observations laissent entendre que la restriction légale n'est pas le seul prédicteur de sentiments de péril judiciaire; le stigmate de l'avortement affecte aussi ce sentiment parmi les prestataires, ce que la recherche antérieure sur l'atelier *Providers Share Workshop* n'avait pas encore documenté. Lorsque le stigmate diminue – même sans changement du climat juridique –, les sentiments de péril judiciaire diminuent aussi. Ainsi, bien qu'il puisse paraître évident que le travail dans des conditions sujettes à restriction légale suscite un sentiment de péril judiciaire, la relation n'est peut-être pas aussi simple et directe, car le stigmate entre aussi en jeu.

La recherche antérieure menée aux États-Unis donne à penser que le vécu du stigmate par les prestataires est associé à différentes difficultés individuelles et du système sanitaire, y compris le burn-out, la rotation du personnel et le manque d'effectifs dans les centres de soins de l'avortement¹⁷. Notre analyse révèle une dynamique similaire et laisse entendre une dimension supplémentaire: le fardeau individuel du stigmate comprend un sentiment d'impuissance relative à changer les conditions juridiques (étant donné les relations inverses entre le stigmate de l'avortement et l'appui du plaidoyer juridique). Nous avons désigné ce phénomène sous l'appellation de « désengagement juridique » dans notre modèle conceptuel de la dynamique du stigmate et de la restriction légale. Ce désengagement reflète vraisemblablement une inquiétude justifiée quant à la sécurité, à des poursuites judiciaires éventuelles et à d'autres menaces.

Quand le personnel de soins de l'avortement participe à l'atelier de partage, la dynamique du stigmate et de la restriction légale peut changer (voir la Figure 1b en annexe). L'atelier étant à la fois un outil de recherche sur le vécu des prestataires et une intervention visant à améliorer ce vécu, nous pouvons utiliser les changements observés pour suggérer où et comment l'atelier est efficace. L'atelier aide les participants à exprimer leur vécu, à établir des liens les uns avec les autres et à recevoir l'appui dont ils ont besoin. Ce faisant, l'atelier semble perturber les rapports de stigmatisation des prestataires – pendant au moins six mois après leur participation. À l'image de la recherche menée aux États-Unis, notre étude porte à croire que la participation

à l'atelier est associée à une amélioration sur trois plans du vécu du stigmate du prestataire: la disposition à divulguer le travail dans le domaine de l'avortement, l'amoindrissement du stigmate intériorisé et la réduction du jugement perçu de la part d'autrui¹⁷. On notera que l'affaiblissement le plus net du stigmate apparaît sur le plan du stigmate intériorisé. Dans notre recherche comme dans les études précédentes, le stigmate sur le plan de la discrimination et de l'isolement social ne change pas après l'atelier, vraisemblablement parce que l'intervention n'aborde pas la question des environnements externes dans lesquels les prestataires travaillent, y compris les échanges quotidiens à la source de la discrimination et de l'isolement. En Afrique, la participation à l'atelier semble favoriser les attitudes compatissantes à l'égard des femmes qui cherchent à se faire avorter. Il s'agit là d'un constat particulièrement prometteur, au vu de la documentation des attitudes stigmatisantes des prestataires de l'avortement en Afrique³⁴, où ces attitudes sont signalées comme un obstacle majeur aux soins de qualité de l'avortement³⁵. En revanche, lorsque les Africaines obtiennent des services d'avortement de prestataires accueillants et compatissants, elles perçoivent ces services comme étant de haute qualité et en sont satisfaites³⁶. Nous n'avons pas constaté cette évolution dans les attitudes observées en Amérique latine, probablement parce qu'elles étaient favorables dès le début.

Après la tenue des ateliers en Afrique, nous avons observé une amélioration sur le plan du burn-out (de l'épuisement émotionnel en particulier) et du traitement dépersonnalisé des patientes, que nous interprétons comme un engagement professionnel accru. Nous avons aussi observé un soutien accru en faveur de l'engagement dans le plaidoyer juridique. Ceci porte à croire qu'un sentiment de communauté entre les prestataires peut représenter un élément important de leur disposition à s'engager dans les efforts de plaidoyer. Nos observations font ressortir un lien direct potentiel entre le sentiment de péril judiciaire et le burn-out: en Afrique, l'amélioration de la perception de sécurité juridique est associée à une diminution de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation jusqu'à six mois après l'atelier. Cela se comprend, étant donné les hauts niveaux de stress qui accompagnent vraisemblablement la menace de conséquences judiciaires potentielles au fait d'accomplir son travail. Nous avons observé une corrélation entre l'amélioration de l'un des indicateurs de burn-out et celle de l'autre. Il semble que, même sans changer l'environnement extérieur, l'atelier pourrait cultiver un sentiment de sécurité juridique, réduire le stigmate, donner un sentiment de communauté et de soutien et, par conséquent, réduire le fardeau du burn-out professionnel. Ces résultats présentent d'importantes implications de résilience et de pérennité des soins au niveau du système de santé, bien qu'une recherche supplémentaire soit nécessaire pour déterminer si les changements persistent au-delà de six mois après l'intervention.

