

SAAF ÉTUDE DE CAS

JANVIER 2017 | NUMÉRO 1 | NÉPAL



LE MODÈLE DE PARTAGE DES TÂCHES COMME MOYEN D'EXTENSION DE L'ACCÈS AUX SERVICES D'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX PAR LES POPULATIONS MAL DESSERVIES AU NÉPAL

CONTEXTE

Le Fonds d'Action pour l'Avortement Sécurisé-SAAF a été créé en 2006 sous forme de mécanisme à donateurs multiples en vue de soutenir des programmes mondiaux liés à l'avortement. À cette date-là, beaucoup d'organisations engagées à lutter contre les avortements non sécurisés étaient privées de financement en conséquence directe du rétablissement en 2001 par le gouvernement des États-Unis de la politique de Mexico (appelée la « Global Gag Rule », la règle du bâillon mondial). Cette politique interdisait à toute organisation non gouvernementale qui recevait des fonds du gouvernement américain de réaliser ou de promouvoir des services d'avortement, y compris sur ses fonds propres.

Le Fonds d'Action pour l'Avortement Sécurisé-SAAF octroie des subventions modestes à des projets qui prônent l'avortement sécurisé et qui empêchent des avortements non sécurisés par des actions de plaidoyer et de sensibilisation, la dispensation de services et des activités de recherche. Cela fait plus de dix ans maintenant qu'il apporte son soutien à des projets de la sorte. Trois cycles de financement par subventions ont eu lieu depuis la création du SAAF, venant à l'appui de 188 projets dans

59 pays, moyennant un engagement par subventions de plus de 35 millions de dollars au total. Dans le cadre du troisième cycle de financement, qui a débuté en 2014 et s'achèvera fin 2017, 103 organisations dans 50 pays ont été financées, moyennant un engagement total par subventions de 16 millions de dollars. Le SAAF est actuellement financé par le Danemark (Danida), les Pays-Bas, la Norvège (Norad), le Royaume-Uni (DFID) et un donateur anonyme.

En 2014, le CREHPA, le centre de recherche sur l'environnement, la santé et les activités en matière de population, a reçu 160 000 dollars de fonds pour renforcer et élargir l'accès à des services d'avortement médicamenteux sécurisés dans 20 municipalités rurales (appelées comités de développement villageois) réparties dans cinq districts du Népal (Banke, Bardiya, Pyuthan, Sindhuli et Udayapur). Le CREHPA a apporté son soutien à 20 postes sanitaires publics tenus par des prestataires de niveau intermédiaire afin de renforcer l'accès à des services d'avortement médicamenteux et de contraception post-avortement par l'action combinée d'interventions du côté de l'offre et du côté de la demande.

« Je suis très heureuse de fournir des services d'avortement médicamenteux, car cela permet aux femmes d'obtenir des services d'avortement dans leur propre village et de ne pas avoir à se déplacer comme c'était le cas jusqu'à présent. Elles peuvent aussi s'ouvrir plus facilement avec moi car elles me connaissent. Ici, il est possible de respecter les besoins de confidentialité et de respect de la vie privée. Par la proximité du poste sanitaire, la femme peut s'y rendre seule, sans avoir à dépendre d'autres membres de la famille. »

SUSHILLA, SAGE-FEMME INFIRMIÈRE AUXILIAIRE, POSTE SANITAIRE DE BANIYABHAR

PARTAGE DES TÂCHES

Qu'est-ce que le partage des tâches ?

Le partage des tâches consiste à transférer des services et procédures cliniques spécifiques assumés jusque-là par des agents de santé plus hautement qualifiés (par exemple, des médecins) à des agents de santé moins qualifiés mais qui ont reçu une formation appropriée (par exemple, des sages-femmes infirmières auxiliaires).

Pourquoi y avoir recours ?

Le partage des tâches peut être une solution viable pour améliorer l'accès aux services de santé dans les milieux à faibles ressources, en faisant un usage efficace du personnel de santé existant, afin de répondre aux besoins sanitaires de la population.

Le rôle des sages-femmes infirmières auxiliaires

Au Népal, les infirmières auxiliaires sages-femmes doivent être scolarisées jusqu'en Année 8 et suivre deux ans de formation initiale, ou être scolarisées jusqu'en Année 10 et obtenir leur diplôme de fin d'études avant de suivre 18 mois de formation initiale.

