



PLAN DE GENRE ET SANTÉ 2018-2020

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE SAHRAOUIE

Plan de Genre et Santé

2018 - 2020



CAMPS DE POPULATION SAHRAOUIE RÉFUGIÉE

Juillet, 2018

FICHE TECHNIQUE:

Élaboré par : le Ministère de la Santé Publique Sahraouie en collaboration avec Médicos del Mundo (Espagne) dans le cadre du projet *«Amélioration de l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité liée à la perspective de genre dans les camps »*

Appui technique: Marta Pajarín García et Alicia del Olmo Garrudo.

Financement : AECID.



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



Cette publication a été créée avec le concours de l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID). Le contenu de cette publication relève de la seule responsabilité du Ministère de Santé Publique de la République Arabe Sahraouie Démocratique et ne reflète pas, nécessairement, l'avis de l'AECID.

INDEX

	PAG.
ACRONYMES.....	4
INDEX DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX.....	5
PRÉSENTATION.....	7
1. CADRE THÉORIQUE, NORMATIF ET INSTRUMENTAL.....	8
1.1. Genre et santé.....	8
1.2. Cadre normatif.....	11
1.3. Plan de Genre et Santé.....	13
2. APPROCHE DIAGNOSTIQUE	17
2.1. Méthodologie	17
2.2. Principales conclusions diagnostiques	18
2.2.1. Cadre politique	19
2.2.2. Structure	22
2.2.3. Culture de l'organisation	31
3. OBJECTIFS DU PLAN DE GENRE ET SANTÉ	33
3.1. Objectif Général	33
3.2. Objectifs Spécifiques	33
4. LIGNES D'ACTION PRIORITAIRES.....	34
4.1. Participation des femmes	34
4.2. l'Égalité comme principe organisationnel	34
4.3. Élaboration de capacités et de sensibilité au genre.....	35
4.4. Génération de connaissances	35
5. FICHES TECHNIQUES DES ACTIONS	36
5.1. Participation des femmes	36
5.2. l'Égalité comme principe organisationnel	38
5.3. Élaboration de capacités et de sensibilité au genre.....	42
5.4. Génération de connaissances en santé et genre	43
6. CRHONOGRAMME.....	45
7. SYSTÈME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	46
BIBLIOGRAPHIE.....	49

ACRONYMES

SSP	Soins de Santé Primaires
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (sigles anglaises)
DAS	Droit à la Santé
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CRS	Camps de population réfugiée Sahraouie
DSR	Droits sexuels et reproductifs
GED	Genre et Développement
I	
ST	Infections Sexuellement Transmissibles
MSP	Ministère de Santé Publique Sahraouie
ODD	Objectifs de Développement Durable
OS	Objectif Spécifique
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONGD	Organisations non Gouvernementales pour le Développement
ONU	Organisations des Nations Unies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
OSC	Organisations de la Société Civile
PSS	Plan Stratégique de Santé
PNMC	Programme National des Maladies Chroniques
PNSR	Programme National de Santé Reproductive
PISIS	Programme Intégral de Santé Infantile Sahraouie
RASD	République Arabe Sahraouie Démocratique
RG	Révision depuis la perspective de genre
SIS	Système d'Information Sanitaire
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UA	Union Africaine
UJSARIO	Union des Jeunes de Saguia al-Hamra et Río de Oro
UNFS	Union Nationale des Femmes Sahraouies

INDEX DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX

GRAPHIQUES	PAG.
Graphique 1. Domaines stratégiques pour l'institutionnalisation du genre dans la santé	10
Graphique 2. Cohérence de genre entre le niveau interne et externe du MSP	14
Graphique 3. Personnel médico-sanitaire ventilé par sexe (MSP, 2018).....	23
Graphique 4. Personnel de gestion ventilé par sexe (MSP, 2018).....	24
Graphique 5. Répartition de gratifications par catégorie professionnelle et par sexe (MSP, 2018).....	28

TABLEAUX	
Tableau 1. Axes stratégiques du PSS (2016-2020) et OS de genre	15
Tableau 2. Cibles 2020 de l' Axe 3. Incorporer la perspective de genre dans la santé.....	16
Tableau 3. Programmes du Ministère de Santé Publique Sahraouie	20
Tableau 4. Tableau de bord des indicateurs de suivi de la période 2018-2020.....	46

PRÉSENTATION

L'institutionnalisation de l'égalité de genre peut être comprise comme la procédure par laquelle les institutions intègrent l'approche de genre au moyen de procédés et processus spécifiques, en s'intégrant dans les routines et les normes existantes. Dès lors, la structure organisationnelle et la définition des objectifs et des méthodologies de l'organisation deviennent des éléments déterminants des pratiques institutionnelles. L'institutionnalisation de l'approche de genre implique désormais, de diriger la volonté politique vers l'égalité entre les hommes et les femmes, non seulement dans les engagements et les accords formels, mais aussi, dans la planification stratégique, la culture organisationnelle, le budget, la structure organisationnelle et les procédures de travail, les systèmes d'information et de communication ou les systèmes de suivi et d'évaluation¹.

Dans le domaine de la santé, il ne s'agit pas d'une fin en soi, sinon d'un processus qui contribue à améliorer l'orientation des politiques de santé vers les besoins de la population à partir du principe d'égalité ; un processus qui encourage une distribution des ressources plus équitative et plus efficace dans le développement du droit à la santé (DAS) et qui interpelle tous les intervenants et les agents impliqués dans la politique sanitaire et engagés dans sa protection et sa garantie.

Le **Plan de Genre et Santé (2018-2020)** du Ministère de Santé Publique Sahraouie (MSP) a pour objectif de contribuer à l'intégration de la perspective de genre dans la politique de santé sahraouie en cohérence avec l'Axe 3 *Incorporer la perspective de genre dans la santé*, du Plan Stratégique de Santé (ci-après PSS 2016-2020). Le Plan de Genre et Santé (2018-2020) élaboré à partir du Document Cadre des Lignes Stratégiques sur le Genre et Santé généré dans une première phase, a fourni un diagnostic initial et a contribué à une approche consensuelle d'une première approche du contexte, ainsi que des domaines prioritaires de travail pour déterminer les premières mesures à prendre en considération.

Le premier chapitre contient le cadre normatif, théorique et instrumental qui justifie et oriente l'approche diagnostique du deuxième chapitre. Ce cadre et les principales conclusions diagnostiques orientent les objectifs du plan qui sont définis dans le chapitre trois et composent le tableau des propositions d'action qui sont présentes au chapitre quatre. Le chapitre cinq montre une fiche technique pour chacune des mesures et des actions identifiées, dont le calendrier semestriel est indiqué dans le chronogramme inclus dans le chapitre six. Enfin, le chapitre sept décrit le système de suivi du Plan ainsi que le tableau de bord des indicateurs.

Le processus implique un enjeu technique et stratégique qui requiert la création d'espaces de planification participatifs, où de façon graduelle, seront construits une vision et un engagement communs sur le processus. Avec ces moyens d'action, le résultat en sera selon toute apparence l'amélioration du développement du DAS de toute la population sahraouie à partir de critères d'équité, d'efficacité, d'innovation et de qualité.

¹ Rico, N. (2001). El proyecto Institucionalización del enfoque de género en la CEPAL y Ministerios Sectoriales. En N. Rico y L. Bravo (coop). Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6485/S01121081_es.pdf?sequence=1

1. CADRE THÉORIQUE, NORMATIF ET INSTRUMENTAL

L'incorporation de la perspective de genre dans la politique de santé sahraouie telle que développée dans le PSS 2016-2020, implique la consolidation des efforts que le MSP déploie en vue d'orienter la politique sanitaire au plus près des besoins de sa population en matière de santé, améliorant ainsi l'équité et la qualité de ses actions. Cet axe de travail contribue à aligner la responsabilité du MSP en ce qui concerne le respect, la protection et la garantie du DAS de la population sahraouie réfugiée avec les cadres normatifs internationaux et régionaux de promotion de l'égalité de genre. De même, l'expérience démontre que l'inégalité entre les femmes et les hommes constitue un facteur de vulnérabilité et un déterminant clé de santé des populations et que l'acquis de standards de santé adéquats exige l'incorporation de la perspective de genre dans toutes les phases de la politique sanitaire et à tous les niveaux de la planification, de la gestion et de la prise de décisions.

Le Plan de Genre et Santé du MSP se nourrit de ce cadre normatif, théorique et instrumental qui justifie et oriente l'approche diagnostique, les lignes d'action prioritaire et les mesures concrètes qui apparaissent ci-après dans le document.

1.1. Genre et Santé

Les femmes et les hommes ont le même droit de développer leur santé et même s'ils affrontent de nombreux problèmes similaires, ils disposent de **profils épidémiologiques différenciés** en fonction de facteurs et déterminants qui affectent leur santé, aussi bien biologiques que ceux attribués à leur organisation et leur interaction sociale. Dès lors, la protection et la promotion du DAS requière que les politiques sanitaires reconnaissent que les femmes et les hommes ont des nécessités, des barrières et des circonstances différentes².

Les hommes et les femmes sont biologiquement différents, par conséquent les risques pour leur santé diffèrent en fonction de **facteurs biologiques** -génétiques, héréditaires, physiologiques, etc.- lesquels conditionnent leurs respectifs profils épidémiologiques. En outre, la santé des femmes et des hommes se trouve conditionnée par les risques dérivés des **facteurs culturels et sociaux** liés aux rôles et aux stéréotypes que chaque société assigne aux uns et aux autres, de par leur différente capacité d'accès aux services et ressources sanitaires ou de par leur capacité inégale de décision sur leur propre santé. Les fossés concernant l'accès à l'éducation, la nutrition, l'emploi ou les revenus conditionnent aussi les chances différenciées des hommes et des femmes à jouir d'une bonne santé³.

² Amo, M. (2008) *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes de salud*, Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

³ OMS (2009). *Les femmes et la santé: les données d'aujourd'hui et l'agenda de demain* [en ligne]. Disponible: http://www.who.int/gender/women_health_report/es/

OMS (2010). *Gender, women and primary health care renewal. A discusión paper* [en línea]. Disponible: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44430>

OPS (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla*. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género [en ligne]. Disponible: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1503%3A2009-la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficien-te&catid=3344%3Agender&Itemid=40517&lang=es

La **perspective de genre et santé** permet d'entrevoir comment les inégalités de genre constituent un obstacle au développement du DAS à partir du principe d'égalité et de non-discrimination et offre une information fondamentale pour orienter et planifier la politique sanitaire. Ainsi, par exemple⁴, la *disponibilité*, concernant les ressources, les biens et les services disponibles pour satisfaire ledit droit est en étroite relation avec la définition des priorités et la distribution budgétaire, les espaces de prise de décisions où les femmes sont le moins représentées. L'*accessibilité* est liée à la non-discrimination quant à la prestation et la portée géographique, culturelle ou financière et dans ce sens, les femmes ont moins de ressources de mobilité, un moindre accès aux ressources financières ou une pression accrue due aux normes culturelles. La *qualité* des services, aussi bien technique qu'humaine, est en rapport avec la satisfaction des aspirations autant de celui qui prête les services que de celui qui les reçoit. La qualité augmente avec la prise en charge des besoins différenciés des femmes et des hommes et en misant sur des critères de chaleur humaine, de confidentialité qui favorisent l'accès et la satisfaction des femmes. L'*acceptation* concernant les valeurs culturelles des personnes titulaires de droit, requiert une révision desdites valeurs depuis la perspective de genre et en fonction du cycle de vie.

De plus, il importe de souligner que la **participation** est un principe fondamental du DAS qui exige un effort spécifique de tous les agents impliqués (autant du propre MSP comme des autres responsables tels que les agences internationales et les ONGD) pour promouvoir une plus grande participation des femmes à tous les niveaux, autant en ce qui concerne la prise de décisions sur leur propre santé comme de leur capacité d'influence sur les déterminants sociaux de leur santé.

La perspective de genre et santé contribue dès lors à identifier les possibles failles dans la mise en œuvre du DAS parmi les femmes et les hommes et en tant qu'**engagement politique**, elle anime à promouvoir des mesures spécifiques pour transformer ces inégalités. La perspective de genre en santé implique un incontestable **enjeu technique** pour les systèmes de santé dans le renforcement de leurs capacités pour minorer les risques de santé propres aux femmes et aux hommes et identifier leurs chances respectives de jouir d'une bonne santé. Cet enjeu pour les politiques sanitaires implique aussi la conscientisation et la sensibilisation en matière de genre des professionnels et le renforcement de leurs connaissances pour traiter les déterminants de genre qui affectent les femmes, non seulement en tant que consommatrices mais aussi en tant que prestataires essentielles de soins de santé⁵.

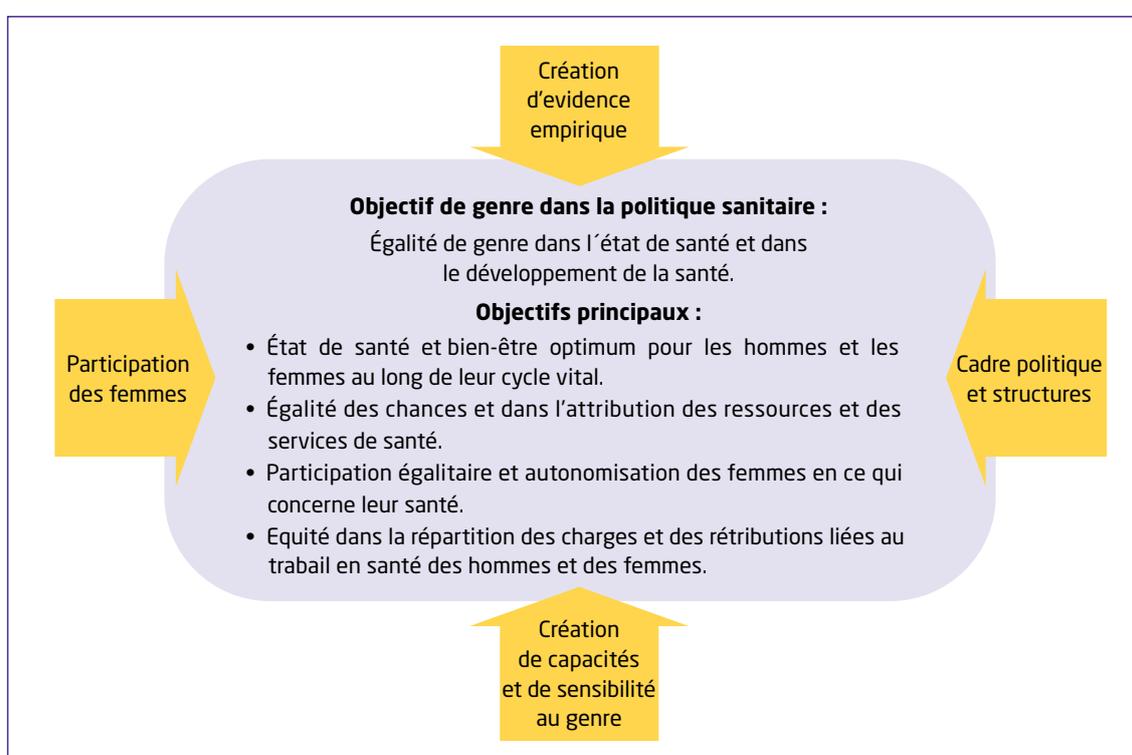
Dans tous les contextes, l'**analyse des responsabilités et de la distribution du pouvoir** dans le secteur est un élément clé depuis la perspective de genre et santé, car bien que les femmes constituent la plus grande partie du personnel sanitaire (avec et sans rémunération), elles ont une moindre capacité d'influence dans la politique sanitaire et dans la prise de décisions, car elles sont concentrées dans les échelons de base de la main-d'œuvre du secteur. Les femmes sont aussi

⁴ Élaboration propre à partir de ISI (2010). *Guía para la incorporación del enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación para el desarrollo*. Madrid: IUDC.