Limites

Notre recherche présente certaines limites. Il s'agit d'abord d'une étude pilote basée sur un petit échantillon non représentatif, ce qui en limite la généralisabilité. L'importance de certains effets de l'intervention est modeste et ce qui constitue un changement utile sur le plan du stigmate, des attitudes, du climat juridique ou du burn-out n'est pas encore clair. La taille réduite des échantillons a limité notre capacité de détecter les effets dans les modèles à effets mixtes multivariés et les analyses factorielles. Le fait que nous avons pu documenter de nombreux changements dans les directions espérées, compte tenu de cette limite de taille d'échantillon, est par conséquent encourageant et mérite une recherche approfondie sur de plus grands échantillons.

Ensuite, certaines limites apparaissent au niveau des mesures mêmes, y compris le biais de rappel et d'acceptabilité sociale dans les réponses aux questionnaires. Les mesures ne sont pas toutes constantes dans les deux régions. La comparabilité et la généralisabilité de nos résultats en sont réduites. En particulier, nous n'avons pas mesuré le burn-out en Amérique latine et n'avons donc pas pu en mesurer le rapport avec l'intervention dans cette région. Notre but n'était cependant pas d'avoir des mesures identiques, mais plutôt d'évaluer les résultats prioritaires par nos partenaires. Comme indiqué plus haut, des différences sont apparues dans la façon dont les sites partenaires ont traduit certains mots, notamment l'expression « *abortion worker* » (personne travaillant dans le domaine de l'avortement). Les autres organisations intéressées par l'échelle du stigmate du prestataire de l'avortement ou par une autre mesure devront traduire cette expression et d'autres de manière pertinente pour les participants à l'atelier dans leur contexte particulier.

De plus, cette étude n'était pas axée sur le développement d'échelle, de sorte que les analyses factorielles présentées ont aussi leurs limites (y compris les sous-échelles comptant moins de trois questions) et n'ont pas testé l'hétérogénéité des réponses aux questions. Idéalement, tous les participants auraient répondu à toutes les parties des questionnaires à chaque point dans le temps. Nous avons cependant dû faire face à un manque de données spécifiques à certaines questions, que nous avons réglé par méthodes d'imputation. Il a été difficile de distinguer la stigmatisation et le burn-out causés par les restrictions légales de l'avortement par rapport au stigmate social de nature plus générale.

Enfin, notre plan pré/post-intervention sans groupe témoin rend impossible l'attribution des changements observés dans les résultats au seul atelier de partage entre prestataires. D'autres événements ont pu affecter nos résultats, en particulier six mois après l'intervention. Il est aussi possible qu'une intervention de groupe quelconque ayant rassemblé les participants – axée sur le stigmate ou non – ait pu produire une amélioration des résultats. Cependant, nos modèles longitudinaux à effets mixtes indiquant les mécanismes du changement appuient l'idée que nos résultats peuvent être attribués au contenu et à la méthodologie spécifiques de l'atelier même.

Conclusions

Basée sur une recherche antérieure menée aux États-Unis, cette étude pilote en Afrique subsaharienne et en Amérique latine a produit des résultats qui portent à croire que l'atelier *Providers Share Workshop* peut être mis en œuvre dans différents contextes pour réduire le stigmate vécu par les prestataires de l'avortement et de SAA. L'importance en est qu'il n'existe à ce jour aucune autre intervention factuelle visant à aider les prestataires à mieux gérer la charge du stigmate de l'avortement. En établissant un espace de soutien des prestataires, où ils puissent partager et représenter artistiquement leur vécu, l'atelier permet à ses participants de situer leur expérience personnelle dans les contextes sociopolitiques plus larges du travail dans le domaine de l'avortement, de prendre personnellement conscience des mécanismes et des conséquences de la stigmatisation pour eux-mêmes et pour leurs patientes, tout en favorisant la résilience et la cohésion sociale¹⁶. Le soutien des prestataires de l'avortement et de SAA est essentiel en soi. Si la réduction de la stigmatisation était le seul résultat observé de l'atelier, nous considérerions l'intervention réussie. Cela dit, en renforçant les liens entre les prestataires, en réduisant leur isolement et en soutenant leur travail dans un domaine stigmatisé et limité par la loi, l'atelier semble favoriser la résilience du personnel de soins, susceptible de favoriser à son tour le traitement des patientes. Il convient d'évaluer directement ce résultat dans la recherche future en examinant le vécu des patientes.