Une sage-femme infirmière auxiliaire au Népal peut :

- dispenser des soins prénatals, des soins postnatals, des soins d'accouchement et des services de contraception (méthodes à courte durée d'action seulement, à moins d'avoir reçu une formation supplémentaire à la pose d'implants et de stérilets)
- dispenser des services de santé primaires dans des postes sanitaires et des postes sanitaires secondaires
- recevoir une formation à l'avortement médicamenteux sous réserve d'avoir suivi une formation aux soins après avortement, à la pose de stérilet ou aux accouchements médicalisés en présence de personnel qualifié
- dispenser des services d'avortement médicamenteux jusqu'à la neuvième semaine de grossesse

L'adoption du partage de tâches comme approche pour améliorer l'accès à des services d'avortement médicamenteux sécurisé s'est avérée une démarche à la fois efficace, sûre et acceptable.

LES SERVICES D'AVORTEMENT SÉCURISÉ AU NÉPAL

Les inégalités entre les genres, l'analphabétisme et la pauvreté sont autant de facteurs qui empêchent beaucoup de femmes et de filles au Népal à faire valoir leurs droits sexuels et reproductifs. Malgré les avancées notables réalisées par les pouvoirs publics en termes de réduction du taux de mortalité maternelle, les complications liées à un avortement à risques continuent d'être l'une des principales causes de mortalité maternelle au Népal.

L'avortement a été légalisé au Népal en 2002. La dispensation de services d'avortement chirurgical employant la méthode d'aspiration manuelle intra-utérine a commencé en 2004, par des efforts de l'État visant à former des médecins dans les hôpitaux publics régionaux, de zone et de district. En 2008, les formations à l'avortement chirurgical ont été élargies pour inclure les infirmières cadres qui avaient déjà suivi une formation en soins après avortement. Néanmoins, malgré l'extension rapide de services d'aspiration manuelle intra-utérine, il existait une concentration disproportionnée d'établissements d'avortement sécurisé en milieu urbain ou au niveau des districts, contrebalancée par un manque de disponibilité de services d'avortement sécurisé dans les régions rurales et isolées. C'est pour cette raison qu'en 2009, il a été décidé d'introduire des services d'avortement médicamenteux au Népal et d'autoriser les sages-femmes infirmières auxiliaires à devenir des prestataires d'avortement médicamenteux.

LE RÔLE DU PARTAGE DES TÂCHES

L'adoption du partage de tâches comme approche pour améliorer l'accès à des services d'avortement médicamenteux sécurisé s'est avérée une démarche à la fois efficace, sûre et acceptable.¹

En conséquence, la décision d'autoriser la formation de sages-femmes infirmières auxiliaires à dispenser des services d'avortement médicamenteux a contribué à l'extension de la dispensation de services d'avortement médicamenteux sécurisé aux populations rurales et mal desservies au niveau communautaire, qui pâtissent souvent d'un niveau insuffisant de médecins ainsi que d'infrastructures inadéquates pour fournir des services d'avortement chirurgical. Néanmoins, le fait que les services d'avortement médicamenteux n'aient pas été élargis aux centres de santé de proximité, notamment au niveau des postes sanitaires et des postes sanitaires secondaires (c.-à-d. le niveau le plus bas des postes sanitaires dans les échelons du système de santé national), a eu pour effet de restreindre l'extension des services d'avortement médicamenteux.²

APERÇU DU PROJET

Le centre de recherche sur l'environnement, la santé et les activités en matière de population, le CREHPA, a lancé en janvier 2014 son initiative financée par le SAAF. L'objectif principal du projet était d'appuyer l'extension des soins complets en cas d'avortement au sein des communautés rurales et mal desservies. En s'appuyant sur les partenariats existants conclus avec le Ministère de la Santé et de la Population et avec des organisations non gouvernementales locales, le CREHPA a cherché à élargir l'accès à des services d'avortement médicamenteux sécurisé en adoptant les moyens suivants : 1) la formation de prestataires de niveau intermédiaire (sages-femmes infirmières auxiliaires) basés dans des établissements de santé publics en milieu rural (postes sanitaires et postes sanitaires secondaires) à la dispensation de services d'avortement médicamenteux ; 2) le soutien de l'accréditation de ces structures comme établissements certifiés de services d'avortement sécurisé ; et 3) la formation de femmes agents de santé communautaires bénévoles chargées de renforcer la sensibilisation de la communauté et de faciliter les aiguillages vers des services d'avortement médicamenteux.