⁵ OPS (2007).

les **principales prestataires de soins** dans l'environnement familial de par leur rôle social et la politique sanitaire doit tenir compte de cette circonstance qui entraîne une surcharge de travail, un manque de temps, des difficultés pour concilier leur vie professionnelle et personnelle, ainsi qu'une usure émotionnelle et physique et un important impact psychologique. Culturellement, les femmes sont aussi les principales dispensatrices de promotion et de prévention de la santé, sans pour autant ne se manifeste ni se reconnaisse la valeur sociale de cette tâche. La politique sanitaire doit tenir compte de ces circonstances et depuis une perspective de coresponsabilité sociale et publique, améliorer les conditions où se réalise le travail de prévention et de promotion de la santé, en renforçant, d'une part, l'**approche communautaire** de ce genre d'interventions, et de l'autre, les politiques et les démarches essentielles au développement de la santé au niveau des Soins de Santé Primaires (SSP)⁶.

Graphique 1. Domaines stratégiques de l'institutionnalisation du genre en santé



Source : élaboration propre à partir de l'adaptation de l'OPS, 2010 (p.6).

⁶ Dans les différentes conférences mondiales sur la promotion de la santé, tenues dans le cadre de la OMS, et leurs respectifs documents déclaratifs et opératifs, le rôle des femmes en tant qu'agents communautaires de santé a été mis en avant et des recommandations spécifiques ont été établies pour incorporer la perspective de genre. Nous relèverons les suivantes: la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé (1986), les Recommandations d'Adelaïde sur les Politiques Publiques Saines (1988), la Déclaration de Sundsvall sur les environnements pour la Santé (1991), la Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au cours du 21 siècle (1997), Déclaration Ministérielle de Mexico pour la promotion de la Santé: Des idées aux actes (2000) la Charte de Bangkok pour la Promotion de la Santé à l'heure de la Mondialisation (2005) ou la Déclaration de la 9^{ème} Conférence Mondiale sur la Promotion de la Santé (Shanghai, 2016). http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/es/>

Par conséquent, l'incorporation de la perspective de genre dans la politique sanitaire implique les mesures fondamentales suivantes⁷:

- Identifier l'**état de santé** (maladies courantes et intensité par sexe) et les **déterminants de santé** pour les hommes et les femmes tout au long de leur cycle vital (facteurs de risque et protection différenciés biologiques, sociaux et culturels).
- Identifier les **obstacles** à l'accès aux services et aux ressources de santé (y compris le transport, l'accès à l'information, la capacité de décision, la disponibilité des ressources financières et de temps).
- Identifier la **réponse et l'impact différencié** des politiques et des programmes de santé et leur portée transformatrice de genre (quand elle parvient à améliorer l'égalité, l'équilibre du pouvoir ou les croyances et stéréotypes de genre).
- Reconnaître la contribution des femmes comme dispensatrices de santé ; assumer les responsabilités et la répartition du pouvoir de décision ; rémunération **du travail dans le secteur santé** (dans le système officiel et officieux) ;
- Accroître les **capacités** et améliorer les **conditions** des femmes, des adolescentes et des fillettes, renforcer leur **contrôle** et la prise de décisions afin qu'elles jouissent du meilleur état de santé possible.
- Élaborer des **données** épidémiologiques différenciées par sexe et âge et promouvoir les études et les **recherches** qui tiennent compte des processus et des résultats de santé et de maladie des femmes.
- **Génération de la sensibilité au genre et des capacités** en genre et en santé de tout le personnel sanitaire et de gestion.

Ces capacités fondamentales sont communes à tous les contextes et marquent les orientations essentielles pour ébaucher la feuille de route de l'incorporation de la perspective de genre dans les politiques de santé.

1.2. Cadre normatif

L'incorporation de la perspective de genre dans les politiques publiques et dans les politiques de développement est largement étayée par les cadres normatifs internationaux, où l'égalité entre les femmes et les hommes est considérée comme un objectif fondamental dans la promotion d'espaces de convivialité dirigés au bien-être des personnes, à la promotion de la cohésion sociale et à la réalisation de droits humains sous le principe de l'égalité et de la non-discrimination. Parmi les principaux instruments normatifs qui étayent l'engagement pour l'égalité de genre se détachent la **Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes** de 1979 (CEDAW sigles anglaises) et la **IV^{-ème} Conférence Mondiale sur les femmes** (Beijing, 1995), qui ont contribué de façon décisive à promouvoir l'**Approche de Genre et Développement** -approche GED- comme la plus effective pour atteindre l'égalité.

⁷ Elaboration propre fondée sur l'OMS (2009, 2010) ibidem et OPS (2010). *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos* [en ligne]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-sp.pdf>

L'approche GED met l'accent sur les causes structurelles des inégalités et des vulnérations de droits, et inspire la création de **politiques globales et transformatrices** qui encouragent une meilleure distribution des ressources, offrent des opportunités de participation et de décision, apportent des changements dans les normes et les pratiques institutionnelles, dans la prise de conscience des femmes et des hommes ainsi que dans les valeurs et les stéréotypes culturels qui génèrent la discrimination et l'exclusion⁸.

La communauté internationale a adopté en 2015 ***l'Agenda 2030 pour un Développement Durable*** (2015) qui constitue un programme universel pour tous les pays où cet engagement en faveur de l'égalité est renforcé, à l'aide de la transversalisation de l'approche de genre des 17 Objectifs de Développement Durable (ODD), parmi lesquels se détache « atteindre l'égalité entre les genres et autonomiser toutes les femmes et les fillettes » (ODS 5). L'**ODS 5** inclut la cible « Assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et les droits de reproduction selon ce qui a été accordé conformément au Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et Développement, à la Plateforme d'action de Beijing et aux documents finaux de leurs conférences d'examen ». Pour sa part, l'**ODS 3** qui vise à « Garantir une vie saine et à promouvoir le bien-être à tous les âges » inclut aussi des objectifs pour réduire la mortalité maternelle, promouvoir la prise en charge universelle et, notamment, l'accès universel aux services complets de santé sexuelle et reproductive (SSR).

La perspective de genre et la promotion du droit à la santé des femmes sont aussi évoquées dans l'**Observation générale N° 14** (2000) sur le droit à jouir du plus haut niveau de santé possible, du Comité des Droits Économiques Sociaux et Culturels. En matière de droits sexuels et reproductifs (DSR), il importe de mettre en avant la **Conférence Internationale sur la Population et Développement** (CIPD, Le Caire, 1994) où le terme santé materno-infantile est devancé et se trouve définitivement adoptée l'approche de droits et l'importance des DSR en tant que droits humains. La CIPD et la révision CIPD +20, mettent l'accent sur la nécessité de progresser pour atteindre l'égalité et promouvoir une plus grande autonomisation des femmes dans le domaine de la santé, ainsi que l'implication des hommes dans les responsabilités reproductives.

De son côté, l'engagement de **l'Union Africaine (UA) en matière** d'égalité de genre s'inscrit dans diverses déclarations et documents, comme l'article 4 de son Acte Constitutif, *Protocole sur les Droits des Femmes en Afrique ou la Solennelle Déclaration sur l'Égalité de Genre en Afrique* (2004). En janvier 2010, l'Assemblée de l'Union Africaine a adopté, entre autres engagements régionaux, la *Décennie des Femmes (2010-2020)* dont les objectifs sont liés à la Plateforme d'action de Beijing et au programme de la CIPD. En matière de DSR, ressortent, entre autres, le *Plan d'Action de Maputo sur la Santé et les Droits Sexuels et Reproductifs* pour l'application de la *Politique Continentale de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs* (2006) et le *Plan d'Action contre la traite des êtres humains, en particulier des femmes et des enfants* (2006), la *Stratégie de Santé Africaine* (2007-2015) ou la Campagne pour la réduction redoublée de la mortalité maternelle en Afrique (CRRMMA).

⁸ Pour élargir l'information sur l'approche transformatrice de genre voir *Gender at Work Framework* ONU Femmes (2015). *Gender Equality and Human Rights. Discussion Paper* [en línea]. Disponible dans: <http://www.unwomen.org/en/library/publications/2015/7/dps-gender-equality-and-human-rights>

La concrétisation de l'égalité de genre est aussi évoqué dans l'**Objectif 17** concernant la « Pleine égalité de genre dans tous les domaines de la vie » compris dans l'**Agenda 2063** qui arrête les priorités du développement régionales pendant les prochaines années. La perspective de genre est aussi intégrée et transversalisée dans le reste des objectifs et des cibles fixés par l'Agenda en matière d'emploi, de participation politique et gouvernance, éducation, santé, etc.⁹

La **Constitution de la RASD** (1999) inclut un article¹⁰ dédié à consacrer l'égalité de « tous les citoyens » et un autre¹¹ à la promotion de la femme, même si néanmoins, les politiques d'égalité spécifiques dirigées au développement de ce principe n'ont pas été conçues. Pendant les dernières années, l'agenda de genre a bénéficié d'une meilleure acception, encouragé par la politique active de l'Union Nationale des Femmes Sahraouies (UNFS) en vue d'incorporer les femmes dans des postes de prise de décisions, au travers de la *Loi des Quotas de 2013* qui recommande un pourcentage minimum de femmes de 30%¹².

1.3. Plan de Genre et Santé

L'intégration systématique de la perspective de genre dans la politique de santé exige des ressources politiques, techniques et humaines et implique, nécessairement, un processus de changements aussi à l'intérieur de la propre institution responsable de son élaboration. Dans ce processus, on peut identifier deux lignes stratégiques complémentaires et qui cohabitent de façon parallèle¹³:

- « En dedans » : l'intégration systématique de la perspective de genre vers l'intérieur du propre MSP, tenant compte des aspects liés au cadre politique, aux structures et aux processus, la gestion des ressources humaines et de la budgétisation, etc.
- « En dehors » : l'intégration systématique de la perspective de genre dans les politiques et les actions de soins sanitaires qui surgissent dans les programmes de santé.

La cohérence entre les deux niveaux est indispensable pour que l'institutionnalisation de genre soit une réussite et que l'on atteigne les objectifs qui garantissent le DAS à toute la population sous le principe d'égalité, et que se produisent des changements dans les approches et les patrons d'organisation et de relation qui pourraient répercuter sur la santé des femmes et leur participation dans la vie sociale, économique, politique et culturelle des Camps de Population Saharaouie Réfugiée (CRS).

⁹ AU (2015). *Agenda 2063. The Africa we want* [en línea]. Disponible : https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf,

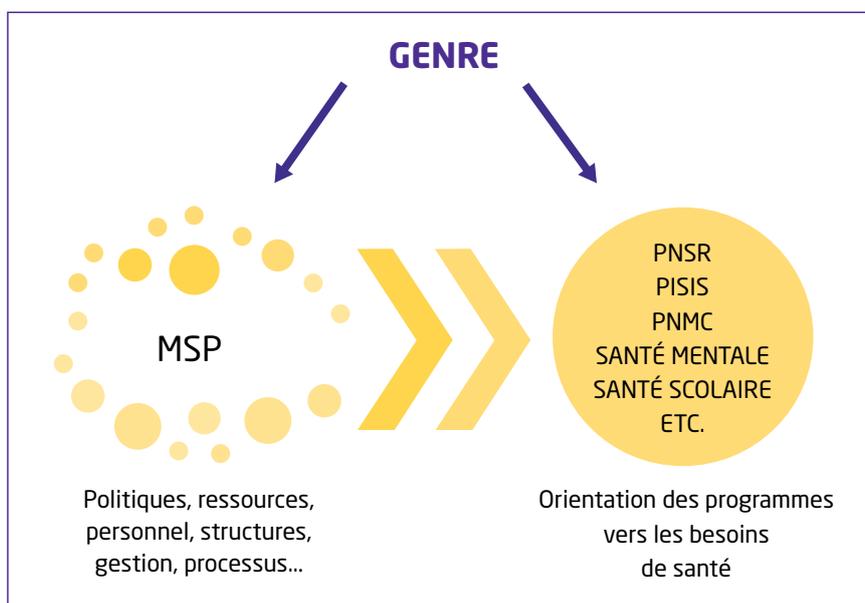
AU (2016). *African gender scorecard* [en línea]. Disponible: https://au.int/sites/default/files/documents/31260-doc-2015_auc_african_gender_scorecard_en.pdf

¹⁰ Article 25 de la Constitution de la RASD de 1999 adoptée au X Congrès National du Front Polisario: "Tous les citoyens sont égaux devant la loi, autant pour la protection que pour la sanction.

¹¹ Article 41 : "L'Etat s'attache à la promotion de la femme et à sa participation politique, sociale et Culturelle dans la construction de la société et du développement du pays.

¹² Actuellement les femmes représentent 34% du Parlement, 48% des présidences des dairas, 17% du personnel diplomatique à l'extérieur et 50% des gouverneurs et il y a aussi une femme au Conseil Consultatif de la Délégation du Gouvernement de la RASD. (entretien avec Fatma Al Mehdi, présidente de la UNMS).

¹³ Adaptation de López, I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social*. Madrid: Croix Rouge. P. 39.

Graphique 2. Cohérence de genre entre le niveau interne et externe du MSP

Source : élaboration propre.

Malgré ce besoin de cohérence entre les deux niveaux, les organisations et les institutions ont eu tendance à prioriser le travail de genre en dehors, en adoptant des méthodologies et des outils de planification sensibles au genre pour l'élaboration, l'exécution, le suivi et l'évaluation des interventions et des politiques sanitaires. Néanmoins, l'évidence démontre que le **travail vers l'intérieur de l'organisation** est une condition *sine qua non*, car il implique le développement de capacités essentielles pour la mise en œuvre et la consolidation de la perspective de genre et santé.

Dans ce sens, le Plan de Genre et Santé (2018-2020) met l'accent sur ces mesures « en dedans » en tant que domaine stratégique prioritaire du processus d'institutionnalisation de la perspective de genre. L'approche diagnostique et les initiatives s'accordent pour identifier les principales faiblesses institutionnelles, organisationnelles et techniques, ainsi que celles qui en découlent, les principales **lignes prioritaires d'action** à l'intérieur du propre MSP.

Cette orientation s'aligne sur les priorités établies dans l'Axe 3 du PSS 2016-2020, *Incorporer la perspective de genre dans la santé*, ainsi que sur les objectifs spécifiques (OS) et les objectifs de genre évoqués dans d'autres axes. Il importe de signaler que l'actuel PSS implique un enjeu décisif¹⁴ en incorporant la perspective de genre dans la santé et en intégrant cet Axe 3 parmi les 6 axes stratégiques qui sont les principaux domaines d'intervention « devant marquer les critères pour définir ce qui est pertinent et adéquat dans les activités, l'organisation interne et fonctionnelle des services de santé, voire des projets et programmes développés depuis le MSP ou auprès d'autres intervenants »¹⁵.