Nous voyons une occasion à saisir pour entretenir les résultats positifs de l'atelier par le biais d'interventions de renforcement continues. Ainsi, le stigmate intériorisé en Afrique est apparu en hausse légère six mois après l'atelier, tandis que les attitudes négatives à l'égard de l'avortement, légèrement améliorées en Amérique latine immédiatement après l'atelier, étaient revenues à leur niveau de base six mois plus tard. Il est possible que ces facteurs psychosociaux (stigmate intériorisé et attitudes négatives à l'égard de l'avortement) soient plus sensibles aux interactions journalières dans les environnements stigmatisés et que le maintien des améliorations nécessite par conséquent un soutien plus continu. Les organisations pourraient bénéficier de l'intégration de l'atelier de partage et de sessions éventuelles de suivi dans un effort plus large d'amélioration de la qualité.

Enfin, notre recherche révèle clairement que les sentiments de péril judiciaire causés par les restrictions de l'avortement sont associés au burn-out et au stigmate des prestataires. Nos données donnent aussi à penser que la participation à l'atelier peut accroître la disposition des prestataires à s'engager dans le plaidoyer en faveur des droits à l'avortement, contribuant peut-être ainsi à une cascade de changements sociaux et juridiques aptes à rompre le cycle du stigmate et des législations restrictives. Les interventions factuelles contre le stigmate de l'avortement, telles que l'atelier de partage *Providers Share Workshop*, sont essentielles au soutien du personnel de soins de l'avortement et probablement utiles à l'amélioration de l'accès à des soins d'avortement sûrs et de haute qualité.

RÉFÉRENCES

1. Nations Unies (ONU), UN announces that Peru will compensate women in historic human rights abortion case, UN News / ONU Info, 2016, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=53033#V5VEf67llpQ>.
2. Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625-632, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8).
3. ONU, We Can End Poverty: Millennium Development Goals and Beyond 2015, non daté, <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>.
4. Ipas, *Ensuring Women's Right to Safe Legal Abortion and Gender Equality in the Post-2015 Development Goals*, 2014, <https://ipas.azureedge.net/files/CSWGEE14-EnsuringWomensRightSafeLegalAbortion.pdf>.
5. Galati AJ, Onward to 2030: sexual and reproductive health and rights in the context of the sustainable development goals, *Guttman Policy Review*, 2015, 18(4), <https://www.guttman.org/gpr/2015/10/onward-2030-sexual-and-reproductive-health-and-rights-context-sustainable-development>.
6. Fonds des Nations Unies pour la population, Objectifs de développement durable, non daté, <https://www.unfpa.org/fr/sdg>.
7. Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018, <https://www.guttman.org/report/abortion-worldwide-2017>.
8. Grimes DA et al., Unsafe abortion: the preventable pandemic, *Lancet*, 2006, 368(9550):1908-1919, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6).
9. Vlassoff M et al., Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(3):114-121, <https://www.guttman.org/journals/ipsrh/2009/estimates-health-care-system-costs-unsafe-abortion-africa-and-latin>.
10. Center for Reproductive Rights, *The World's Abortion Laws*, non daté, <http://worldabortionlaws.com>.
11. Berer M, Abortion law and policy around the world: in search of decriminalization, *Health and Human Rights*, 2017, 19(1):13-27, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473035/pdf/hhr-19-013.pdf>.
12. Shah I, Åhman E et Ortayli N, Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD), 2014, ICPD Beyond 2014 Expert Meeting on Women's Health, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.04.004>.
13. Shah I e Åhman E, Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 31(12):1149-1158, [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34376-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34376-6).
14. Norris A et al., Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences, *Women's Health Issues*, 2011, 21(Suppl. 3):S49-S54, <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>.
15. Goffman E, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, New York: Simon & Schuster, 1963.
16. Debbink MLP et al., Experiences with the Providers Share Workshop method: abortion worker support and research in tandem, *Qualitative Health Research*, 2016, 26(13):1823-1837, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732316661166>.
17. Harris LH et al., Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop, *Social Science & Medicine*, 2011, 73(7):1062-1070, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.004>.
18. Kane G, Galli B et Skuster P, *When Abortion Is a Crime: The Threat to Vulnerable Women in Latin America*, Chapel Hill, NC, États-Unis: Ipas, 2014, <https://ipas.azureedge.net/files/CRIMRPT3E14WhenAbortionIsACrimeLAC.pdf>.