1 Organisation mondiale de la Santé (2015) *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement*. Genève: OMS. Disponible à <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204495/1/9789242549263_fre.pdf>

2 Andersen KL, Basnett I, Shrestha DR et al (2016) Expansion of safe abortion services in Nepal through auxiliary nurse-midwife provision of medical abortion, 2011–2013. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 61(2): 177-84. DOI: 10.1111/jmwh.12419.

MESURES POUR METTRE EN ŒUVRE LE PROCESSUS DE PARTAGE DES TÂCHES

ÉTAPE 1 : ANALYSE DU CADRE JURIDIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

La première étape a consisté à évaluer le cadre juridique et réglementaire existant pour relever les facteurs propices et défavorables au partage des tâches pour la dispensation de services d'avortement médicamenteux. Il s'est agi là d'une étape déterminante du processus de planification du projet, qui a permis d'éclairer l'étendue de l'intervention.

Le gouvernement du Népal est doté d'un cadre réglementaire global : l'ordonnance de procédure légale, qui définit les mécanismes législatifs, les normes cliniques, les réglementations, les rôles et les responsabilités de la dispensation de services d'avortement médicamenteux. Le CREHPA disposait ainsi de lignes directrices claires à suivre concernant les **procédures cliniques approuvées pour l'avortement au premier trimestre** (aspiration manuelle intra-utérine et avortement médicamenteux), **les prestataires autorisés à dispenser des services d'avortement sécurisé** (médecins, infirmières et sages-femmes infirmières auxiliaires), **le barème des honoraires de service** pour les avortements cliniques réalisés dans des établissements de santé publics (500 roupies népalaises/5 dollars environ), **le parcours et le cursus de formation en cours d'emploi** pour les prestataires autorisés (la formation étant dispensée par le centre national de formation en santé) et les critères **pour la certification et l'accréditation d'établissements de santé** comme centres d'avortement sécurisé (sous la houlette de la Division Santé familiale du Ministère de la Santé et de la Population).

ÉTAPE 2 : IDENTIFICATION DES PARTIES PRENANTES CLÉS

À l'étape de planification du projet, le CREHPA a identifié les parties prenantes clés susceptibles de pouvoir apporter leur soutien à l'extension des services d'avortement médicamenteux sécurisés auprès des communautés rurales et mal desservies. C'est ainsi que des organisations non gouvernementales locales ont été sélectionnées dans les cinq districts d'intervention, en fonction de leur expérience à travailler sur des questions concernant l'avortement sécurisé au sein du district, ainsi que de leurs connaissances des besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et reproductive de la population cible. Ces connaissances portaient notamment sur les obstacles à l'accès à des services d'avortement médicamenteux. Le CREHPA s'est associé avec les pouvoirs publics (plus précisément, sa Division Santé familiale), le centre national de formation en santé et les bureaux de district chargés de la santé publique afin de faciliter la formation de sages-femmes infirmières auxiliaires et de soutenir l'accréditation de postes sanitaires et de postes sanitaires secondaires dans les établissements d'intervention.

ÉTAPE 3 : DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION DES BESOINS

Le CREHPA a travaillé avec ses partenaires au niveau des districts pour identifier les communautés présentant le niveau le plus élevé de besoins non satisfaits en matière de services d'avortement sécurisé au sein de chaque district : celles-ci comprenaient les femmes musulmanes, dalits et hill et terai janajatis (populations autochtones). En fonction de l'évaluation des besoins réalisée par l'organisation non gouvernementale partenaire locale et le CREHPA, des établissements de santé ont été sélectionnés au niveau communautaire (postes sanitaires ou postes sanitaires secondaires). Cette liste a été présentée aux bureaux de district chargés de la santé publique, qui se sont chargés du choix final des postes sanitaires et des postes sanitaires secondaires à désigner pour obtenir l'accréditation comme établissements d'avortement médicamenteux sécurisés. La Division Santé familiale de l'État est chargée de l'approbation des centres de santé comme établissements d'avortement médicamenteux. Il est important de noter que le processus d'accréditation relève d'une démarche ascendante (« bottom-up »), qui prend environ six à huit mois. Celui-ci a abouti à un total de 20 postes sanitaires et postes sanitaires secondaires accrédités dans les cinq districts du projet.