¹⁴ Le PSS (2011-2015) comprenait l'égalité sociale et de genre comme l'un de ses principes de gestion et action inspirateurs, néanmoins, les mesures spécifiques qui canaliserait ce principe n'ont pas été établies.

¹⁵ MSP (2015), *Plan Estratégico de Salud 2016-2020*, p. 29.

Ces 6 axes reposent sur quatre valeurs qui souscrivent l'approche de genre : la compréhension de la santé comme un droit humain pour tous et toutes, sans distinction de race, sexe (...); accès gratuit, universel et équitable des services de santé préventifs et en accord avec les besoins de chaque personne (...); efficacité de la gestion ; et participation communautaire¹⁶.

Tableau 1. Axes stratégiques du PSS (2016-2020) et OS de genre

AXES STRATÉGIQUES		OS SPÉCIFIQUES DE GENRE
Axe 1.	Amélioration de la gestion et des performances du personnel de santé.	OS. 5 Mettre en œuvre une politique d'amélioration des conditions de travail et de conciliation familiale qui facilite l'incorporation des femmes à des postes de décisions. (Cible 4)
Axe 2.	Augmenter la couverture et améliorer la qualité des services de base (préventifs et de soins).	
Axe 3.	Incorporer la perspective de genre dans la santé.	OS. 12 Augmenter l'accès aux ressources et aux avantages des travailleuses et des usagères des services de santé. OS. 13 Augmenter la participation des femmes dans la prise de décisions sur leur santé et au niveau politique sanitaire. OS. 14 Parvenir à l'institutionnalisation de genre en matière de législation, de documents politiques et déclaratifs en gestion opérationnelle. OS. 15 Améliorer la capacitation du personnel du MSP et des différents centres en santé et genre.
Axe 4.	Améliorer la transparence de l'information et la reddition des comptes.	OS. 17 Développer des plans de communication et de promotion de la santé pour augmenter l'acceptation des services et des programmes entre les hommes et les femmes en coordination avec les OSC et les ONG (Cible 18).
Axe 5.	Renforcer la collaboration intersectorielle avec d'autres agences et organisations et la participation de la société civile.	OS. 21 Favoriser la coordination et la signature d'accords avec des organisations de la société civile pour leur participation en santé (la Cible 22 spécifie qu'il s'agit d'accords avec des organisations de femmes).
Axe 6.	Appropriation de l'engagement politique et humanitaire durable pour un financement durable du secteur santé.	

Source : élaboration propre à partir du PSS (2016-2020)

¹⁶ *Idem.*

La perspective de genre et santé implique comprendre qu'**aucune politique ni initiative est neutre en ce qui concerne le genre et** que, par conséquent, elle entraîne des impacts dans les relations entre les hommes et les femmes, lesquels s'ils ne sont pas pris en compte à l'heure de planifier, peuvent entraîner un préjudice dans la modification des déséquilibres. C'est pourquoi tous les axes, les OS et les actions qui seront menées ont une lecture de genre que l'on espère aborder au cours des révisions des éditions postérieures du Plan de Genre et Santé à son expiration en 2020.

Tableau 2. Cibles 2020 de l'axe 3. Incorporer la perspective de genre en santé

C. 11	Elaboration et suivi d'un Plan d'action en Genre et Santé
M. 12	Couverture universelle dans toutes les daïras des services de SSR (suivi de la grossesse, accouchement assisté, suivi du post-partum, planification familiale, promotion de la santé, traitement de l'avortement.
C. 13	Participation active des collectifs et des organisations de femmes de la société civile à l'analyse et à la prise de décisions en santé.
C. 14	Tous les documents déclaratifs et opératifs rapportent séparément les nécessités des deux sexes et les interventions orientées à les satisfaire.
C. 15	Inclusion de la capacitation de genre dans les Plans de Formation du personnel.

Source : PSS (2016-2020)

L'élaboration du **Plan de Genre et Santé** est en cohérence avec la cible 11 du PSS et tel qu'il est rapporté dans une première édition, il se consacre à identifier les lignes prioritaires d'action pour intégrer systématiquement la perspective de genre vers l'intérieur du propre MSP. Ces lignes prioritaires peuvent aussi orienter le travail vers d'autres axes stratégiques et nourrir le contenu d'une grande partie des cibles formulées.

Néanmoins, depuis une démarche compréhensive et intégrale et tel qu'il est référé dans le cadre théorique, il existe des domaines stratégiques qui devancent l'axe 3 et qui sont communs à tous les axes et les programmes : la génération d'une évidence empirique à l'aide de données ventilées, les études spécifiques et les indicateurs de genre, la génération de capacités et de sensibilité au genre, la participation des femmes à tous les niveaux et dans des conditions équitables ainsi que la promotion d'une culture de suivi, d'évaluation et de reddition de comptes concernant l'objectif d'égalité. C'est pourquoi le Plan de Genre et Santé (2018-2020) inscrit aussi les progrès réalisés dans ces matières.

2. APPROCHE DIAGNOSTIQUE

L'élaboration d'un Plan de Genre et Santé doit partir nécessairement d'une analyse de la situation la plus fidèle possible, c'est à dire d'un diagnostic participatif et partagé qui révèle les différences et les inégalités entre les hommes et les femmes, leurs causes et les possibles mesures de rectification des déséquilibres. Dès lors il est nécessaire d'identifier les besoins, les problèmes, les points d'intérêt et les chances d'amélioration en égalité de genre dans deux directions : vers l'intérieur de la propre institution, auprès des services et des actions de politique publique qu'elle encourage. Le résultat de cet exercice d'analyse doit être obligatoirement la définition d'une liste de priorités et d'objectifs et l'application de stratégies d'action, tout en analysant les possibles contingences qui pourraient surgir¹⁷.

2.1. Méthodologie

Pour élaborer le Plan de Genre et Santé, dans un premier temps la réalisation d'un Document Cadre de Lignes Stratégiques avait permis d'avancer, lequel comprenait une première approche diagnostique en mesure d'apporter des données et des informations significatives aux deux lignes principales. En premier lieu, sur le degré d'institutionnalisation de genre¹⁸ du MSP, c'est à dire, sur l'intégration de l'égalité de genre dans les pratiques et les routines journalières de l'organisation. Deuxièmement, sur la situation d'égalité dans la propre structure du personnel responsable de la gestion et du personnel médico-sanitaire, c'est à dire, leur répartition par sexe dans les différents collectifs et niveaux de responsabilité, la politique de gratifications, la participation dans les espaces de prise de décisions, etc.

Le diagnostic et le Document Cadre ont été développés au cours de différents stades : une **première phase** d'accès à l'information disponible sur le contexte, aux données actualisées sur la situation de la santé des CRS, à la planification et aux programmes existants, etc. Entre autres, ont été révisés les résultats de *l'enquête de satisfaction des personnes usagères des services de santé des CRS* (réalisée en décembre 2017), les données facilitées par le système d'information sanitaire (SIS), ainsi que les documents de la *XVIème Réunion de Concertation* tenue à Rabbouni en novembre 2017 et de la *Plateforme d'actualisation en santé*. En dernier lieu, c'est le calendrier de travail sur le terrain qui a été élaboré, où ont été identifiés les informateurs et informatrices clé pour cette étude au sein du MSP, aux niveaux politique, technique et de gestion. Le calendrier comporte aussi l'identification des autres agents - tels que l'UNFS, NOVA ou UJSARIO- qui remplissent aussi une fonction de garantie du DAS à la population sahraouie et notamment aux femmes sahraouies réfugiées.

La **seconde phase a consisté** à développer le travail de terrain, pour lequel deux investigatrices¹⁹ se sont rendues dans les CRS pendant sept jours. L'expérience accumulée par

¹⁷ Fédération Espagnole des Municipalités et Provinces -FEMP (s.d.). *Guía para elaborar planes locales de igualdad entre hombres y mujeres*. disponible: <http://femp.femp.es/files/566-182-archivo/Guia%20elaboracion%20Planes%20Locales%20Igualdad.pdf>

¹⁸ Rico, N. (2000). *El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL*. [en ligne] Disponible: <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/4318/ddr1e.pdf>

¹⁹ Les expertes, Alicia del Olmo et Marta Pajarín ont réalisé une assistance technique pour élaborer le Document Cadre pendant les mois de mars et avril 2018, dans le cadre du projet de Médicos del Mundo "Accès à la santé de toute la population au moyen d'un renforcement intégral de Soins de Santé Primaires dans les Camps Sahraouis en Algérie", financé par l'AECID.

l'équipe d'investigation due à leur antérieure implication dans le travail de Médicos del Mundo dans les CRS, le traitement des outils et des méthodologies et la connaissance du contexte, ont facilité l'identification rapide des intervenants clé et à établir un état des lieux dans un temps relativement bref.

Dès le départ, c'est un travail participatif qui a été choisi, étant donné que pour qu'un processus de transformation organisationnelle soit réussi, il est nécessaire qu'il parte de l'information et du consensus des principales personnes responsables qui doivent s'y sentir impliquées. D'autre part, l'utilisation de techniques participatives avec une perspective de genre contribue à la prise de conscience et à l'autonomisation de genre des femmes et des hommes, ainsi qu'à l'augmentation des connaissances dans ce domaine²⁰.

Ce sont 8 entretiens individuels et 4 entretiens de groupe qui ont été réalisés, lesquels ont réuni un total de 18 personnes. Postérieurement, l'information obtenue a été analysée et les conclusions préliminaires ont été partagées au cours de la réunion finale de travail d'identification de propositions et d'élaboration avec le MSP. C'est un total de 13 personnes qui ont assisté à cette réunion, la plupart desquelles avaient été interviewées dans les journées précédentes : des responsables de divers départements ministériels (Directions de Coopération, d'Assistance Sanitaire et de Personnel ; Leadership de dispensaires), des personnels médico-sanitaires (professeurs de l'École d'Infirmierie et de Sages-femmes) et des représentants d'organisations, comme la UNFS ou la UJSARIO.

Dans une **troisième phase** l'information recueillie a été analysée en profondeur et ont fait l'objet d'études particulières les autres sources documentaires du MSP, significatives pour obtenir des propositions de travail afin d'intégrer l'approche de genre dans la politique de santé sahraouie.

Finalement, pendant le mois de mai, c'est **la phase de diffusion** du Document Cadre des Lignes Stratégiques parmi le personnel qui a été effectuée, lequel a été présenté à tout le personnel de gestion. Les commentaires et les contributions réalisés au cours de ces espaces ont orienté l'actualisation du contenu du Document en amont de la **phase d'élaboration et de formulation** des mesures contemplées dans le Plan d'action de Genre et Santé (2018-2020).

2.2. Principales conclusions diagnostiques

L'institutionnalisation de genre est le processus par lequel les pratiques orientées vers l'égalité deviennent régulières et continues, sont définies par des normes et ont une importance significative dans la structure des organisations et dans la définition des objectifs et méthodologies adoptées par une institution²¹. Ce processus ne doit pas être interprété comme une adjonction de pratiques et d'activités dans les structures déjà existantes mais comme un processus d'interrogation interne, de changement ainsi que d'innovation.

²⁰ Sojo, D.; Sierra, B. y López, I. (2002). *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación* Madrid: Médicos del Mundo.

²¹ Rico, N. (2000).

Comme il a été mentionné auparavant, cette approche diagnostique a pour objectif de connaître le degré d'institutionnalisation de genre dans le MSP, c'est à dire, dans quelle mesure la propre institution intègre la perspective de genre dans sa planification, sa gestion, la prestation de services, etc., et quelle est la situation du personnel médico-sanitaire et de gestion depuis la perspective d'égalité entre les femmes et les hommes.

Pour incorporer la perspective de façon globale et transversale dans une organisation, il est nécessaire de planifier les actions et les stratégies pour opérer des changements et cela exige d'étudier l'état des lieux de l'égalité de genre dans les trois principaux niveaux²² : le cadre politique, le niveau structurel et la culture de l'organisation.

2.2.1. Cadre politique

La cadre politique a un rapport avec tout le contenu au caractère « substantiel » de l'institution, c'est à dire, l'idéologie, la mission, les textes juridiques, les documents de planification stratégique et, en général, ses objectifs ainsi que la conception de la politique qu'elle encourage.

La volonté **politique** dans une institution, en relation avec le besoin de progresser en égalité de genre, est fondamentale pour que l'expérience d'institutionnalisation soit réussie. Le contexte sahraoui actuel y est favorable étant donné que le MSP exprime une claire volonté de participer à ce travail d'incorporation de l'approche d'égalité dans la politique sahraouie focalisée sur l'incorporation des femmes à des postes de participation et de prise de décisions. Dans ce sens, on peut affirmer que depuis quelques années²³ il existe une certaine ambiance proactive depuis certaines institutions pour intégrer et donner la parole aux femmes. Cette apparente attitude ouverte, voire encourageante, de la participation des femmes à la vie politique de la RASD de la part des institutions, cohabite avec certaines manifestations sur le rôle que les femmes ont dans la société et qui les réduisent à leur rôle reproducteur. Néanmoins, les autorités sahraouies sont en train de déployer des efforts pour attirer les femmes à des postes de plus grande responsabilité.

Dans le domaine de la santé, le MSP se montre ouvertement positif envers un accroissement de la présence des femmes dans son sein, ce qui peut avoir des effets positifs sur la planification des politiques concernant la prise de décisions et l'autonomisation, suivant le chemin commencé par des programmes tel que le Programme National de Santé Reproductive (PNSR).

Parallèlement, on observe que certains des principaux documents stratégiques et de planification du MSP contiennent déjà une approche de genre dans leur vision stratégique. De fait, le **PSS 2016-2020** indique un tournant décisif dans l'enjeu politique de santé pour avancer en égalité de genre compte tenu qu'il souscrit « la volonté expresse manifestée par le MSP d'incorporer l'approche de genre dans la politique sanitaire »²⁴. En outre, même en comptant sur une possible amélioration, certains éléments de genre ont été inclus dans d'autres axes ainsi que les objectifs de genre du Plan qui méritent d'être mis en avant.

²² Sojo, D.; Sierra, B. y López. I. (2002).

²³ Pajarín, M. y del Olmo, A. (2015). *El derecho a la salud de la población refugiada saharai desde una mirada de género*. Documento interno de Médicos del Mundo.

²⁴ Ministère de Santé Publique (2015). *Plan Estratégico de Salud (PSS) 2016-2020*.

Par conséquent, on constate une évolution positive au cours la dernière décennie, étant donné qu'en 2008²⁵ il n'existait qu'une faible visibilité des problèmes de santé des hommes et des femmes de façon différenciée, au-delà de ceux qui avaient une relation avec le rôle reproducteur des femmes. De fait, aucun des deux plans stratégiques antérieurs de santé, les PSS 2006-2010 et PSS 2011-2015, n'avait fait de progrès importants en relation avec l'égalité de genre. Cette « fenêtre d'opportunité » apportée par le PSS 2016-2020 se voit renforcée par l'existence de cadres juridiques internationaux en santé et genre mentionnés dans le paragraphe concernant le cadre réglementaire inclus dans ce document.