19. Center for Health, Human Rights and Development and Center for Reproductive Rights (CEHURD), *Facing Uganda's Law on Abortion: Experiences from Women & Service Providers*, Kampala, Ouganda: CEHURD, 2016, <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Uganda-Abortion-Law-Experiences.pdf>.
20. Payne CM et al., Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers, *African Journal of Reproductive Health*, 2013, 17(2):118-128, <https://www.jstor.org/stable/23485926>.
21. Martin LA et al., Abortion providers, stigma and professional quality of life, *Contraception*, 2014, 90(6):581-587, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.07.011>.
22. Nyblade L et al., Combating HIV stigma in health care settings: What works? *Journal of the International AIDS Society*, 2009, 12(1):15, <http://dx.doi.org/10.1186/1758-2652-12-15>.
23. Pulerwitz J et al., Reducing HIV-related stigma: lessons learned from Horizons research and programs, *Public Health Reports*, 2010, 125(2):272-281, <https://doi.org/10.1177/003335491012500218>.
24. Stangl AL et al., A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: How far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, 2013, 16(3, Suppl. 2):18734, <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.3.18734>.
25. Turner KL et Chapman Page K, *Abortion Attitude Transformation: A Values Clarification Toolkit for Global Audiences*, Chapel Hill, NC, États-Unis: Ipas, 2008, <https://ipas.azureedge.net/files/VALCLARE14-VCATABortionAttitudeTransformation.pdf>.
26. Corey G, *Theory & Practice of Group Counseling*, Belmont, CA, États-Unis: Brooks/Cole, 2012.
27. Glassman U, *Group Work: A Humanistic and Skills Building Approach*, deuxième éd., Thousand Oaks, CA, États-Unis: SAGE Publications, 2009.
28. Martin LA et al., Evaluation of abortion stigma in the workforce: development of the revised Abortion Providers Stigma Scale, *Women's Health Issues*, 2018, 28(1):59-67, <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2017.10.004>.
29. Kumar A, Hessini L et Mitchell EMH, Conceptualising abortion stigma, *Culture, Health & Sexuality*, 2009, 11(6):625-639, <http://dx.doi.org/10.1080/13691050902842741>.
30. Klugman B et Varkey SJ, From policy development to policy implementation: the South African Choice on Termination of Pregnancy Act, dans: Klugman B et Budlender D, eds., *Advocating for Abortion Access: Eleven Country Studies*, Johannesburg, Afrique du Sud: Women's Health Project, 2001, pp. 251-282.
31. Shellenberg KM, Hessini L et Levandowski BA, Developing a scale to measure stigmatizing attitudes and beliefs about women who have abortions: results from Ghana and Zambia, *Women & Health*, 2014, 54(7):599-616, <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2014.919982>.
32. Maslach C, Jackson SE et Leiter M, *Maslach Burnout Inventory*, troisième éd., Palo Alto, CA, États-Unis: Consulting Psychologists Press, 1996.
33. van der Doef M, Mbazzi FB et Verhoeven C, Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 21(11-12):1763-1775, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03995.x>.
34. Håkansson M et al., Human rights versus societal norms: a mixed methods study among healthcare providers on social stigma related to adolescent abortion and contraceptive use in Kisumu, Kenya, *BMJ Global Health*, 2018, 3:e000608, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000608>.
35. Izugbara CO, Egesa C et Okelo R, 'High profile health facilities can add to your trouble': Women, stigma and un/safe abortion in Kenya, *Social Science & Medicine*, 2015, 141:9-18, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.019>.
36. Mohamed D, Diamond-Smith N et Njunguru J, Stigma and agency: exploring young Kenyan women's experiences with abortion stigma and individual agency, *Reproductive Health Matters*, 2018, 26(52):128-137, <http://dx.doi.org/10.1080/09688080.2018.1492285>.

Remerciements

Les auteurs remercient Katy Footman, Kathryn Church, Martha Nicholson et Kate Austen pour la relecture du manuscrit. Cette étude a bénéficié du soutien d'une fondation anonyme.

Coordonnées de l'auteur: mseewald@med.umich.edu

ANNEXE: PROCÉDURES D'ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET RÉSULTATS

Les mesures d'évaluation des « attitudes négatives à l'égard de l'avortement » et du « climat juridique » comptaient de nouvelles questions élaborées pour cette étude pilote. Nous avons effectué une analyse factorielle exploratoire sur ces questions afin d'estimer leur faisabilité en tant qu'échelles et d'identifier les sous-échelles potentielles. Pour chaque échelle, nous avons effectué des mesures Kaiser-Meyer-Olkin de validité de l'échantillonnage et le test de sphéricité de Bartlett pour déterminer si les questions convenaient comme échelles. L'analyse factorielle exploratoire a identifié les facteurs à valeurs propres supérieures à 1,0. Nous avons ensuite appliqué une rotation *varimax* et utilisé les résultats obtenus pour construire les sous-échelles en tant que somme de toutes les questions ayant un poids suffisant ($>0,40$) sur les facteurs latents. Les questions ont été éliminées si elles n'atteignaient pas un critère minimum de pondération factorielle primaire d'au moins 0,4 sans pondérations factorielles croisées de 0,35 ou plus. Après la rotation, les questions ayant des pondérations factorielles croisées ont été examinées et ont pu être retenues si elles présentaient un poids factoriel primaire élevé (supérieur à 0,5) et des pondérations factorielles croisées inférieures à 0,3.