ÉTAPE 4 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DES PRESTATAIRES DE NIVEAU INTERMÉDIAIRE

En moyenne, chacun des 20 postes sanitaires et postes sanitaires secondaires a détaché une sage-femme infirmière auxiliaire pour participer à une formation de cinq jours à la dispensation de services d'avortement médicamenteux, organisée par le Centre national de formation en santé. Les séances de formation ont été réalisées sur deux mois, au cours du dernier trimestre de 2014. La formation comportait des volets théoriques et pratiques et a été conçue pour assurer la compétence clinique à dispenser des services d'avortement médicamenteux. La formation a couvert les sujets suivants :

- **Soutien psychologique** : consentement éclairé, options de procédure d'avortement, et avantages et risques de l'avortement médicamenteux.
- **Vérification des valeurs** : examen des convictions du prestataire, de ses connaissances et de son attitude vis-à-vis de l'avortement.
- **Avortement médicamenteux avec prise de mifépristone et de misoprostol** : modes d'action, indications et contre-indications, schéma thérapeutique, efficacité et voies d'administration.
- **Soins cliniques** : évaluation clinique, effets attendus de l'avortement médicamenteux, gestion de la douleur, effets secondaires potentiels, signes de complications et contraception post-avortement.

Le Centre national de formation en santé a remis à chaque sage-femme infirmière auxiliaire une attestation de formation ; la Division Santé familiale a également délivré une attestation séparée à chaque sage-femme infirmière auxiliaire de son accréditation en tant que prestataire d'avortement médicamenteux.

« Le fait d'avoir la certification pour dispenser des services d'avortement médicamenteux est une très bonne chose, car avant les clientes devaient surmonter des obstacles quand elles se rendaient dans des établissements de plus grande taille. »

PARBATI, SAGE-FEMME INFIRMIÈRE AUXILIAIRE, POSTE SANITAIRE D'HIRMINIYA

Poste sanitaire public, accrédité comme établissement d'avortement sécurisé.



ÉTAPE 5 : SÉLECTION ET RECRUTEMENT D'AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Au sein de chaque comité de développement villageois, un maximum de 33 femmes agents de santé communautaires bénévoles ont été engagées et formées pour sensibiliser les communautés aux conséquences d'un avortement non sécurisé, à la disponibilité de services d'avortement légaux au Népal et des modalités d'aiguillage dans la communauté. En raison de leur accès aux populations mal desservies et marginalisées, les femmes agents de santé communautaires bénévoles ont joué un rôle essentiel à créer de la demande et à renforcer le processus d'aiguillage vers les postes sanitaires et les postes sanitaires secondaires. En conséquence, 92 % des services d'avortement médicamenteux dispensés dans des postes sanitaires et des postes sanitaires secondaires sont dus aux aiguillages des bénévoles.

ÉTAPE 6 : GARANTIE DE L'ACCÈS AUX FOURNITURES

Le CREHPA a identifié les ressources nécessaires pour veiller à ce que les postes sanitaires et les postes sanitaires secondaires accrédités soient approvisionnés en Medabon (conditionnement regroupant l'association de la mifépristone et du misoprostol), fourniture essentielle pour assurer un avortement médicamenteux sécurisé. Au début du projet, le CREHPA a acheté des stocks de Medabon, toutefois, grâce à son partenariat avec des bureaux de district chargés de la santé publique, l'État s'est chargé par la suite de l'approvisionnement des stocks. Des produits contraceptifs, fournis par les bureaux de district chargés de la santé publique, étaient déjà disponibles dans les postes sanitaires et les postes sanitaires secondaires.

ÉTAPE 7 : LANCEMENT DE SERVICES D'AVORTEMENT SÉCURISÉ

Une fois toutes les étapes ci-dessus terminées, le projet est passé à la phase de mise en œuvre.

Mobilisation de la communauté : Les femmes agents de santé communautaires bénévoles ont organisé des réunions de quartier et rendu visite aux femmes à domicile pour informer la communauté de la disponibilité de services d'avortement médicamenteux, y compris des informations sur le statut légal de l'avortement au Népal, qui faisait partie intégrale du projet. Elles offraient en plus de cela des tests de grossesse par analyse d'urine et aiguillaient les femmes vers des sages-femmes infirmières auxiliaires soit pour subir un avortement médicamenteux sécurisé, soit pour recevoir des soins prénatals. Les bénévoles ont également effectué des visites de suivi après un avortement, qui ont entraîné une forte adoption de méthodes de contraception post-avortement au sein de la population cible. Les bénévoles ont reçu 100 roupies népalaises (environ 1 dollar) par cliente qu'elles aiguillaient vers des services d'avortement sécurisé et prénatals et 175 roupies népalaises (environ 1,75 dollar) vers des services de contraception post-avortement.