Même si l'on observe cette amélioration dans la **planification stratégique** de la politique de santé à niveau global, il ne semble pas que ce fait se projette aux documents de planification de la plus grande partie des programmes du Ministère de la Santé (programmes, guides, documents internes, etc.). Le Ministère actuellement compte un total de sept programmes dans des domaines spécifiques de santé, ainsi que divers programmes de caractère transversal :

Tableau 3. Programmes du Ministère de Santé Publique Sahraoui

Domaines Spécifiques	De caractère transversal
Programme National de Santé Reproductive (PNSR)	Sensibilisation et éducation
Programme Intégral de Santé Infantile Sahraouie (PISIS)	Surveillance et épidémiologie
Programme National de Maladies Chroniques (PNMC)	
Programme de Santé Mentale	
Programme de Santé Scolaire	
Programme Cœliaque	
Vaccins	

Source : élaboration propre à partir de l'information de la XVIème Réunion de Concertation

Selon l'information recueillie dans cette approche diagnostique, seul le PNSR contient des aspects significatifs de l'approche de genre, cela est dû, en partie, à l'effort commun déployé par le MSP et Médicos del Mundo depuis plus d'une décennie. Ce programme, sans aucun doute, est un exemple d'expérience réussie en ce qui concerne le **lien entre la perspective de genre et l'amélioration de la qualité des programmes sanitaires**. De fait, on peut constater des résultats concrets²⁶, dans l'évolution de l'égalité de genre et de l'autonomisation des femmes

²⁵ En 2008, et dans le cadre de travail de Médicos del Mundo dans les CRS, il a été réalisé un diagnostic de *Genre et santé sexuelle et reproductive dans le refuge sahraoui*, dont les résultats ont marqué les lignes de la stratégie de travail de l'organisation dans ce domaine de travail. Postérieurement, en 2015, ledit diagnostic a été mis à jour, et ainsi que de façon spécifique la situation des facteurs déterminants en santé dans les CRS, c'est à dire, les facteurs qui affectent l'ensemble des activités, des droits, des obligations et des chances des hommes et des femmes ; et leurs conséquences pour la santé de la population.

²⁶ OCDE (2009). *Gestión orientada a resultados en materia de igualdad de género en los países socios*. [en ligne]. Disponible: <http://www.oecd.org/dac/gender-development/43430647.pdf>

sahraouies, en rapport avec leur accès aux ressources et avantages, avec l'augmentation de leur participation dans la prise de décisions sur leur santé et au niveau politique sanitaire et avec une progressive institutionnalisation de genre dans le MSP²⁷.

Le PNSR a encouragé le renforcement de l'exercice du DAS et des DSR des femmes sahraouies. La tendance suivie pendant ces années dicte qu'il s'est produit une augmentation de la fréquentation des services du PNSR et que ces améliorations ont eu un fort impact sur la santé des femmes sahraouies et sur la réduction de la mortalité maternelle.

La promotion de l'accès équitable aux services de SSR de qualité au niveau des SSP, constitue une ligne de travail prioritaire pour garantir le DAS de la population sahraouie réfugiée depuis une perspective de genre. Dans ce sens, il a été fait un effort soutenu et progressif pour améliorer l'accès de la population aux ressources et aux services de SSR qui vont au-delà de l'approche materno-infantile, au travers de la mise en œuvre et de la consolidation du PNSR pour aborder de façon simultanée tous les composants essentiels de maternité sûre et de soins aux nouveau-nés (soins prénataux, accouchement assisté, soins aux nouveau-nés, nutrition materno-infantile, etc.) ; ainsi que l'intégration de façon progressive de certains autres éléments de SSR tels que les soins post-partum, l'espacement des grossesses, les pratiques contraceptives, la sensibilisation et la prévention des IST, etc.) ; ainsi qu'une plus grande consolidation de la santé infantile au travers du développement du Programme Intégral de Santé Infantile Sahraouie. (PISIS).

L'amélioration de ces soins de santé si importants pour les femmes sahraouies se matérialise par l'incorporation de mesures sensibles au genre telles que la promotion de soins intégrés efficaces et chaleureux, en respectant leur droit à l'intimité et à la confidentialité et en augmentant leurs connaissances sur la santé reproductive à l'aide d'activités d'information institutionnalisées pendant la période périnatale.

Un autre résultat à signaler depuis le point de vue de genre est la visibilité et la reconnaissance du rôle que remplissent les femmes pour la préservation de la santé de leur communauté. L'amélioration des conditions économiques et motivantes avec lesquelles les sages-femmes accomplissent leur travail rejaillissent sur un accroissement de la qualité des soins. C'est pourquoi les efforts réalisés sont importants, pour améliorer leur mobilité et les conditions de travail à l'aide de mesures rétributives, de la consolidation institutionnelle (amélioration des conditions de travail), du renforcement des connaissances et des capacités ainsi que la reconnaissance sociale et professionnelle.

De même, l'un des résultats les plus significatifs du développement des activités a été la consolidation de l'équipe du PNSR, avec une femme à sa direction et la création d'une structure organique de coordination à niveau national et régional qui s'est appropriée du PNSR, capable de réaliser un monitoring du programme, avec des espaces périodiques d'échange d'information et de gestion participative.

Au cours de ces années, il s'est produit un considérable progrès dans la promotion d'une gestion sanitaire informée et participative, à l'aide d'informations sanitaires de plus en plus fiables

²⁷ Pajarín, M. y del Olmo, A. (2015).

(grâce au développement du système de registres et à la réalisation d'études et de rapports) et la création d'espaces institutionnalisés de communication, d'échange et de coordination entre le personnel médico-sanitaire et les hauts responsables du MSP.

Le travail en commun avec des organisations de femmes et leur renforcement, constitue une mesure d'autonomisation des femmes, en tant que stratégie clé pour atteindre l'égalité de genre. L'UNFS s'est avéré un partenaire stratégique pour améliorer l'accès à l'information et à la sensibilisation en matière de santé reproductive.

Néanmoins, il existe peu de documents de planification sectorielle dans le MSP et les existants ne contiennent qu'une faible intégration d'égalité de genre dans leurs objectifs, actions et indicateurs. On peut affirmer qu'il s'est généré peu de capacités institutionnelles pour travailler avec un cadre de planification stratégique et opérationnelle, avec une définition temporaire (spécialement annuelle) d'objectifs, de priorités et d'indicateurs qui favorisent le suivi et la reddition de comptes. Cette faiblesse suppose un obstacle à l'institutionnalisation de genre qui exige des processus réglés et participatifs pour le personnel responsable en ce qui concerne la planification et la gestion. De son côté, l'intégration de la ligne de genre peut impliquer une opportunité d'amélioration de toute la documentation de planification stratégique et opérationnelle du Ministère.

Dans ce sens, les documents du programme²⁸ n'aborde pas la ligne transversale de genre même si le mandat du PSS fait une claire allusion à l'obligation de l'intégrer dans la planification dans son OS 14 « Atteindre l'institutionnalisation de genre en matière de législation, documents politiques et déclaratifs et en gestion opérationnelle ».

2.2.2. Structure

En premier lieu, ce niveau fait référence aux structures internes ; c'est à dire, à la répartition des hommes et des femmes dans les différents postes de l'organisation, à l'assignation des responsabilités et des tâches, à la reconnaissance en termes économiques, ainsi qu'à l'accès aux ressources et à la prise de décisions. Il est fondamental d'étudier les différences de genre dans l'organisation du système de santé car les inégalités entre les personnels sanitaires contribuent à maintenir les iniquités dans la prestation de services²⁹.

Deuxièmement, il se concentre sur l'analyse des procédures institutionnelles, les routines et les activités journalières dans les différentes phases de l'activité de l'institution, dans les processus de prise de décisions, etc.

2.2.2.1. Analyse du personnel du Ministère de Santé Publique

Le processus d'intégration de genre dans les politiques publiques exige une **analyse de la position occupée par les femmes et les hommes**, l'implantation et la gestion des actions. Connaître la proportion des deux sexes dans l'institution et surtout, leur nombre suivant les

²⁸ Dans le cadre de ce travail, les documents suivants n'ont pas été révisés : Guide du Programme National de Santé Reproductive (PNSR), Guide du Programme Intégral de Santé Infantile Sahraouie (PISIS), Manuel clinique thérapeutique pour les soins de santé primaires et Guide de la promotion de la santé.

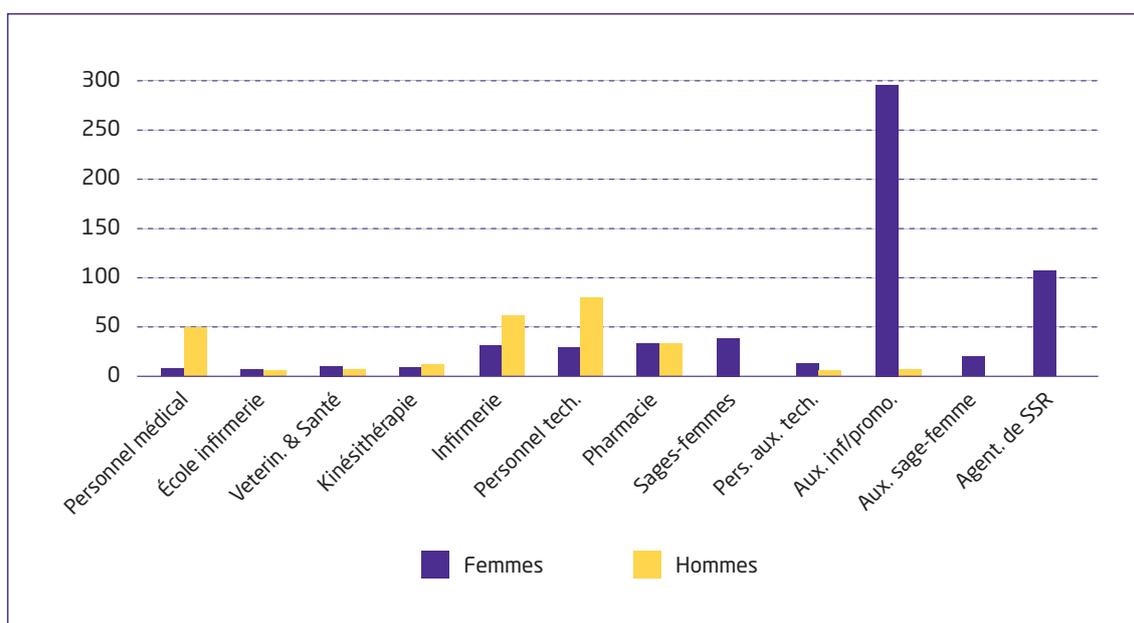
²⁹ Sojo, D. y López, I. (2002). *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Madrid: Médicos del Mundo.

niveaux de responsabilité et de décision, apporte des conclusions importantes sur l'égalité des chances dans le secteur public et, en général, sur les résultats des mesures pour favoriser la participation équilibrée des femmes et des hommes dans tous les domaines³⁰. Outre les aspects, comme la composition par sexe dans chaque collectif et par poste de responsabilité, il importe d'analyser la répartition des mesures de rétribution, des gratifications et compléments, ainsi que la jouissance de permissions et congés rétribués et non rétribués.

Dans le secteur sanitaire sahraoui, comme tant d'autres, la composition du personnel par sexe est plutôt inégale en fonction des divers niveaux et domaines de responsabilité. En mars 2018, le Ministère de Santé Publique comptait sur un total de **1.328 effectifs**³¹, parmi lesquels 59,8% sont des femmes et 40,2%, des hommes.

Selon l'information facilitée par la Direction de Formation et de Fonction Publique du MSP, le personnel à leur service est composé de quatre collectifs différenciés. Le premier groupe, le **personnel médico-sanitaire** réunit toutes les catégories de professionnels du secteur : personnel médical généraliste et spécialistes, vétérinaire, santé mentale, infirmerie, sages-femmes, différents corps techniques (nutrition, vaccins, ophtalmologie, stomatologie, etc.), pharmacie, responsables de la promotion de la santé et les agents communautaires de SSR, etc.

Graphique 3. Personnel médico-sanitaire ventilé par sexe (MSP, 2018)



Source: élaboration propre à partir des données facilitées par la Direction Générale de Formation et du Personnel.

Note: données de mars 2018. Le langage inclusif sur les catégories professionnelles ne figure pas sur les tableaux originaux.

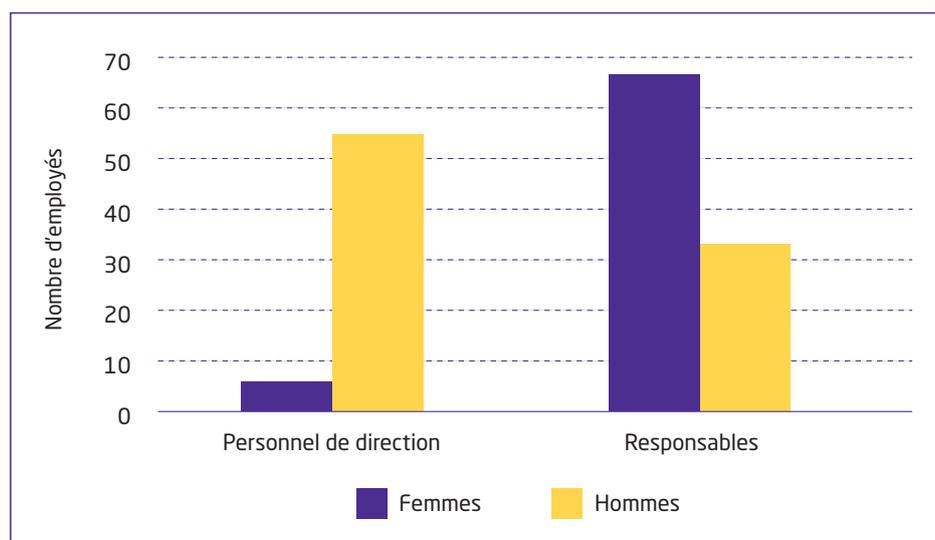
³⁰ Junta de Andalucía (2010). *Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2011.*

³¹ Données apportées par la Direction de Formation et de Fonction Publique, MSP.

Ce collectif, composé de 851 personnes est formé de 70% de femmes et 30% d'hommes. Les femmes se concentrent principalement dans les catégories de sages-femmes (97,4%), de personnel auxiliaire technique (75%), d'auxiliaires médicaux - infirmiers, infirmières, promoteurs - (98,3%), de sages-femmes auxiliaires (100%) et agents communautaires de SSR (100%). Le collectif des médecins est prioritairement masculin (89,5%) ainsi que celui d'infirmierie (67,4%) et du personnel technique (74,5%). Les catégories les plus équilibrées, quant à leur composition par sexe, sont celles de pharmacie (50% d'hommes et de femmes), de kinésithérapie (58,8% d'hommes) et le personnel de l'École d'Infirmierie (55, 5% de femmes).