Attitudes négatives à l'égard de l'avortement

En Afrique subsaharienne, nous avons testé la factorabilité de 21 questions. La mesure Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de validité d'échantillonnage était, à 0,79, supérieure à la valeur généralement recommandée de 0,6, et le test de sphéricité de Bartlett était significatif ($\chi^2 (210) = 934,3; p < 0,001$). L'analyse factorielle exploratoire a identifié trois facteurs – facteur 1 (cinq questions): manque de soutien des femmes demandeuses d'avortement; facteur 2 (deux questions): attitudes négatives à l'égard des avortements multiples; et facteur 3 (10 questions): humiliation des femmes qui se font avorter. Après la rotation, deux questions présentaient des pondérations factorielles croisées, mais chacune avait une pondération primaire élevée et les pondérations factorielles croisées étaient inférieures à 0,3.

Après révision, ces questions ont été retenues au titre du facteur d'humiliation. Au total, nous avons conservé 17 des 21 questions initiales.

En Amérique latine, nous avons testé la factorabilité de 26 questions. La mesure KMO était de 0,66 et le test de sphéricité de Bartlett était significatif ($\chi^2 (325) = 1124,9, p < 0,001$). Dix questions ont été éliminées car elles n'atteignaient pas le critère minimum de pondération factorielle primaire d'au moins 0,4. Aucune question n'a présenté de pondérations factorielles croisées. L'analyse factorielle exploratoire a identifié 14 questions réparties sur trois facteurs: manque de soutien des femmes demandeuses d'avortement, attitudes négatives à l'égard des avortements multiples, tardifs ou à l'adolescence, et peur d'être pris au piège par les patientes. Tous étaient étroitement liés et nous avons donc aussi totalisé les facteurs pour créer une seule et même mesure.

Sécurité juridique et plaidoyer

Nous avons également examiné le vécu et les perceptions des prestataires concernant le climat juridique de l'avortement dans leur région. En Afrique subsaharienne, nous avons collecté des données sur 19 questions et, en Amérique latine, sur 14 questions. Dans l'analyse factorielle relative aux données d'Afrique subsaharienne, la mesure KMO était de 0,69 et le test de Bartlett était significatif ($\chi^2 (153) = 603,1, p < 0,001$). Dans l'analyse des données d'Amérique latine, la mesure KMO était de 0,64 et le test de Bartlett était significatif ($\chi^2 (91) = 405,9, p < 0,001$). Six questions de chaque échantillon ont été éliminées car elles ne contribuaient pas à une structure factorielle simple et n'atteignaient pas le critère minimum de pondération factorielle primaire d'au moins 0,4 sans pondérations factorielles croisées de 0,3 ou plus. Après la rotation, aucune question ne présentait de pondérations factorielles croisées supérieures à 0,3 dans aucun des échantillons. En Afrique de l'Est comme en Amérique latine, il y avait deux facteurs: sécurité juridique perçue et disposition à s'engager dans le plaidoyer de l'avortement ou à le soutenir. Dans les deux régions, ces deux facteurs n'étaient pas liés au niveau bivarié et n'ont donc pas été combinés en une seule mesure.

APPENDIX TABLE 1: Items, response categories, and factor loadings (where applicable) for stigma, burnout, abortion attitudes, and legal safety and advocacy variables used in the Global Providers Share Workshop in Sub-Saharan Africa and Latin America