Collecte d'informations : Les données sur le nombre de bénéficiaires de soins après avortement, de bénéficiaires d'avortement médicamenteux provoqué, de clientes acceptant une contraception post-avortement (ventilées par méthode contraceptive) et de clientes souffrant de complications ont été enregistrées dans le Registre des services d'avortement sécurisé, un mécanisme mis au point par les pouvoirs publics. Ces indicateurs ont été incorporés dans le système existant sur les informations de gestion sanitaire aux postes sanitaires et aux postes sanitaires secondaires et les données collectées ont été examinées par les bureaux de district chargés de la santé publique.

Contrôle : Le CREHPA a organisé une visite de supervision encadrée suivant la formation pour observer la dispensation de services d'avortement médicamenteux par les sages-femmes infirmières auxiliaires. Les organisations non gouvernementales locales partenaires ont effectué des visites de contrôle mensuelles, pour examiner le Registre des services d'avortement sécurisé, vérifier les niveaux de stock de Medabon et aider les prestataires et les responsables de postes sanitaires secondaires à cerner les difficultés liées au service et à y remédier.

PROCESSUS D'ACCRÉDITATION

CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS

- Le CREHPA et l'organisation non gouvernementale partenaire identifient les postes sanitaires et les postes sanitaires secondaires dotés : 1) d'un centre d'accouchement, 2) d'une sage-femme infirmière auxiliaire formée aux accouchements médicalisés en présence de personnel qualifié et 3) d'un responsable de dispensaire (Responsable du Poste sanitaire) et d'une sage-femme infirmière auxiliaire qui sont intéressés à la dispensation de services d'avortement médicamenteux
- Le bureau de district chargé de la santé publique sélectionne les postes sanitaires et les postes sanitaires secondaires pour dispenser des services d'avortement médicamenteux d'après une cartographie réalisée par le CREHPA et l'organisation non gouvernementale partenaire

ÉVALUATION DE L'ÉTABLISSEMENT

- Le bureau de district chargé de la santé publique réalise une évaluation des postes sanitaires et des postes sanitaires secondaires pour s'assurer que l'établissement répond aux critères établis par la Division de la santé, à savoir :
 - Situation géographique : à proximité d'un établissement tertiaire (par ex. un centre d'accouchement 24 h/24, une zone prioritaire géographique, etc.)
 - Présence d'un prestataire admissible : sage-femme infirmière auxiliaire formée à la dispense d'accouchements médicalisés en présence de personnel qualifié, aux soins après avortement ou à la pose de stérilet
 - Infrastructures cliniques et physiques capables de prendre en charge la dispensation d'avortement médicamenteux