De son côté, le **personnel de gestion** s'élevé à un total de 181 personnes, parmi lesquelles 45,3% sont des femmes et 54,7% des hommes. Ce collectif concentre les personnes responsables de la gestion des politiques et des services de santé autant à niveau central (secrétariat général, direction centrale, responsable de département, directeur d'hôpital et secrétariat des services centraux), que régional (direction régionale, direction de l'hôpital régional, secrétariat des services régionaux) et local (direction locale et secrétariat de services locaux).

Graphique 4. Personnel de gestion ventilé par sexe (MSP, 2018)



Source: élaboration propre à partir de données facilitées par la Direction Générale de Formation et de Personnel.

Note: données de mars 2018.

Les femmes occupent seulement 9,8% du total du personnel de direction, c'est à dire, des postes de direction centrale, régionale et des hôpitaux et de responsable de département central. La présence masculine se concentre sur les postes les plus élevés spécialement au niveau central, où les hommes occupent 88,9% des directions du Ministère ou 82,1% des responsables du département central. À l'échelle régionale, les directions sont représentées à 100% par des hommes de même que les directions des cinq hôpitaux existants dans les CRS. À ce niveau, la présence s'équilibre un peu plus avec les responsables du département régional avec 11 femmes et 14 hommes. Enfin, les femmes sont la majorité dans les postes à niveau local : elles occupent 70% des directions locales (ou sont responsables de dispensaires) et 100% des secrétariats des services locaux.

Le troisième groupe est composé de **personnel de services**, qui regroupe les professions indispensables pour l'entretien des infrastructures et des services comme le nettoyage, la cuisine, la conduite de véhicules, la surveillance, les services auxiliaires et autres tâches. Ce groupe est composé de 68,5% d'hommes et de 31,5% de femmes. Les premiers se concentrent principalement dans les postes de chauffeurs, de gardiens et de services auxiliaires où ils occupent 100% des postes.

En dernier lieu, le groupe **d'aide sociale**, composé de 52% de femmes et de 48% d'hommes inclut des personnes (ou leurs veufs/veuves) qui ont été au service du Ministère et qui maintenant reçoivent une petite rémunération en guise de reconnaissance économique.

2.2.2.2. Enjeux du système de santé sahraoui auprès du personnel depuis la perspective de genre

Le système de santé sahraoui compte sur un personnel soucieux de la santé de la population des CRS, mais qui affronte de nombreuses difficultés pour accomplir leur travail. La disponibilité de personnel médical et sanitaire formé est l'un des plus grands défis pour la santé sahraouie actuellement. La situation de refuge prolongé, la dépendance du financement externe, l'absence de carrière professionnelle et le manque de stimulations professionnelles et salariales provoquent un **découragement et même l'abandon du personnel médical et sanitaire** de l'exercice de leur profession.

Il convient de rappeler que les professionnels sont des personnes bénévoles qui reçoivent une gratification pour leurs services, laquelle est sujette à de nombreuses instabilités (par exemple des retards) et dont la survie aujourd'hui est en danger due à la réduction du volume de l'aide internationale et à la difficulté des organismes qui financent pour en situer le paiement parmi leurs priorités. L'estimation de la quantité de ces gratifications pour les différentes catégories, ainsi que l'évaluation du rendement du travail sont objet de conflit interne parmi le personnel.

A tout cela il convient d'ajouter l'apparition d'un phénomène dans les CRS, qui même n'étant pas nouveau, s'est aggravé pendant les dernières années : le développement de la **médecine privée** qui affecte le fragile équilibre du système de santé publique sahraoui. Pendant les dix dernières années ont proliféré les consultations médicales et les examens qui attirent le rare personnel médical et sanitaire existant devant l'opportunité d'une plus grande rémunération. Selon les personnes sondées, devant le manque de gratifications qui reconnaissent suffisamment le travail réalisé par le personnel médico-sanitaire dans le système public de santé, de nombreux professionnels répondent aux offres en provenance d'organisations ou de particuliers à la tête d'initiatives privées de santé.

Il existe une démotivation généralisée dans une partie du personnel qui exacerbe le risque de fuite de professionnels depuis le système public au privé, aussi bien au sein des CRS comme vers l'extérieur, soit l'Algérie, l'Espagne ou autres pays environnants. La motivation et le maintien des professionnels dans tous les niveaux d'assistance sanitaire deviennent de plus en plus compliqués compte tenu que les conditions créées par le refuge prolongé entravent le fonctionnement des institutions et du système de santé sahraoui.

Si l'on analyse cette situation depuis l'approche de genre, on discerne des tendances qui, dans le cadre d'un contexte de grande faiblesse, affectent particulièrement les femmes.

a) La pyramide de genre du système de santé sahraoui

Tel qu'il est exposé dans le paragraphe antérieur, les femmes occupent un peu plus de la moitié des postes du système de santé, 59,8%. Ce chiffre s'élève à 70% quand il s'agit du personnel médico-sanitaire, où les femmes représentent un total de 584 face aux 251 hommes. Les catégories professionnelles les plus féminisées sont celles des sages-femmes (avec 38 femmes et un homme), les personnels d'infirmier et de promotion auxiliaires (296 femmes et 5 hommes), les sage-femme auxiliaires (18 femmes) et les agents communautaires de SSR (106 femmes).

Les femmes occupent la plus grande partie des postes à **niveau local**, indispensables pour préserver la santé dans les CRS où se développe le travail de prévention et de soins primaires et dans ce sens, elles ont un accès de proximité et une plus grande capacité pour interférer auprès de la population.

En même temps, elles sont insuffisamment représentées dans les structures de pouvoir et de décision qui définissent les priorités et assignent les ressources pour la politique de santé dans les différents niveaux de soins à l'échelle centrale et régionale. Seule 1 sur 9 des directions centrales du Ministère de Santé est occupée par une femme en mars 2018, tandis que sont féminines les 5 responsables de département central sur un total de 28 postes et 3 secrétaires sur un total de 11. Les directions des 5 hôpitaux sont occupées aussi par des hommes.

Il existe un phénomène de « pyramide de genre » où **les femmes prédominent à la base du système de santé mais sont sous représentées au sommet des niveaux de prise de décision politique, de planification et de répartition des ressources.**

Comme il a été mentionné antérieurement pendant les dernières années, le Ministère de la Santé (et notamment son plus haut responsable, le Ministre), a manifesté son intérêt à ce que davantage de femmes occupent des postes de responsabilité dans les directions centrales et régionales du système de santé, ce qui est très positif pour favoriser des actions spécifiques mais qui requiert de mesures concrètes.

b) Insuffisante vision consolidée sur le rôle de leadership politique des femmes dans la société.

Le système de santé sahraoui compte sur des femmes capables, intéressées et attachées à leur travail, lesquelles sont reconnues pour leur rôle dans les soins de santé de la population sahraouie. Néanmoins, malgré cette reconnaissance sociale et professionnelle elles ne sont pas suffisamment représentées dans les postes significatifs de la politique et de la gestion de la santé, un aspect que la OMS considère fondamental pour bénéficier de politiques équitatives de santé.

Cependant, malgré cette reconnaissance, il existe une certaine tendance, selon les témoignages recueillis, à culpabiliser les femmes pour leur manque de disponibilité et d'engagement pour occuper des postes supérieurs, alors qu'en vérité elles s'acquittent d'une triple journée (professionnelle,

domestique et communautaire) ce qui les empêche de contrôler leur temps, une ressource dont les hommes profitent plus largement. À aucun moment, la division sexuelle du travail dans les CRS n'est remise en question, c'est à dire, la répartition des tâches et des responsabilités qui sont assignées par sexe dans chaque société. Dans ce contexte, les femmes sont principalement chargées des activités de soins à la famille et du foyer, des tâches de caractère communautaire, ainsi que de leur travail professionnel dans le domaine sanitaire.

La OMS diagnostique une situation semblable dans de nombreux contextes dans le monde et affirme que « les femmes, qui sont la colonne vertébrale du système sanitaire, ne sont que rarement représentées dans les postes de direction ou de gestion ; elles tendent davantage à se concentrer dans des emplois aux bas salaires et sont exposées à de plus grands risques de santé professionnels. Leur fonction comme prestataires informelles d'assistance sanitaire dans le foyer ou la communauté généralement ne reçoit aucun appui, ni reconnaissance ni rémunération³² ». C'est un paradoxe car les femmes étant celles qui contribuent le plus, comme prestataires formelles et informelles, à améliorer la santé de la population, voient leurs besoins en santé moins représentés et occupent moins de postes de décision.

Dans les conditions actuelles, les professionnelles de la santé sahraouies ont une **importante surcharge de tâches et de responsabilités** due principalement à un manque de personnel effectif et à la multiplicité des programmes qui ont été mis en place pendant les dernières années, lesquels retombent sur les mêmes personnes à la base du système sanitaire et dont la mise en œuvre et la supervision sont de plus en plus complexes.

Cette surcharge est due à leur rôle dans la société, où elles ont une grande responsabilité dans la conservation de la vie dans les CRS, autant dans le domaine privé que communautaire. Les professionnelles de la santé ont de grandes difficultés pour **concilier la vie personnelle et familiale**, et selon les témoignages c'est la principale, mais pas seulement l'unique raison, pour laquelle de nombreuses sanitaires se résistent à occuper des postes de plus grande responsabilité ou à assumer plus de tâches. Elles invoquent aussi les **difficultés de déplacement** jusqu'aux installations du Ministère à Rabbouni et le manque de transport, l'existence **d'environnements trop masculins** où les femmes se retrouvent en minorité et où il leur est compliqué de participer et de négocier avec les responsables. Dans ces espaces professionnels il existe une série de routines créées et gérées par des hommes où les femmes trouvent difficilement leur place.

c) La politique de gratifications et contrôle du rendement

Comme il a déjà été mentionné, le personnel du système de santé reçoit une compensation économique pour son travail qui reçoit le nom de « gratification » ou plus récemment « coût de service », une reconnaissance qui même si elle n'est pas très élevée est nécessaire pour que le personnel ait un rendement satisfaisant.

Pendant les dernières années et dû à divers facteurs relatifs au financement, le système de gratifications en santé est arrivé à une période critique où il se produit des retards dans le paiement et plus récemment des difficultés qui mettent en danger leur viabilité. A cela il faut ajouter le

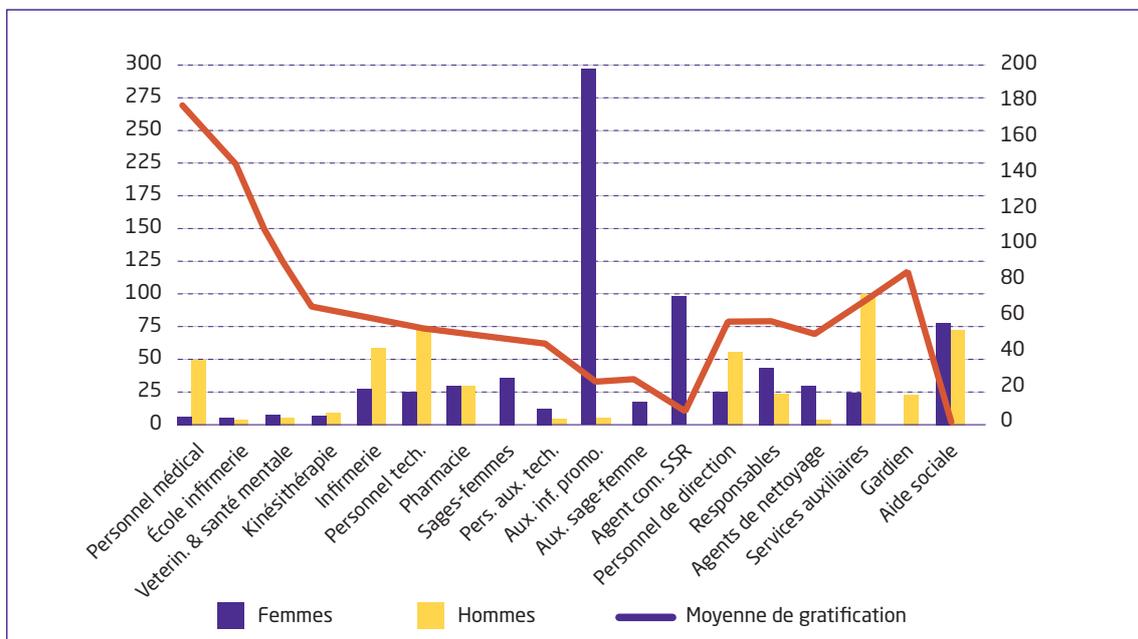
³² OMS (2009).

manque de **mécanismes efficaces de contrôle du rendement** pour assurer l'accomplissement des fonctions attribuées à chaque poste de travail ce qui est cause de malaise parmi le personnel. Au cours des dernières années un grand effort a été déployé pour rationaliser le système de rétribution. Actuellement, l'évaluation du rendement mensuel se réalise en fonction du salaire de base, du calcul de l'ancienneté et de l'évaluation du rendement, calculé sur le ratio de présence réelle et la présence obligatoire.

Bien qu'il ait été signalé que les professionnelles de santé sont très estimées dans les CRS, en réalité le système ne **reconnait que partiellement la nature du travail** effectué par certaines d'entre elles. En conséquence l'estimation du rendement du travail est exclusivement axée sur le facteur présence ce qui suscite une controverse dans le collectif en général. Parfois, il n'est pas tenu compte des astreintes, du travail ou des accouchements nocturnes ou des déplacements pour visiter leurs patients convalescents ou les personnes non- autonomes.

Quant au montant des gratifications, elles se situent dans une fourchette qui oscille entre le maximum de 176 euros/mois que reçoit un médecin (homme/femme), et la quantité minimum de 9 euros d'un agent communautaire en SSR, en passant par les 58 euros d'un infirmier/infirmière, les 47 euros d'une sage-femme ou les 24 euros d'un infirmier/infirmière auxiliaire. Une mention spéciale doit être faite aux personnes qui reçoivent une aide sociale de 6 euros pour leurs services prêtés quand elles étaient en actif ou leurs veufs/veuves.

Graphique 5. Répartition des gratifications par catégorie professionnelle et par sexe (MSP, 2018)



Source: élaboration propre à partir de données facilitées par la Direction Générale de Formation et de Personnel et de la documentation présentée à la XVIème Réunion de Concertation.

Note: données de mars 2018. Le langage inclusif sur les catégories professionnelles ne figure pas sur les tableaux originaux.

Comme on peut observer sur le graphique, où est représentée la répartition des gratifications par groupe professionnel, les catégories majoritairement masculines reçoivent des gratifications relativement plus élevées que les féminisées. Ce phénomène apparaît clairement dans la catégorie de personnel médical, d'infirmier, de personnel technique, de personnel de direction, des services auxiliaires et de surveillance. Les catégories où la moyenne de la gratification est inférieure sont celles qui concentrent le plus grand nombre de femmes : les personnels auxiliaires d'infirmier et de promotion, les sage-femme auxiliaires et les agents de SSR, et celles où repose comme déjà référé une partie importante des soins à la santé dans les CRS.