ABORTION PROVIDER STIGMA			
Scale/item	Region	Subscale	Cronbach's alpha
People's reactions to my being an abortion worker make me keep to myself I feel that disclosing my abortion work is not worth the potential hassle that could result I feel the need to hide my work in abortion care from my friends I find it hard to tell people I work in abortion I feel like if I tell people about my work they will ONLY see me as an abortion worker I worry about telling people I work in abortion care It bothers me if people in my neighborhood know that I work in abortion care I avoid telling people what I do for a living I am afraid that if I tell people I work in abortion care I could put myself, or my loved ones, at risk for violence	SSA SSA SSA, LA SSA SSA, LA SSA, LA SSA SSA SSA, LA	Disclosure issues	SSA (9 items) = 0.91 LA (4 items) = 0.72
I have been verbally threatened or attacked as a result of working in abortion care I have been physically threatened or attacked as a result of working in abortion care My family has been harassed or discriminated against by others who find out about my work in abortion care People treat my family members different if they know about my work in abortion care	SSA, LA SSA, LA SSA SSA, LA	Discrimination	SSA (4 items) = 0.88 LA (3 items) = 0.60
I am proud that I work in abortion care* I feel connected to others who do this work* By providing abortions, I am making a positive contribution to society* I find it important to share with people that I work in abortion care* I feel that my work is targeted by restrictive legislation more than other types of health care I feel good about my work in abortion care* I feel regret over not telling people about my work in abortion care I feel ashamed of the work I do I feel guilty about the work I do I question whether providing abortion care is a good thing to do I feel embarrassed about my work in abortion care I feel out of place among people who don't work in abortion care	SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA SSA SSA, LA SSA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA	Internalized states	SSA (12 items) = 0.70 LA (8 items) = 0.53
I feel that other health workers look down on me because of my decision to work in abortion care I feel like society (the general public) does not value me as an abortion worker Other people have made me feel ashamed of my work in abortion care The way people have treated me when they find out I work in abortion care upsets me I feel alone because of my work in abortion care I am angry at the way people have reacted to me when they learned that I work in abortion care I have had negative experiences after disclosing my abortion work to others. People have insulted me because of my work in abortion care When I see or read something about abortion in the papers or on television, it makes me feel bad about myself I feel other health care workers question my professional skills when they learn that I work in abortion care. I feel other health care workers question my morals when they learn I work in abortion care I feel that friends and family who do not work in abortion care don't understand my work I worry that my friends and family will think less of me if I talk about the upsetting or difficult parts of my work I feel the most comfortable in social settings when others know I work in abortion care	SSA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA SSA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA	Judgment	SSA (14 items) = 0.88 LA (11 items) = 0.72
I feel that when I disclose my abortion work to strangers, they are supportive of me* I feel that when I disclose my abortion work to family and friends, they are supportive of me* I talk openly with my family about my work in abortion care* I talk openly with my friends about my work in abortion care* I can talk to friends and family about a hard day at work*	SSA SSA, LA SSA, LA SSA, LA SSA, LA	Social Isolation	SSA (5 items) = 0.79 LA (4 items) = 0.69

*Indicates that an item has been reverse-coded. Notes: For Sub-Saharan Africa, response categories were 1=never, 2=rarely, 3=sometimes, 4=often and 5=all of the time; for Latin America, response categories were 1=never, 2=sometimes and 3=all of the time. SSA=Sub-Saharan Africa. LA=Latin America.

HEALTH CARE PROVIDER BURNOUT

Items†	Region	Subscale	Cronbach's alpha
I feel drained from my work I feel frustrated by my job	SSA	Emotional Exhaustion	SSA (9 items) = 0.71
I don't really care what happens to some clients I feel I treat some clients as if they were impersonal objects	SSA	Depersonalization	SSA (5 items) = 0.61
I have accomplished many worthwhile things in this job* I feel I am positively influencing other people's lives through my work*	SSA	Personal Accomplishment	SSA (8 items) = 0.56

*Indicates that an item has been reverse-coded. †As the Maslach Burnout Inventory tool is copyrighted, we have included two example items for each subscale, as opposed to the full scale. Notes: Response categories were 0=never, 1=a few times a year or less, 2=once a year a month or less, 3=a few times a month, 4=once a week, 5=a few times a week and 6=every day.