FORMATION DES PRESTATAIRES

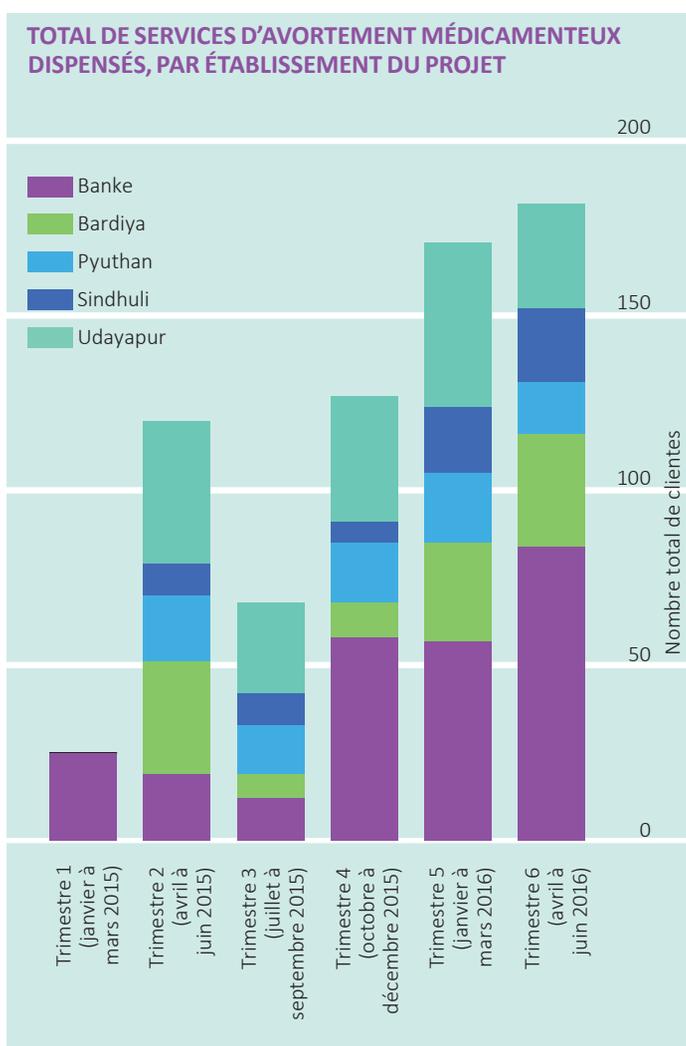
- Le bureau de district chargé de la santé publique envoie une requête à la Division Santé familiale pour qu'elle donne son aval à la formation des sages-femmes infirmières auxiliaires sélectionnées à la dispensation d'avortement médicamenteux
- Les sages-femmes infirmières auxiliaires reçoivent une formation à la dispensation d'avortement médicamenteux par le Centre national de formation en santé (l'organisme public de formation du Népal)
- Entre six et huit sages-femmes infirmières auxiliaires sont formées lors de chaque session
- La durée de la formation est de cinq jours
- Le CREHPA prend à sa charge les coûts de formation

ACCRÉDITATION DES ÉTABLISSEMENTS

- Une fois que l'évaluation de l'établissement et celle de la formation de la sage-femme infirmière auxiliaire sont terminées, le bureau de district chargé de la santé publique présente une demande à la Division Santé familiale recommandant l'accréditation du poste sanitaire ou du poste sanitaire secondaire sélectionné comme établissement d'avortement sécurisé
- La Division Santé familiale décerne l'accréditation aux centres de santé à titre d'établissements d'avortement sécurisé et délivre aux sages-femmes infirmières auxiliaires la certification de prestataires d'avortement sécurisé