Face à la possibilité que se produise une révision à la baisse des gratifications, il existe un risque réel que cette réduction affecte particulièrement les femmes ce qui peut aggraver leur démotivation générale. C'est pourquoi, il est nécessaire de chercher d'**autres voies et formes de gratification** pour le personnel féminin, non seulement pour les propres professionnelles mais aussi pour la survie du système de santé dans les camps.

d) Autres faiblesses dans les conditions de travail significatives depuis la perspective de genre

D'un autre côté, la formation continue et le **recyclage professionnel** en santé sont absolument indispensables pour maintenir à jour les compétences du personnel ainsi que leurs connaissances et l'utilisation des techniques et des outils et ainsi s'adapter aux nouvelles réalités sociales et sanitaires.

Les professionnelles des distincts collectifs de santé signalent d'importantes nécessités à ce sujet étant donné qu'elles considèrent que le recyclage et l'échange de connaissances et d'expérience avec d'autres contextes sont indispensables pour faire leur travail de manière plus effective et motivée. D'autant plus que dû au manque de personnel médical, le personnel sanitaire se voit obligé à faire face à de nombreuses responsabilités qui normalement devraient revenir aux médecins. Ce besoin n'est pas seulement exprimé par les femmes professionnelles mais aussi par les promotrices de santé dans le cadre du programme que le MSP développe en collaboration avec la UNFS, et réclament une mise à jour des contenus de leurs activités de sensibilisation et de promotion de la santé, ainsi que des techniques et méthodologies de sensibilisation et conscientisation de la communauté.

En outre, les difficultés exprimées par le personnel féminin concernant l'exercice de leurs tâches gardent aussi une relation avec certains aspects de caractère pratique. Parmi eux, l'accès à l'utilisation et au contrôle du **transport**, d'une importance stratégique dans les CRS, est très limité aux femmes professionnelles ce qui entrave le suivi de certains programmes sanitaires dont les ressources ont été réduites pendant les dernières années.

De même les professionnelles de la santé signalent la nécessité d'améliorer **les installations et les infrastructures sanitaires** concernant les dépendances réservées au repos du personnel, lesquelles ou bien n'existent pas ou ne sont pas entretenues surtout en ce qui concerne l'équipement.

Enfin, ce sont de claires déficiences dans la disponibilité et la gestion du **matériel sanitaire et des médicaments** qui ont été signalées, spécialement dans les hôpitaux ce qui entrave grandement l'exercice de leur travail aux professionnelles.

Tout cela entraîne des **conséquences négatives** dans le travail des femmes professionnelles de la santé dans les CRS. Elles occupent la plus grande partie des postes de base du système de santé avec une forte surcharge de tâches et de responsabilités et de grandes difficultés pour concilier la vie personnelle, familiale et professionnelle. En même temps, elles sont peu représentées dans les structures de pouvoir et de gestion du système de santé, ce qui les marginalise dans les espaces de prise de décisions principales de la politique sahraouie de santé.

En conséquence, il existe une démotivation généralisée qui, même si elle n'est pas exclusive des femmes, elle entraîne leur non incorporation dans la profession sanitaire (c'est le cas de nouvelles diplômées) ou l'abandon de la profession sanitaire et leur retrait dans le cadre domestique ou même de se dédier à d'autres activités productives qui apportent un plus grand bénéfice économique et facilitent une meilleure conciliation de la vie personnelle, familiale et professionnelle; tandis que, paradoxalement, celles qui continuent dans la profession, devant le manque de personnel se voient contraintes d'assumer plus de responsabilités que celles qui correspondent à leur poste.

C'est à dire, en même temps que se présente une perte de capital humain de femmes formées où le système de santé a investi des ressources et du temps, il se produit une surcharge de tâches et de responsabilités sur les femmes qui continuent. Selon ce qu'on a pu constater dans cette approche diagnostique, cette démotivation se reflète aussi dans la difficulté pour incorporer les femmes au système de formation sanitaire et notamment dans l'École d'Infirmierie.

2.2.2.3. Outils de recueil d'information, de suivi et de registre

Connaitre l'évolution du *continuum* santé- maladie au travers d'indicateurs fiables est fondamental pour comprendre l'évolution de la santé et prendre des décisions à ce sujet. Dans ce sens il est nécessaire de disposer d'un système intégré d'information qui permette de planifier, gérer, évaluer et donc de faciliter à la direction un instrument de décision tactique et stratégique pour la prise de décisions à court et moyen terme³³.

Sans aucun doute, l'une des avancées les plus importantes dans le système de santé sahraoui au cours des dernières années, à partir de 2012, a été le développement d'un mécanisme de collecte et de gestion de l'information concernant la santé de la population au travers du système d'information de santé (SIS). En 2014 ce système, créé par le Département de Statistique d'Assistance Médicale a commencé à être implanté dans les hôpitaux national et régionaux ainsi que dans les dispensaires.

En mars 2018, et selon l'information facilitée par le Département de Statistiques, le SIS compte sur un total de 86 indicateurs, parmi lesquels 36 sont mis à jour annuellement. Il existe un système

³³ Canela-Solera, J. et al. (2010). Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora en *Medicina Clínica*, 134.

de contrôle épidémiologique hebdomadaire qui est géré par le bureau d'admission régionale de chaque hôpital, qui est la seule unité responsable de la collecte et de l'envoi des données au Ministère qui en contrôle la qualité.

L'un des aspects les plus notoires de cet outil est qu'il a été élaboré dès le départ en tenant compte de la **ventilation par sexe de façon transversale**. Il est fondamental en santé de compter sur une base solide de données fiables qui exposent les différences déterminées par le genre dans ce domaine, qui établit des indicateurs de résultats et considère le genre comme une question transversale au côté d'autres sources d'inégalité en matière de santé, telles que la pauvreté, l'âge, l'ethnie et le niveau socio-économique dans un contexte spécifique.

Néanmoins, le SIS doit continuer de se développer pour obtenir des données ventilées dans tous les indicateurs étant donné qu'au moment de l'élaboration de ce rapport il n'y en avait pas concernant les personnes malades chroniques comme celles qui souffrent d'hypertension ou celles qui ont un handicap quelconque, etc. dans les rapports hebdomadaires.

Il est aussi nécessaire que **l'information sur la santé depuis la perspective de genre** des femmes et des hommes s'améliore, car elle est essentielle pour la planification et la gestion des programmes³⁴ et monitorer les changements qui se produisent dans la santé de la population. En outre, il faut continuer à perfectionner les capacités du personnel pour interpréter les données et l'information depuis la perspective de genre et dans une phase ultérieure, créer les indicateurs de genre à incorporer au SIS du fait que, à part les données ventilées par sexe, il est fondamental de compter sur des indicateurs qui pourront capter les failles de genre et les tendances d'évolution plus complexes quant aux déséquilibres existants entre les femmes et les hommes qui incluent des indices complexes et une analyse multivariée.

2.2.3. Culture de l'organisation

De façon générale, ce volet fait référence au système de croyances et valeurs des personnes qui déterminent les conventions et les règles non écrites d'une organisation. Les relations de genre qui se retrouvent dans la société se reproduisent, avec plus ou moins d'intensité dans les institutions et les organisations, se transposant autant les déséquilibres existants que les stéréotypes et les préjugés.

Au travers des témoignages collectés, on perçoit que le personnel du MSP n'a pas assimilé ni intégré la valeur de l'égalité de genre comme idée centrale et stratégique dans leur culture organisationnelle, malgré les progrès décrits dans les paragraphes antérieurs. Quoiqu'il en soit, on observe un **certain progrès dans l'approche du concept d'égalité** par rapport aux années précédentes où, certainement dû à la méconnaissance du terme, on en rejetait tout usage dans les processus de définition, planification et de gestion des politiques publiques de santé. Une preuve de ce progrès en est tout le processus généré autour du PSS 2016-2020 et l'élaboration de ce Plan de Genre et Santé.

³⁴ OMS (2009).

D'autre part, persistent **certaines idées préconçues concernant les rôles** joués par les femmes et les hommes dans la société, et qui ont un rapport avec la conception de possible leadership des femmes dans les institutions publiques, comme c'est le cas dans le MSP. Il ne s'agit pas d'ouvrir un débat sur les causes, pour lesquelles les femmes ont de plus grandes difficultés à occuper des postes à plus grande responsabilité, tel qu'il a été mentionné antérieurement, en rapport entre autres, avec leur surcharge de responsabilités dans les domaines privé et public, mais elle est mise sur le compte d'une certaine « indolence » typiquement féminine pour occuper un poste de responsabilité.

Le maintien de ce genre de dynamiques envers les femmes peut donner lieu à un certain climat de **pression et d'incompréhension** envers ces dernières qui dérive vers une plus grande marginalisation et démotivation. La création d'un cadre favorable à l'admission des femmes dans l'organisation est fondamentale pour que les mesures qui sont mises en place soient une réussite. Il ne s'agit pas seulement d'une question d'actions formelles (comme les mesures de conciliation de la vie personnelle et professionnelle) depuis la direction mais de la transmission de respect, compréhension et collaboration parmi tous les membres du personnel.

Dans le MSP la perspective de genre est absente de la politique de santé du travail, dans laquelle n'ont pas été établies formellement des mesures de prévention et d'action face au harcèlement sexuel, ni l'incorporation de risques psychosociaux (mobbing, syndrome burnout) dans l'évaluation et la prévention des risques, habituels dans les occupations féminines. L'institutionnalisation de genre vise à influencer la culture organisationnelle, les croyances, les attitudes et les valeurs implicites de ses intégrants en relation avec l'égalité de genre, mais aussi avec tous les types de relation entre les uns et les autres. Dans de nombreux contextes, l'existence de protocoles contre le harcèlement professionnel et/ou pour des raisons de genre, évite et agit dans ce genre de situations.

Dans ce sens, le MSP ne dispose pas de mécanismes adéquats de **gestion publique des soins ou une politique de conciliation claire** où pourraient se référer les femmes et les hommes au service de l'institution, même s'il existe des mesures pour faciliter que les femmes jouissent de congés maternité et de congé parental.

C'est pourquoi il importe de signaler l'engagement du MSP avec l'égalité de genre en ce moment, à l'aide de l'application déterminée du principe d'égalité dans les relations professionnelles et au travers de la sensibilisation de tout le personnel y compris le personnel des postes de prise de décisions et les cadres moyens.

Enfin, pour accroître la prise de conscience du personnel quant à l'importance de compter sur une vision égalitaire de genre en santé, outre la sensibilisation, la **formation représente l'autre axe fondamental** d'un processus de changement culturel dans une organisation. Le travail réalisé par les organisations d'appui au Ministère, comme Médicos del Mundo au cours des années, en ce qui concerne la conscientisation et la formation du personnel médical et sanitaire, doit continuer à s'amplifier et à s'approfondir, prévoyant une formation de base sur l'égalité de genre, mais aussi en relation avec la gestion des ressources humaines et orientée à des domaines spécifiques de santé.

3. OBJECTIFS DU PLAN DE GENRE ET SANTÉ

Le MSP compte parmi ses valeurs l'appréhension de la santé comme un droit humain depuis le principe d'égalité et de non-discrimination pour raison de sexe. Pour réaliser le DAS depuis le principe d'égalité et atteindre l'égalité de genre dans l'état et le développement de la santé sahraouie, le MSP assume la pertinence de la perspective de genre dans la santé. Le MSP considère que le principe d'égalité entre les femmes et les hommes représente une valeur stratégique et un élément qui favorise l'efficacité, la qualité et la modernisation de la gestion de la politique sanitaire et de la culture organisationnelle de l'institution.

3.1. Objectif Général

Le plan de Genre et Santé (2018-2020) a pour objectif atteindre l'égalité des chances et la non-discrimination dans la reconnaissance, la garantie et la provision du DAS de la population sahraouie réfugiée et de contribuer à incorporer la perspective de genre dans la politique de santé sahraouie selon l'Axe 3. *Incorporer la perspective de genre dans la santé du PSS 2016-2020.*

3.2. Objectifs spécifiques

Objectifs spécifiques du Plan de Genre et Santé (2018-2020) :

- Encourager la participation des femmes et veiller à l'égalité dans la représentation des postes de direction, de coordination et de participation dans les organes, les groupes ou les plateformes de coordination.
- Accroître l'incorporation de la perspective de genre comme principe organisationnel du MSP et encourager l'accès aux professionnelles du système de santé aux espaces, aux ressources, au transport et au matériel sanitaire disponibles nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches.
- Progresser dans la création de capacités et de sensibilité en genre pour tout le personnel du MSP.
- Accroître la connaissance des besoins de santé différenciés des femmes et des hommes sahraouis.

4. LIGNES PRIORITAIRES D'ACTION

Les principales conclusions diagnostiques montrent les forces et les opportunités pour institutionnaliser le genre dans le MSP et marquent aussi les espaces de faiblesse institutionnelle, organisationnelle et technique qui requièrent des mesures spécifiques « en dedans » du MSP ; ainsi que des mesures pour l'intégration systématique de la perspective de genre dans les actions assistancielles et préventives des programmes de santé.

Le Plan de Genre et Santé (2018-2020) met l'accent sur l'importance de générer un cadre politique et stratégique, des structures organisationnelles, des processus de gestion et, en définitive, une culture organisationnelle dans le MSP, en cohérence avec l'objectif d'atteindre l'égalité de genre dans le développement du DAS. Cette cohérence interne est essentielle à la planification et à la provision de la politique de santé depuis la perspective de genre et de santé.

Le développement des mesures et des propositions s'articule pour chacun des objectifs spécifiques que le Plan de Genre et Santé marque.

4.1. Participation des femmes

- Faciliter et améliorer la **conciliation de la vie personnelle, familiale et professionnelle des professionnelles** du MSP.
- Encourager la **participation des femmes** et veiller à l'égalité dans la représentation des postes de direction, de coordination, et dans les organes, les groupes ou les plateformes de participation, ainsi que dans la répartition des tâches et des fonctions.
- Améliorer les **capacités et les compétences directives** et de gestion des femmes dans les postes de direction au travers de facultés spécifiques.
- Renforcer la collaboration et la participation des **organisations de femmes** et de la société civile à l'analyse, la prise de décisions et au développement d'actions de prévention et de promotion de la santé.
- Création d'un **Comité Consultatif** en genre et santé, composé de femmes professionnelles sanitaires de tous les niveaux de santé et de la UNFS, qui participe aux moments clés de la planification stratégique du MSP de tous les programmes de santé et de toutes les mesures concernant le personnel.

4.2. L'égalité comme principe organisationnel

- Renforcer la **coordination des programmes** et l'organisation des compétences, fonctions et responsabilités des professionnelles à la base du système de santé.
- Incorporation systématique de la **perspective de genre dans tous les documents** de planification stratégique et opérative.

- Garantir un **système rétributif** qui reconnaisse et valorise le travail réalisé par les professionnelles sanitaires, notamment au niveau communautaire.
- Favoriser l'accès des **professionnelles du système de santé aux ressources**, espaces, transport, médicaments et matériel sanitaire disponible, nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.
- Garantir l'accès égalitaire des hommes et des femmes à la formation, aussi bien interne qu'externe, tenant compte des besoins pour concilier la vie professionnelle et familiale.

4.3. Création de capacités et de sensibilité au genre

- Améliorer la **capacitation en santé et genre** du personnel du MSP et des différents centres de santé (OS. 15).
- Renforcer **la reconnaissance du travail** en santé et de soins de la part des femmes sahraouies, autant tant le domaine communautaire que familial.