NEGATIVE ABORTION ATTITUDES

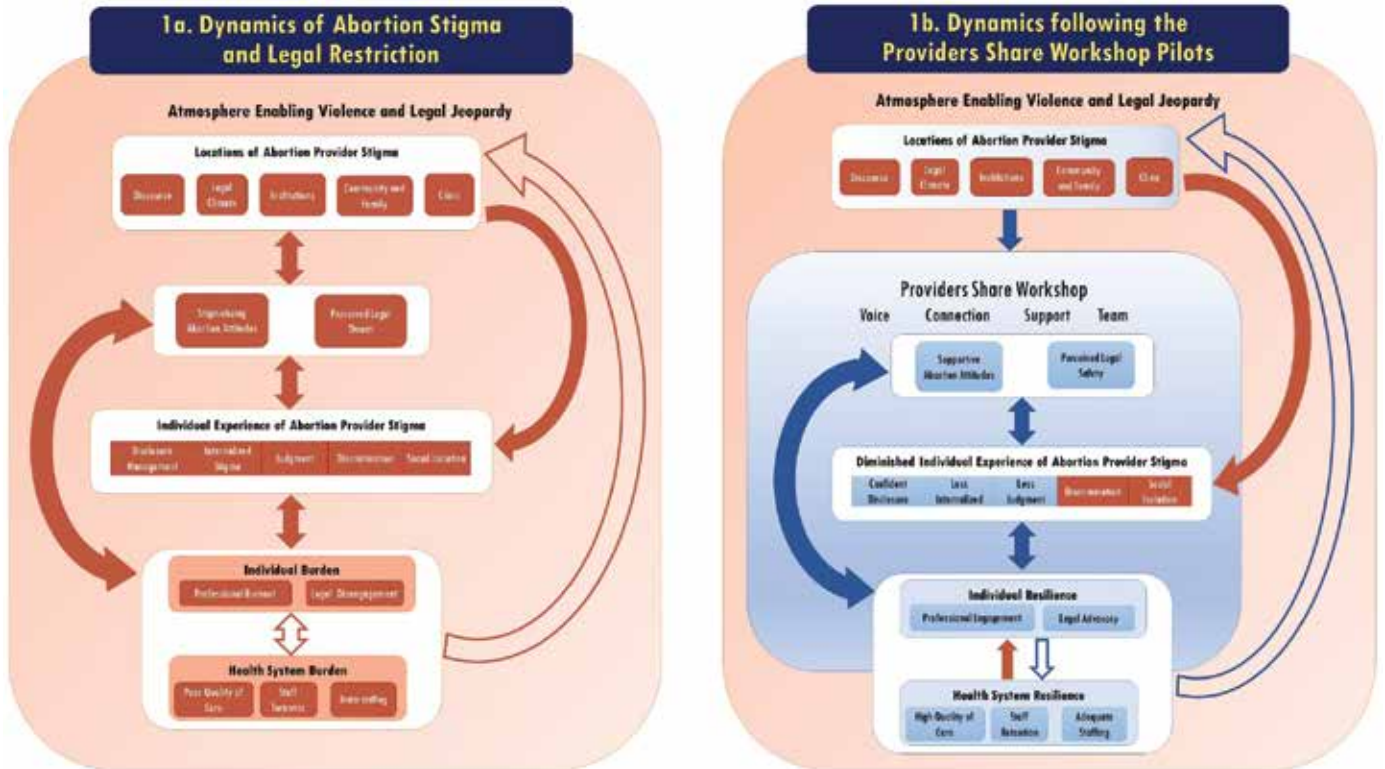
Africa		Latin America	
<i>KMO</i>	0.79	<i>KMO</i>	0.66
<i>Bartlett's χ^2 (210)</i>	934.3, $p < .001$	<i>Bartlett's χ^2 (325)</i>	1124.9, $p < 0.001$
<i>Overall alpha</i>	0.87	<i>Overall alpha</i>	0.87
Item	Factor loading	Item	Factor loading
Factor 1: Lack of support (alpha=0.77)		Factor 1: Lack of support (alpha=0.66)	
I could support a woman who had an abortion even if I didn't agree with her decision*	0.70	I could support a woman who had an abortion even if I didn't agree with her decision*	0.50
Women who have abortions usually have good reasons*	0.62	Women who have abortions usually have good reasons*	0.41
Abortion is a woman's right*	0.73	Abortion is a woman's right*	0.46
It is okay for a woman to feel relieved after an abortion*	0.53	A woman who has an abortion should be treated the same as everyone else*	0.52
I would support a woman in her decision to have an abortion, regardless of the reason*	0.49	It is okay for a woman to feel relieved after an abortion*	0.52
Factor 2: Multiple abortions (alpha=0.56)		Factor 2: Multiple, later term or adolescent abortions (alpha=0.67)	
Women should not use abortion as a form of birth control	0.65	I would support a woman in her decision to have an abortion, regardless of the reason*	0.47
I get angry with patients who have more than one abortion	0.58	I would continue to be friends with someone if I found out they had an abortion*	0.57
Factor 3: Shaming women (alpha=0.85)		Factor 3: Fear of entrapment by patients (alpha=0.59)	
A woman who has an abortion is committing a sin	0.56	I get angry with patients who have more than one TAI	0.56
A woman who has an abortion is a bad mother	0.61	I am uncomfortable assisting with TAI past 10 weeks.	0.50
A woman who has an abortion should be treated the same as everyone else*	0.46	I am uncomfortable assisting with TAI for girls who are younger than 16.	0.73
I am uncomfortable assisting with abortions past the first trimester	0.46	I think that girls who are younger than 16 should have their parents' permission before having a TAI.	0.50
I have less respect for women who have abortions	0.40	I get angry assisting with girls who are younger than 16 who seek TAI services.	0.68
A woman who has an abortion brings shame to her family	0.58	Factor 3: Fear of entrapment by patients (alpha=0.59)	
A woman who has had an abortion should be counseled by religious leaders so that she does not do it again	0.59	I have been suspicious about whether a patient is a real patient, or is posing as a fake patient who is trying to trap me	-0.56
A woman who has an abortion brings shame to her community.	0.76	I'm afraid that I will be recorded while at work	-0.43
I would continue to be friends with someone if I found out they had an abortion*	0.50	Did not load:	
I would feel ashamed if a member of my family had an abortion	0.52	<ul style="list-style-type: none"> • Abortion is the easy way out of an unplanned pregnancy • A woman who has an abortion should keep it a secret • A woman who has an abortion is committing a sin • A woman who has an abortion is a bad mother • Women should not use abortion as a form of birth control • Women who seek abortions past the first trimester are irresponsible • I have less respect for women who have abortions • A woman who has an abortion brings shame to her family • A woman who has an abortion should be counseled by religious leaders so that she does not do it again • A woman who has an abortion brings shame to her community • I would feel ashamed if a member of my family had an abortion • Women should consult their husband/partner before they have an abortion • I would know what to do and who to talk to if I encountered a fake patient 	