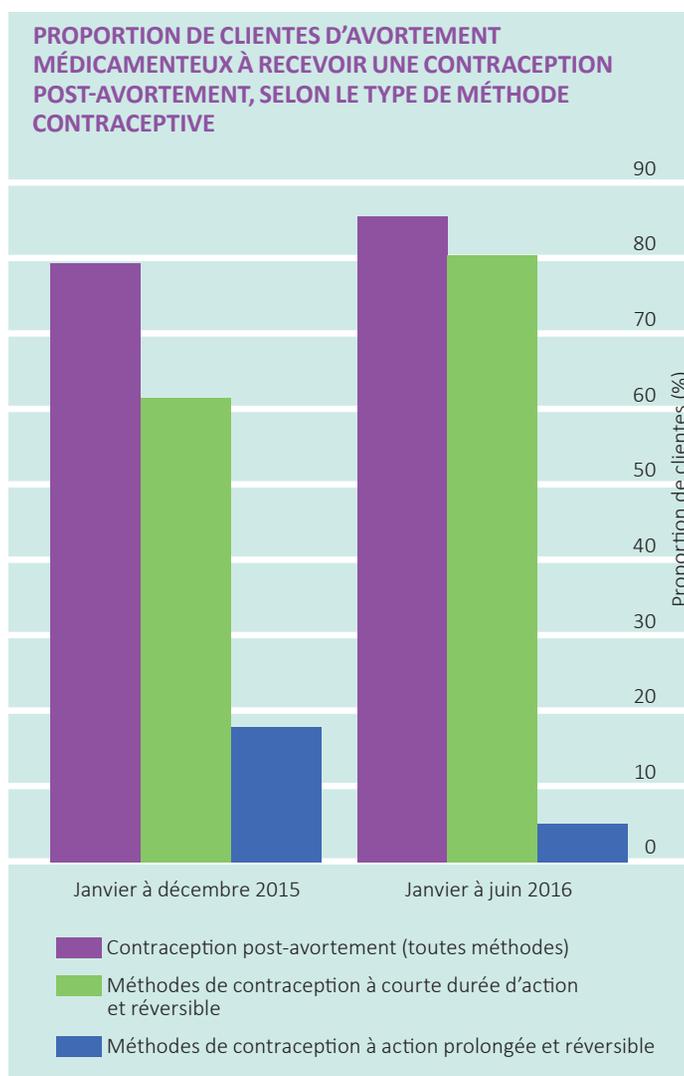
RÉALISATIONS

Entre 2015 et 2016, le nombre de services d'avortement médicamenteux dispensés dans des postes sanitaires et des postes sanitaires secondaires accrédités a augmenté, les établissements du projet dispensant davantage de services dans les six premiers mois de 2016 (353) que tout au long de 2015 (340). Il faut ajouter à cela l'acceptation par 86 % des clientes d'une méthode de contraception post-avortement en 2016 (par rapport à 79 % en 2015). Il est important de relever les différences entre les cinq districts en matière d'adoption de services d'avortement médicamenteux qui sont dues d'une part à leur situation géographique et d'autre part à la taille de la population cible. Ainsi, plus de 20 % de la totalité des services d'avortement médicamenteux ont été dispensés dans le Pyuthan et le Sindhuli, qui sont des districts montagneux moins peuplés.



L'objectif principal du projet était d'appuyer l'extension des soins complets en cas d'avortement au sein des communautés rurales et mal desservies.

Il est également important de noter qu'au cours du premier trimestre, seulement trois postes sanitaires ont dispensé des services d'avortement médicamenteux, s'agissant là des premières structures à être accréditées en tant qu'établissements d'avortement sécurisé. Globalement, malgré la tendance générale à la hausse chez les femmes de l'accès à des services d'avortement médicamenteux au cours des six trimestres du projet, il s'est produit une baisse marquée entre le trimestre deux et le trimestre trois. La principale raison à ce recul tient à la présence d'un nombre important d'hommes au sein des communautés cibles travaillant comme travailleurs migrants à l'étranger. Les travailleurs migrants reviennent au Népal entre septembre et novembre pour célébrer les fêtes religieuses népalaises. C'est ce qui explique la baisse qui s'est produite ultérieurement au troisième trimestre du nombre de femmes nécessitant des services d'avortement médicamenteux, leur conjoint travaillant à l'étranger.



« Tous les cas d'avortement médicamenteux ont été menés à bien. C'est pour moi quelque chose de très satisfaisant ! »

**SAGE-FEMME INFIRMIÈRE AUXILIAIRE,
POSTE SANITAIRE DE DHADHAWAR**

ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Apprenez à connaître votre population cible.

Il est important de bien savoir quel segment de la population vous cherchez à cibler, car c'est sur cette décision que sera axée toute la conception de votre projet. Une évaluation approfondie des besoins est indispensable pour comprendre les besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et reproductive de la population cible et les obstacles auxquels elle fait face quant à l'accès à des services d'avortement sécurisé.

Tenez-vous au courant de toute restriction réglementaire en vigueur.

La capacité d'atteindre les objectifs de l'intervention et d'assurer la pérennité des programmes est directement tributaire du cadre législatif national existant. Il est important de cerner les réglementations restrictives qui régissent les services d'avortement sécurisé, et celles qui y sont favorables, et de veiller à ce qu'elles éclairent la conception du projet à chacune de ses étapes. Au Népal, par exemple, il est interdit aux sages-femmes infirmières auxiliaires de provoquer des avortements entre 10 et 12 semaines de grossesse ; en conséquence, des dispositifs d'aiguillage ont été identifiés pour chaque poste sanitaire et poste sanitaire secondaire afin de veiller à ce que les femmes aient accès à ce service.

Choisissez les parties prenantes capables d'ajouter le plus de valeur à votre intervention.

Il vaut la peine de commencer par investir du temps et des moyens pour sélectionner des parties prenantes capables d'apporter leur soutien à la conception et à la mise en œuvre de l'intervention en vue d'atteindre l'objectif du projet. Le succès du projet dépendra finalement du choix des bons partenaires et du maintien de bonnes relations avec eux. Ainsi, le CREHPA a tenu régulièrement des réunions à la fois avec des organisations non gouvernementales locales et avec les pouvoirs publics, tant au niveau des districts qu'au niveau national. Le budget de ces activités a été calculé et prévu dans la conception du projet.

Le maintien de la qualité des soins nécessite des ressources permanentes.