4.4. Génération de connaissances

- Renforcer les capacités pour **connaître les besoins en santé différenciés** des hommes et des femmes sahraouis, évaluer l'état de santé (maladies courantes et intensité par sexe), les déterminants de santé des hommes et des femmes tout au long de leur cycle vital (facteurs de risque et de protection différenciés aussi bien biologiques que sociaux et culturels) et les obstacles de l'accès à l'information, aux services et aux ressources de santé. Cette ligne d'action prioritaire comprend les activités suivantes :
- **Communiquer, diffuser et divulguer** cette information dans les espaces de coordination sanitaire parmi les divers agents compris dans le système de santé dans les CRS, tels que la Réunion de Concertation ou la Plateforme d'actualisation de la santé, ainsi qu'au cours des Journées Scientifiques de Santé.

5. FICHES TECHNIQUES DES ACTIONS

5.1. Participation des femmes

Action 1.1. Politique de conciliation de la vie professionnelle, familiale et personnelle.	
Chronogramme	2018 (deuxième semestre)
Objectif et description de l'action :	
<p>Incorporer systématiquement des mesures de flexibilité professionnelle au travers d'une politique claire et définie de conciliation dans le MSP.</p> <p>Les mesures destinées à combattre les difficultés de conciliation entre la vie professionnelle, familiale, communautaire et personnelle constituent une ligne prioritaire de progrès pour que les femmes assument des postes de direction dans le MSP. Cette priorité est reflétée dans l'OS.5 <i>Mettre en œuvre une politique d'amélioration des conditions de travail et de conciliation familiale qui facilite l'incorporation des femmes à des postes de prise de décisions</i> et dans la cible 4 qui assure une présence de 30% de femmes à des postes de décisions (directions et coordinations de département/ programme et directions régionales et des hôpitaux). Actuellement la proportion est de 9,8% pour les postes de direction et de coordinations de département/programme, et les directions régionales et des hôpitaux.</p> <p>La politique de conciliation devra apporter des instructions qui orientent les journées et les méthodologies de travail concernant la présence ou les horaires de réunions et prendre en considération les conditions de travail essentielles telles que les facilités de transport ou l'existence, l'entretien et le maintien des espaces de travail dans le MSP. Il est aussi indispensable de créer une ambiance favorable et de compréhension dans le MSP.</p>	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation .	<ul style="list-style-type: none"> 1 Politique de conciliation du MSP élaborée de manière participative avec des mesures concrètes et définies. Recensement annuel de l'augmentation du nombre de femmes à des postes de direction.
Collectif auquel il se dirige.	Toutes les femmes professionnelles du MSP.
Personnel Responsable.	Secrétariat Général du MSP, Direction Générale du personnel, Direction de Prévention, Comité Consultatif.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les réunions, appui technique de Médicos del Mundo.

Action 1.2. Création d'un Comité Consultatif en genre et santé	
Chronogramme	2018 (deuxième semestre)
Objectif et description de l'action :	
<p>Création d'un Comité Consultatif en genre et santé composé de femmes professionnelles sanitaires de tous niveaux de santé et de la UNFS, qui participe aux moments clés de la planification stratégique du MSP de tous les programmes de santé et de toutes les mesures concernant son personnel.</p> <p>La création de ce Comité Consultatif peut constituer une mesure transitoire jusqu'à atteindre une présence équilibrée des femmes aux postes de prise de décisions, dont l'objectif est de garantir leur participation aux moments clés de la planification. Il ne s'agirait pas d'un Comité au fonctionnement constant et aux réunions périodiques (ce qui surchargerait de travail les femmes qui le conformeraient), mais d'un groupe de femmes professionnelles représentatif qui pourrait orienter et informer à partir de sa réalité sur la prise de décisions.</p>	

Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> La dynamique de travail du Comité sera examinée annuellement, ainsi que sa capacité d'action et sa pertinence.
Collectif auquel il se dirige.	Professionnelles identifiées par le MSP pour faire partie du Comité.
Personnel Responsable.	Ministre, Secrétariat Général, Direction du Personnel, professionnelles intégrantes du Comité Consultatif.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les réunions, appui technique de Médicos del Mundo.

Action 1.3. Formation en capacités et compétences directives et de gestion

Chronogramme	2019 (premier semestre) et 2020
Objectif et description de l'action : Améliorer les capacités et les compétences directives et de gestion des femmes qui occupent des postes de direction et de celles désireuses d'obtenir une promotion, à l'aide de capacités spécifiques qui feraient partie du Plan Annuel de Formation du MSP.	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> 1 Action formative en compétences directives et de gestion dirigée aux femmes professionnelles du MSP. <p>Évaluation annuelle des contenus de cette formation en fonction des besoins identifiés par les professionnelles.</p>
Collectif auquel il se dirige.	Toutes les femmes professionnelles du MSP qui sont à des postes de coordination et celles désireuses d'obtenir une promotion.
Personnel Responsable.	Direction Générale de Formation et de Personnel, Comité Consultatif.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les formations, appui technique de Médicos del Mundo et d'autres agents de coopération.

Action 1.4. Participation des organisations de femmes et de la société civile

Chronogramme	2019 (premier semestre)
Objectif et description de l'action : Renforcer la collaboration et la participation d'organisations de femmes et de la société civile à l'analyse, à la prise de décisions et au développement des actions de prévention et de promotion de la santé.	

Quant à la UNFS, outre leur participation dans la Comité Consultatif, elle continuera la mise à jour de la coordination et la collaboration aux activités de promotion et de sensibilisation spécifiques dirigées à la santé des femmes. Avec les organisations telles que UJSario, UEsario et NOVA c'est le dialogue horizontal et institutionnalisé qui sera favorisé pour progresser en sensibilisation avec une perspective de genre, spécialement parmi les jeunes.

Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> Mis à jour l'accord de collaboration entre le MSP et la UNFS.
Collectif auquel il se dirige.	Agents de promotion de santé.
Personnel Responsable.	Coordination du Programme National de Promotion de la Santé (PNPS), UNFS.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les réunions, appui technique de Médicos del Mundo.

5.2. L'égalité comme principe organisationnel

Action 2.1. Coordination des programmes et organisation des compétences	
Chronogramme	2019 (second semestre) et 2020
<p>Objectif et description de l'action :</p> <p>Renforcer la coordination entre les programmes et l'organisation des compétences, des fonctions et des responsabilités des professionnelles à la base du système de santé.</p> <p>Les professionnelles de la santé sahraouies souffrent d'une importante surcharge de tâches et de responsabilités accrue par une multiplicité de programmes qui ont été mis en marche pendant les dernières années. Ces programmes (PNSR, PNMC, PISIS) sont gérés par les mêmes personnes à la base du système sanitaire et leur mise en place et supervision deviennent de plus en plus compliquées. Les progrès dans la gestion de la politique sanitaire ou dans l'homogénéisation des processus assistanciers (Axes 1 y 2 du PSS), contribueront à améliorer les conditions de travail des professionnelles sahraouies. Des efforts spécifiques sont prévus pour garantir la participation de ces professionnelles, vu qu'elles sont moins représentées dans les postes de prise de décisions et de planification politique.</p>	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> Système d'instruction au poste de travail, la carrière professionnelle et évaluation du rendement créée depuis la perspective de genre.
Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP.
Personnel Responsable.	Secrétariat Général du MSP, Direction Générale du Personnel, Direction de Prévention, Comité Consultatif et Coordinations de Programme.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les réunions, appui technique des agents de coopération.

Action 2.2. Perspective de genre dans tous les documents du MSP	
Chronogramme	2019 PNSR et à partir de 2020 le reste des programmes
<p>Objectif et description de l'action :</p> <p>Incorporation systématique de la perspective de genre dans tous les documents de planification stratégique et opérative.</p> <p>L'institutionnalisation de genre et de santé requiert de processus réglés, prévisibles et monitorés. De fait, elle se renforce si la capacité de planification de l'institution est optimale. Actuellement le MSP dispose de peu de documents de planification stratégique, sectorielle et opérative et les existants ne contiennent qu'une rare intégration d'égalité de genre dans ses objectifs, actions et indicateurs. Améliorer les capacités institutionnelles pour la planification stratégique et opérative, définie temporairement (notamment annuelle), des objectifs, des priorités et des indicateurs (Axes 1, 2, 4 y 5 du PSS) contribueront à atteindre l'Axe 3 et plus concrètement OS.14 <i>Atteindre l'institutionnalisation de genre en matière de législation, documents politiques et déclaratifs et de gestion opérative</i>, ce qui constitue un premier pas nécessaire pour progresser dans l'institutionnalisation de genre à d'autres niveaux.</p> <p>En 2019, on espère avancer dans la reformulation depuis la perspective de genre du PNSR et à partir de 2020 dans le reste des programmes pour alimenter la C.14 du PSS <i>Tous les documents déclaratifs et opératifs mentionnent les nécessités des deux sexes séparément et les interventions orientées à les satisfaire</i>.</p>	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> • El PNSR est reformulé, en y ajoutant le principe d'égalité.
Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP.
Personnel Responsable.	Secrétariat Général du MSP, Direction de Prévention, Comité Consultatif et Coordinations de Programme.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les réunions, appui technique de Médicos del Mundo.

Action 2.3. Égalité dans le système rétributif	
Chronogramme	2018 (second semestre)
<p>Objectif et description de l'action :</p> <p>Adaptation du système d'évaluation du rendement concernant la nature du travail réalisé par les professionnelles du système de santé.</p> <p>Pendant les dernières années le MSP a progressé dans la réforme de la politique de ses ressources humaines, spécialement en gérant le système de rétribution qui maintenant est lié la qualité du rendement du personnel. Ce renfort, néanmoins, doit mieux intégrer la réalité du travail des professionnelles du système de santé, dont le travail au niveau des SSP ne peut se polariser exclusivement sur le temps de présence. Le travail ou les accouchements nocturnes, les déplacements effectués pour le suivi des patients convalescents, les grossesses ou les personnes non-autonomes ne sont pas suffisamment reconnus. Cette ligne de travail s'aligne sur les priorités marquées dans l'Axe 1. <i>Améliorer la gestion et le rendement du personnel de santé</i>.</p> <p>Enfinement, en relation avec le système de rétribution et en prévision de futures restructurations et réajustements qui pourraient dériver de la situation d'instabilité à laquelle le système est attaché, il est nécessaire de tenir compte que le travail en SSP où se trouve la plus grande partie des professionnelles, est essentiel au développement du DAS de la population sahraouie et ne peut être le niveau où se concentrent les réajustements.</p>	

Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'évaluation du rendement avec une perspective de genre (tenant compte des heures nocturnes, les visites, les déplacements aux domiciles).
Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP.
Personnel Responsable.	Secrétariat Général du MSP, Direction du Personnel, Direction de Prévention, Comité Consultatif.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les réunions.

Action 2.4. Accès des professionnelles aux ressources et aux avantages

Chronogramme

2019 et 2020

Objectif et description de l'action :

Favoriser l'**accès des professionnelles du système de santé aux ressources**, aux espaces, au transport, aux médicaments et au matériel sanitaire disponible, nécessaires pour exercer leurs fonctions.

Les professionnelles du système de santé sont des femmes très compétentes, intéressées et impliquées dans leur travail et la santé de la population sahraouie. La démotivation énoncée va au-delà de la rétribution économique, et les professionnelles sollicitent des mesures de motivation liées aux conditions minimales dans lesquelles elles réalisent leur travail. Ces mesures complémentaires sont liées à l'objectif OE.1.2 *Augmenter l'accès aux ressources et aux avantages des travailleuses et usagères des services de santé* et en outre, elles sont liées aux axes 1 et 2 du PSS.

Mesures à prioriser :

2.4.1. Aménagement des espaces pour exercer leurs tâches, notamment l'équipement, la dotation et l'entretien de salles de repos des dispensaires et des hôpitaux. Cette mesure est clé pour améliorer les conditions dans lesquelles elles réalisent leur travail.

2.4.2. Améliorer l'utilisation et le contrôle du transport pour les activités de suivi comprises dans les différents programmes et pour l'opérativité des activités et des espaces de coordination et de communication des professionnelles. Tout le personnel lié aux transports sont des hommes et ce déséquilibre a parfois des conséquences négatives dans la gestion de la disponibilité de cette ressource stratégique dans les CRS pour les professionnelles.

2.4.3. Progresser dans la gestion des centres, des médicaments et du matériel sanitaire. Les améliorations relatives à la disponibilité des ressources et leur gestion, ainsi que celles des centres (spécialement les hôpitaux régionaux), depuis des critères d'efficience et de transparence, contribuent de façon décisive à favoriser les conditions de travail au niveau de la daïra où se concentre la plus grande partie des professionnelles de la santé.

Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.

- Les 5 hôpitaux régionaux et au moins 80% des dispensaires disposent de salles de repos pour les femmes professionnelles, aménagées pour leurs besoins et avec un entretien adéquat.

	<ul style="list-style-type: none"> • Le PNSR dispose de façon permanente de son propre transport. • Élaboré de façon participative, un Plan d'utilisation des véhicules adapté aux besoins identifiés pour les professionnelles à tous les niveaux. • Un système de supervision de gestion des ressources, des médicaments et des espaces dans les centres sanitaires, élaboré et opératif.
Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP.
Personnel Responsable.	Secrétariat Général du MSP, Direction du Personnel, Direction de Prévention, Comité Consultatif, Directions régionales et Coordinations de Programme.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Plan Annuel de Formation, Transport et espaces pour les réunions, appui technique de Médicos del Mundo.

Action 2.5. Accès égalitaire à la formation

Chronogramme	2019 (second semestre) et 2020
<p>Objectif et description de l'action :</p> <p>Garantir l'accès égalitaire des hommes et des femmes à la formation aussi bien interne qu'externe, répondant aux besoins de conciliation de la vie professionnelle et familiale.</p> <p>Développer des plans et des activités de formation et de recyclage professionnel pour les professionnelles, en facilitant l'accès aux formations en ce qui concerne la localisation et les horaires. La formation continue constitue aussi un facteur de motivation pour faire face aux responsabilités que les professionnelles assument au niveau des SSP. Cette formation doit s'adapter à la réalité du travail réalisé, se focaliser sur leur application pratique et quotidienne et se conformer aux besoins de temps et de mobilité.</p>	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> • Le Plan Annuel de Formation du MSP tient compte des besoins en formation exprimés par les femmes et contemple la formation au poste de travail.
Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP.
Personnel Responsable.	Direction de Formation et du Personnel, Comité Consultatif.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les réunions de travail et les formations.

5.3. Création de capacités et de sensibilité au genre

Action 3.1. Capacitation en genre et santé du MSP	
Chronogramme	2019 et 2020
<p>Objectif et description de l'action :</p> <p>Améliorer la capacitation en santé et genre du personnel du MSP et des différents centres de santé (OE. 15).</p> <p>La formation en genre et santé est un axe fondamental dans le développement des capacités essentielles pour incorporer la perspective de genre ainsi que dans la consolidation d'une approche égalitaire pour tout le personnel de gestion, technique et médical et sanitaire du MSP. L'élaboration d'un programme systématique inclus dans les Plans de Formation du personnel doit apporter une formation de base sur l'égalité de genre, en relation avec la gestion des ressources humaines et focalisée sur les domaines spécifiques de santé adaptées au contexte. A moyen terme, on pourra envisager l'élaboration d'un Guide de santé et genre propre aux CRS, comme outil formatif spécialement élaboré de façon participative pour les besoins du MSP.</p>	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> Au moins 2 actions formatives de santé et genre pour tout le personnel médico-sanitaire et technique du MSP, comprises dans les Plans de Formation du Personnel (C.15 PSS).
Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP.
Personnel Responsable.	Direction de Formation et de Personnel.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les formations, appui technique de Médicos del Mundo.