*Indicates that an item has been reverse-coded. Notes: For Sub-Saharan Africa, response categories were 1=strongly disagree, 2=disagree, 3=agree and 4=strongly agree; for Latin America, response categories were 1=agree, 2=somewhat agree and 3=disagree. Items were reverse-coded as needed, so higher scores indicate more-negative attitudes. TAI=tratamiento de aborto incompleto.

LEGAL SAFETY and ADVOCACY			
Africa		Latin America	
KMO		KMO	
0.69		0.64	
Bartlett's χ^2 (153)		Bartlett's χ^2 (91)	
603.1, $p < 0.001$		405.9, $p < 0.001$	
Item	Factor loading	Item	Factor loading
Factor 1: Willingness to engage in or support legal advocacy (alpha=0.86)		Factor 1: Willingness to engage in or support legal advocacy (alpha=0.60)	
I would vote for a candidate who wanted to make abortion laws more liberal*	0.71	I would vote for a candidate who wanted to make abortion laws more liberal	0.44
I would publicly participate in a demonstration or rally supporting greater access to abortion for women in my country*	0.7	I would publicly participate in a demonstration or rally supporting greater access to abortion for women in my country	0.49
It is a good idea for the government to allow abortions to be legal*	0.69	It is a good idea for the government to allow abortions to be legal	0.67
I think the laws in my country should be changed to make abortion more accessible*	0.69	Factor 2: Legal safety (alpha=0.69)	
I believe that people who provide abortion services should participate in trying to change the legal situation in my country	0.8	The current legal status of abortion makes it dangerous to do my job	0.45
I am hopeful that the legal restrictions on abortion will be relaxed in the next 5 years	0.44	I worry that my patients will be arrested or harassed by the police	0.54
Factor 2: Legal safety (alpha=0.70)		It is too dangerous for someone who provides abortion to participate in trying to change the legal situation in my country	0.43
The current legal status of abortion makes it dangerous to do my job	0.49	I worry that I will be harassed by the police	0.67
I worry that my patients will be arrested or harassed by the police	0.58	I worry that my patients will turn me into the authorities	0.51
I worry that I will be harassed by the police	0.63	Did not load:	
I have been harassed by the police because of my work in abortion services	0.6	<ul style="list-style-type: none"> I think the laws in my country should be changed to make abortion more accessible I believe that people who provide abortion services should participate in trying to change the legal situation in my country I am hopeful that the legal restrictions on abortion will be relaxed in the next 5 years I feel that my former abortion care patients avoid me in public places Generally, my religious community spurns people who work in abortion care 	
I have been blackmailed or the target of extortion because of my work in abortion services	0.62		
I have been threatened by a patient or patient's family that they will turn my name over to authorities unless I pay them money	0.43		
I worry that I will lose my job because of the legal status of abortion	0.45		
Did not load:			
<ul style="list-style-type: none"> It is too dangerous for someone who provides abortion to participate in trying to change the legal situation in my country I feel that my former abortion care patients avoid me in public places Generally, my religious community spurns people who work in abortion care I feel my clients would support me if I were being persecuted I can trust the people I am close to with information about my abortion work Personally, I feel accepted in my religious community even though they know I provide abortion care 			

*Indicates that an item has been reverse-coded. Note: For Sub-Saharan Africa, response categories were 1=agree, 2=indifferent and 3=disagree; for Latin America, response categories were 1=agree, 2=no opinion and 3=disagree.

FIGURE 1 EN ANNEXE. Modèles conceptuels de la dynamique du stigmate et de la législation restrictive dans le domaine de travail de l'avortement avant et après l'atelier « Providers Share Workshops » en Afrique subsaharienne et en Amérique latine.



Légende : Les flèches remplies représentent les relations documentées statistiquement dans la recherche actuelle. Les flèches non remplies représentent les relations potentielles ou hypothétiques suggérées par cette étude de recherche ou par d'autres, mais non mesurées dans notre étude. La couleur rouge représente un plus lourd fardeau pesant sur les prestataires de l'avortement et des SAA; la couleur bleue représente un fardeau réduit sur les prestataires