Même si un investissement ponctuel initial dans la formation et l'acquisition de fournitures d'avortement médicamenteux est nécessaire, il ne suffit pas en soi à assurer la dispensation continue de services de qualité. Celui-ci doit être étayé de moyens durables et continus pour assurer des formations de remise à niveau, des activités de supervision accompagnée ainsi que des stocks suffisants de médicaments d'avortement médicamenteux, afin de s'assurer que les normes de qualité sont respectées. Ainsi, plusieurs postes sanitaires et postes sanitaires secondaires ont été en rupture de stocks de Medabon, ce qui les a empêchés d'offrir des

services d'avortement médicamenteux. Les processus d'approvisionnement centralisé, et notamment les allocations budgétaires, n'étaient pas suffisamment souples pour faire face à la demande accrue de services d'avortement médicamenteux au niveau du district, ce qui s'est directement répercuté sur la qualité de service.

Le rôle essentiel des agents de santé communautaires.

Si des investissements du côté de l'offre sont certes essentiels, le CREHPA a constaté une augmentation du nombre de clientes en conséquence directe d'une sensibilisation accrue parmi la population cible à la disponibilité de services d'avortement médicamenteux sécurisé. Les agents de santé communautaires ont donc joué un rôle clé dans la réussite de l'intervention.

L'adhésion indispensable des prestataires.

Il est indispensable d'impliquer les prestataires dans les discussions portant sur les changements proposés à leur rôle pour s'assurer qu'ils les acceptent et qu'ils adhèrent à l'intervention. Il s'agit là d'une occasion de répondre aux inquiétudes qu'ils pourraient avoir et de veiller à obtenir leur soutien à la mise en place de services d'avortement médicamenteux. Leur rémunération financière adéquate tenant compte du changement de leur charge de travail a été un facteur essentiel de la réussite de l'intervention : les sages-femmes infirmières auxiliaires ont touché 200 roupies népalaises (soit 2 dollars environ) pour chaque cliente recevant un service d'avortement médicamenteux.

Démontrez les retombées positives du partage des tâches pour répondre aux besoins non satisfaits de santé sexuelle et reproductive.

Le partage des tâches s'est avéré accroître l'accès à des services d'avortement sécurisé tant dans les milieux disposant de peu de ressources que dans ceux disposant de beaucoup. Pour obtenir l'adhésion des pouvoirs publics, il est important de documenter le succès de la dispensation d'un service d'avortement sécurisé au moyen d'un modèle de partage des tâches. Cette démarche peut appuyer les efforts de plaidoyer cherchant à modifier les réglementations restrictives : ainsi, les sages-femmes infirmières auxiliaires ont fait part d'une forte demande de services d'avortement provoqué au stade de 10 à 12 semaines de grossesse. En raison de l'éloignement et du coût des trajets pour se rendre à des centres de soins de district, beaucoup de femmes ont été obligées d'avoir recours à un avortement non sécurisé. Autoriser la formation de sages-femmes infirmières auxiliaires à la technique de l'aspiration manuelle intra-utérine permettrait de contribuer à répondre aux besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et reproductive au sein de la population cible.

QUI NOUS SOMMES

Le Fonds d'Action pour l'Avortement Sécurisé-SAAF œuvre vers un monde où les droits des femmes à un avortement sécurisé légal sont reconnus et où les femmes sont habilitées à exercer ces droits, en concentrant son action sur les besoins des femmes et des filles marginalisées et les plus vulnérables. En finançant des projets de manière visible à l'aide d'un mécanisme de financement international, le SAAF œuvre à déstigmatiser l'avortement et à légitimer le débat autour de l'avortement.

REMERCIEMENTS

Nous sommes reconnaissants aux prestataires de soins et aux organisations non gouvernementales partenaires locales qui nous ont donné de leur temps pour effectuer les recherches nécessaires pour ce rapport. Le rapport a été compilé et rédigé par Shreena Patel, avec le soutien de Minal Singh, Anand Tamang, Prabhakar Shrestha, Andre Deponti et Hanna Lindley-Jones.



Safe Abortion Action Fund

IPPF
4 Newhams Row
London SE1 3UZ
Royaume-Uni
Tél. : +44 (0)20 7939 8322
E-mail : info@saafund.org
www.saafund.org

Publié en janvier 2017

Conçu par
www.portfoliopublishing.com

Traduction et mise en page par
www.worldaccent.com

Photos :
SAAF/Shreena Patel/Népal