Action 3.2. Reconnaissance du travail des professionnelles	
Chronogramme	2018 et 2019
<p>Objectif et description de l'action :</p> <p>Renforcer la reconnaissance du travail en santé et soins des femmes sahraouies, autant dans l'environnement communautaire que familial.</p> <p>L'institutionnalisation de genre et de santé implique la génération d'une conscientisation, d'attitudes et de valeurs parmi tout le personnel du MSP et, en définitive, d'une culture organisationnelle qui tienne compte et soit sensible à la surcharge de responsabilités et de tâches affrontées par les femmes professionnelles, ainsi que de leurs difficultés pour concilier la vie professionnelle, familiale et communautaire. L'incompréhension envers cette réalité peut engendrer une certaine ambiance de pression envers celles-ci qui dérive vers une plus grande marginalisation et démotivation. La création d'une ambiance favorable à l'incorporation des femmes dans une organisation est fondamentale pour que les mesures qui sont mises en place soient une réussite. Il ne s'agit pas seulement d'une question d'actions formelles (telles que les mesures de conciliation de la vie personnelle et professionnelle) depuis la direction sinon de la transmission de valeurs de respect, de compréhension et de collaboration parmi les tous les membres du personnel.</p>	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> Au moins 2 campagnes de reconnaissance et de sensibilisation sur la coresponsabilité encouragées par le MSP.

Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP.
Personnel Responsable.	Secrétariat Général, Direction de Prévention, Direction de Personnel, Comité Consultatif.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Transport et espaces pour les réunions, appui technique de Médicos del Mundo.

5.4. Génération de connaissances en santé et genre

Action 4.1. Création de connaissances en santé depuis la perspective de genre	
Chronogramme	2019 et 2020
<p>Objectif et description de l'action :</p> <p>Renforcer les capacités du MSP pour connaître les nécessités en santé différenciées des hommes et des femmes sahraouies, évaluer l'état de santé (maladies courantes et intensité par sexe), les déterminants de santé pour les hommes et les femmes au long de leur cycle vital (facteurs de risque et de protection différenciés aussi bien biologiques que sociaux et culturels) et les obstacles à l'accès à l'information, aux services et aux ressources de santé. Activités de cette ligne d'action prioritaire :</p> <p>4.1.1. Augmenter la production de données ventilées par sexe et âge dans tous les indicateurs sanitaires et leur reflet dans les rapports périodiques.</p> <p>4.1.2. Réalisation de diagnostics et d'études sanitaires depuis la perspective de genre qui comprennent la consultation de la population de façon différenciée, au travers de groupes de consultation équilibrés et d'indicateurs de genre spécifiques ; ainsi que la génération de connaissances qualitatives en santé.</p> <p>Dans un futur et pour les révisions suivantes du Plan d'Action de Genre et Santé, il conviendrait de destiner des mesures visant à améliorer l'interprétation des données et l'information sanitaire depuis la perspective de genre et dans une phase postérieure, engendrer des indicateurs spécifiques de genre à incorporer au SIS.</p>	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> • Les rapports hebdomadaires et mensuels du SIS ventilent tous les indicateurs par sexe. • Au moins un diagnostic concernant les besoins en santé des femmes.
Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP, spécialement le SIS.
Personnel Responsable.	Secrétariat Général, Direction de Prévention, SIS, Comité Consultatif.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Personnel, transport, espaces pour les réunions et appui technique des agents de coopération.

Action 4.2. Communication et diffusion de l'information sur le genre et santé	
Chronogramme	2018 - 2020

Objectif et description de l'action :	
Communiquer, diffuser et divulguer cette information dans les espaces de coordination sanitaire parmi les divers agents qui composent le système de santé dans les CRS, comme la Réunion de Concertation ou la Plateforme d'actualisation en santé, ainsi que les Journées Scientifiques de Santé.	
Indicateur et mécanisme de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> • Les données présentées à la Réunion de Concertation sont ventilées par sexe. • Présentation annuelle d'au moins une étude sur la santé et le genre aux Journées Scientifiques.
Collectif auquel il se dirige.	Tout le personnel du MSP.
Personnel Responsable.	Secrétariat Général, Direction de Prévention, Direction du Personnel, Direction de Coopération, Coordinations de Programmes, Comité Consultatif.
Moyens prévus pour la réalisation de l'action.	Personnel, transport, espaces pour les réunions et appui technique de Médicos del Mundo et autres agents de coopération.

6. CHRONOGRAMME

Le Plan de Genre et Santé sera valide jusqu'en 2020.

Calendrier semestriel :

MESURE	2018	2019		2020	
	2 ^o sem	1 ^o sem	2 ^o sem	1 ^o sem	2 ^o sem
1.1. Politique de conciliation de la vie professionnelle, familiale et personnelle.	●				
1.2. Création d'un Comité Consultatif en genre et santé.	●				
1.3. Formation en capacités et compétences directives et en gestion des femmes.		●		●	
1.4. Participation des organisations de femmes et de la société civile.		●			
2.1. Coordination entre les programmes et l'organisation des compétences.			●	●	
2.2. Perspective de genre dans tous les documents de planification.			●	●	●
2.3. Égalité dans le système rétributif.	●				
2.4. Accès des professionnelles aux ressources et aux avantages.	●				
2.4.1. Aménagement d'espaces pour la réalisation de leur travail.	●		●		●
2.4.2. Améliorer l'utilisation et le contrôle du transport.		●		●	
2.4.3. Progresser dans la gestion des centres, des médicaments et du matériel sanitaire.		●		●	
2.5. Accès égalitaire à la formation.			●		●
3.1. Capacitation en genre et santé au MSP.		●		●	
3.2. Reconnaissance du travail des professionnelles du MSP.	●		●		
4.1.1. Production de données ventilées par sexe et âge dans tous les indicateurs sanitaires.		●		●	
4.1.2. Réalisation de diagnostics et d'études sanitaires depuis la perspective de genre.			●		
4.2. Communiquer, diffuser et divulguer l'information sur le genre et la santé.	●		●		●

7. SYSTÈME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

La création d'un système de suivi et d'évaluation des OE et des cibles proposés par le PSS 2016-2020, est crucial pour s'optimiser et s'adapter à la réalité complète et changeante des CRS. Informer des progrès réalisés contribue de façon décisive à favoriser l'implication de la citoyenneté dans la politique sanitaire et à développer le travail de reddition des comptes qui correspond au MSP comme autorité ultime dans la protection et la garantie du DAS.

Ce système devra tenir compte des indicateurs qui sont formulés à l'axe 3, mais aussi, de la dimension et de l'impact de genre qui figurent dans le reste des axes, OS et cibles. C'est pourquoi une future ligne de travail des successives actualisations du Plan de Genre et Santé du MSP devra être la création d'indicateurs depuis la perspective de genre pour chacun des OS et des cibles du PSS 2016-2020.

Tableau des indicateurs des lignes d'actions prioritaires identifiées.

Tableau 4. Tableau de bord des indicateurs de suivi de la période 2018-2020

ACTIONS	INDICATEUR PROPOSÉ
1. PARTICIPATION DES FEMMES	
1.1. Politique de conciliation de la vie professionnelle, familiale et personnelle.	• 1 Politique de conciliation pour le MSP élaborée de façon participative avec des mesures concrètes et définies.
1.2. Création d'un Comité Consultatif en genre et santé.	• Comité Consultatif conformé et consulté au moins dans 4 processus de prise de décisions par an.
1.3. Formation en capacités et compétences directives et de gestion des femmes.	• 1 action formative en compétences directives et de gestion dirigées aux femmes professionnelles du MSP (révision de genre -RG ³⁵ - C. 2 PSS).
1.4. Participation des organisations de femmes et de la société civile.	• Mis à jour l'accord de collaboration entre le MSP et l'UNFS.
2. ÉGALITÉ COMME PRINCIPE ORGANISATIONNEL	
2.1. Coordination entre les programmes et organisation des compétences, fonctions et responsabilités des professionnelles à la base du système de santé.	• Système d'instruction au poste de travail, carrière professionnelle et évaluation du rendement élaboré depuis la perspective de genre (RG C.3 PSS).
2.2. Perspective de genre dans tous les documents de planification stratégique et opérative.	• Le PNSR est reformulé en incorporant le principe d'égalité.
2.3. Égalité dans le système rétributif.	• Système d'évaluation du rendement avec une approche de genre. (Tenant compte des heures nocturnes, des visites, les déplacements à domicile, etc.) (RG M.3 PSS).

³⁵ RG se réfère à la révision depuis la perspective de genre des objectifs du PSS 2016-2020.

2.4. Accès des professionnelles aux ressources et avantages.	<ul style="list-style-type: none"> Élaboré le Plan de motivation dirigé aux femmes professionnelles sanitaires.
2.4.1. Aménagement des espaces pour réaliser leur travail, notamment l'aménagement, la dotation et l'entretien des salles de repos dans les dispensaires et les hôpitaux.	<ul style="list-style-type: none"> Les 5 hôpitaux régionaux et l'hôpital national et au moins 80% des dispensaires disposent de salles de repos pour les femmes professionnelles aménagées selon leurs besoins et avec un entretien adéquat.
2.4.2. Améliorer l'utilisation et le contrôle du transport pour les activités comprises dans les différents programmes et pour l'opérativité des activités et des espaces de coordination et de communication des professionnelles.	<ul style="list-style-type: none"> Le PNSR dispose de façon permanente de son propre transport. Élaboré de façon participative un plan d'utilisation des véhicules adapté aux besoins identifiés pour les professionnelles à tous les niveaux.
2.4.3. Progresser dans la gestion des centres, des médicaments et du matériel sanitaire.	<ul style="list-style-type: none"> Un système de supervision de gestion des ressources et des espaces dans les centres sanitaires élaboré et opératif.
2.5. Accès égalitaire à la formation.	<ul style="list-style-type: none"> Le Plan Annuel de Formation du MSP tient compte des besoins en formation exprimés par les femmes et contemple la formation au poste de travail (RG C.2 PSS).
3. CRÉATION DE CAPACITÉS ET SENSIBILITÉ AU GENRE	
3.1. Capacitation en genre et santé au MSP.	<ul style="list-style-type: none"> Au moins deux actions formatives en santé et genre pour tout le personnel médico-sanitaire et technique du MSP, comprises dans les Plans de Formation du personnel (C.15 PSS).
3.2. Reconnaissance du travail des professionnelles du MSP.	<ul style="list-style-type: none"> Au moins de 2 campagnes de reconnaissance et de sensibilité sur la coresponsabilité encouragées par le MSP.
4. GÉNÉRATION DE CONNAISSANCES EN SANTÉ EN GENRE	
4.1.1. Production de données ventilées par sexe et âge dans tous les indicateurs sanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> Les rapports hebdomadaires et mensuels du SIS ventilent tous les indicateurs par sexe.
4.1.2. Réalisation de diagnostics et d'études sanitaires depuis la perspective de genre qui comprennent la consultation de la population de façon différenciée.	<ul style="list-style-type: none"> Au moins 1 diagnostic sur les nécessités en santé des femmes.
4.2. Communiquer, diffuser et divulguer l'information sur le genre et santé.	<ul style="list-style-type: none"> Les données présentées à la Réunion de Concertation sont ventilées par sexe. Au moins une étude sur santé et genre est présentée aux Journées Scientifiques de Santé chaque année.

Le suivi sur les progrès des objectifs que propose le Plan de Genre et Santé du MSP sera réalisé semestriellement par la **Commission Mixte du Plan de Genre et Santé** qui est composé de la façon suivante :

- Le Secrétariat Général.
- La Direction de Prévention.
- La Direction du Personnel.
- La Direction de Coopération.
- Les professionnelles qui conformement le Comité Consultatif en Genre et Santé.

Au cours de la deuxième et dernière réunion tenue chaque année, on évaluera les objectifs atteints, la mise en œuvre des mesures proposées dans le Plan et on procédera à établir le planning des actions à prévoir pour l'année suivante.

BIBLIOGRAPHIE

- Amo, M. (2008). *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes de salud*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- AfricanUnion-AU (2015). *Agenda 2063. The Africa we want* [en línea]. Recuperado de: https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf
- AfricanUnion-AU (2016). *Africangenderscorecard* [en línea]. Recuperado de: https://au.int/sites/default/files/documents/31260-doc-2015_auc_african_gender_scorecard_en.pdf
- Canela-Solera, J. et al. (2010). Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora en *Medicina Clínica*, 134
- Federación Española de Municipios y provincias-FEMP (s.d.). *Guía para elaborar planes locales de igualdad entre hombres y mujeres*. [en línea]. Recuperado de: <http://femp.femp.es/files/566-182-archivo/Guia%20elaboracion%20Planes%20Locales%20Igualdad.pdf>
- ISI (2010). *Guía para la incorporación del enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación para el desarrollo*. Madrid: IUDC.
- Junta de Andalucía (2010). *Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2011*.
- López, I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social*. Madrid: Cruz Roja.
- López, I. y Sierra, B. (2001). *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos de cooperación*. Madrid: IUDC/UCM.
- Ministerio de Salud Pública Saharaui -MSP (2015). *Plan Estratégico de Salud 2016-2020*.
- OCDE (2009). *Gestión orientada a resultados en materia de igualdad de género en los países socios*. [en línea]. Recuperado de: <http://www.oecd.org/dac/gender-development/43430647.pdf>
- OMS (2009). *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana* [en línea]. Recuperado de: http://www.who.int/gender/women_health_report/es/
- OMS (2010). *Gender, women and primary health care renewal. A discussionpaper*[en línea]. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44430>
- ONU Mujeres (2015). *Gender Equality and Human Rights. DiscussionPaper* [en línea]. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/7/dps-gender-equality-and-human-rights>
- OPS (2007). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla*. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género [en línea]. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1503%3A2009-la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&catid=3344%3Agender&Itemid=40517&lang=es
- OPS (2010). *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos* [en línea]. Recuperado de: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-sp.pdf>
- Pajarín, M. y del Olmo, A. (2015). *El derecho a la salud de la población refugiada saharauí desde una mirada de género*. Documento interno de Médicos del Mundo.
- Rico, N. (2000). *El proceso de institucionalización del enfoque de género en el trabajo sustantivo de la CEPAL*. [en línea]. Recuperado de: <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/4318/ddr1e.pdf>

Rico, N. (2001). El proyecto Institucionalización del enfoque de género en la CEPAL y Ministerios Sectoriales. En N. Rico y L. Bravo (coop). Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6485/S01121081_es.pdf?sequence=1

Sojo, D.; Sierra, B. y López, I. (2002). *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Madrid: Médicos del Mundo.

Avec la collaboration de :

