

Saharar Herriarekiko Osasun Kooperazioari Buruzko III. Jardunaldiak
III Jornadas de Cooperación Sanitaria con el Pueblo Saharaui
IIIèmes Journées de Coopération Sanitaire avec le Peuple Sahraoui
الملتقى الثالث للتعاون الصحي مع الشعب الصحراوي

Conclusions



MIEUX VAUT
PRÉVENIR
QUE GUÉRIR

République Arabe Sahraouie Démocratique
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Association des Amis de la RASD
SEADen Lagunen Elkartea



Mairie
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteizko
Udala

**À la mémoire de
Juan Antonio García Caraballo**

Index

	Page
Introduction	1
Définition d'une nouvelle scène.....	7
Attention des premiers soins	35
Attention spécialisée	41
Infirmierie	49
Médicaments	51
Équipements et entretien	53
Gratifications et récompenses.....	54
<i>Apéndice 1: Rapport sur le service de réhabilitation</i>	<i>59</i>
<i>Apéndice 2: Liste des participants</i>	<i>63</i>

INTRODUCTION

Les IIIèmes journées de Coopération Sanitaire avec le Peuple Sahraoui ont été le point culminant d'un travail réalisé par un grand nombre de personnes. Nous avons participé au forum de discussions et d'autres ont apporté à nos connaissances toute leur expérience, leur dévouement, leurs efforts réalisés au sein des camps sans jamais ménager leur peine, faisant preuve en cela de davantage de mérite encore.

Après les Conférences Européennes de Séville et de Modène, un calendrier a été établi afin de marquer les grandes lignes de travail à réaliser relativement aux campements et aux divers efforts correspondant réalisés de partout pour une amélioration de la santé dans les refuges.

Ces IIIèmes journées sont la continuation des réunions antérieurement organisées en 1991 et 1996 et visant aux même objectifs.

Il est important de souligner qu'il n'y a pas dans le monde de la coopération, une expérience qui, comme celle-là au bout de tant d'années rénove et coordonne les efforts épars de l'aide humanitaire et de la coopération au développement en vue de l'efficacité dans l'utilisation des recours de tous types destinés à un lieu concret de la carte de la population nécessiteuse.

Il est également important de souligner qu'à ces IIIèmes journées ont participé des personnes déjà présentes lors des Ières et IIèmes journées. Cela étant la preuve que ceux qui assistèrent à ces journées forment aujourd'hui un groupe auquel se joint l'expérience, le professionnalisme et le militantisme auxquels il convient d'ajouter la persévérance et l'accomplissement des engagements antérieurs qui symbolisent la véritable valeur ajoutée de tout projet. De même le fait qu'une majeure partie des projets soient réalisés par un personnel bénévole établit un cadre de participation sociale représentatif du sentiment d'un peuple qui un jour fut une métropole.

MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

Les IIIèmes journées se sont déroulées sur trois jours, vendredi après-midi, samedi toute la journée et dimanche matin. Le travail à réaliser a été réparti en 6 groupes qui ont essayé de traiter du plus grand nombre possible des problèmes que rencontre l'organisation sanitaire sahraouie.

Le choix des thèmes traités par chacune des tables de travail a été opéré conjointement par le Ministère de la Santé de la RASD.

Pour chacun des groupes de travail avait été indiqué un programme de discussion contenant des points concrets à traiter qui, depuis l'organisation, furent proposés en tant qu'outils d'analyses et schémas de travail facilitant non seulement la discussion des points essentiels, mais aussi l'adéquation à un espace de temps limité, en plus d'être tout à fait exhaustifs quant à la révision de la réalité sanitaire sahraouie.

POUR UN BREF RAPPEL HISTORIQUE

Il est très important de souligner le courage exceptionnel de la lutte du peuple sahraoui capable d'attirer par son exil, l'attention de la communauté internationale et de mobiliser le monde politique tout en entretenant dans le même temps la flamme vive de l'unique conflit de décolonisation restant à résoudre en Afrique. Il est surtout important de souligner le fait que dans un refuge aussi inhospitalier comme peut l'être l'hamada, ce peuple ait pu survivre en maintenant une organisation, ait même créée une administration dont la conscience politique, la santé et l'éducation sont des piliers de la difficile survie de tous.

Si l'on procède à un bref rappel de l'évolution historique de la santé dans les camps de réfugiés sahraouis, force est de constater qu'à la fin des années 80 il n'y avait que très peu de médecins titulaires dans les camps. Le problème de la santé était entre les mains du personnel sanitaire de daïra, en relation directe avec les citoyens et chargé de la complète responsabilité de réaliser les premiers soins. La formation et sensibilité de ce personnel sanitaire l'avaient orienté vers une vision de la santé éminemment préventive, vers une activité essentiellement limitée et bénéficiant d'une faible supervision technique. Il coexistait avec le peu de médecins disponibles qui soit se trouvaient sur les champs de bataille loin des camps, soit travaillaient dans les Hôpitaux Nationaux ou avec la Brigade Cubaine qui depuis le début et aujourd'hui encore assure l'attention sanitaire dans les camps de réfugiés.

Ce personnel sanitaire ou ces infirmiers de daïra accumulaient toute l'activité sanitaire et travaillait conjointement avec les comités de santé. Ces comités bénéficiaient d'un véritable pouvoir en tant qu'interlocuteurs politiques privilégiés entièrement dédiés à leur mission sanitaire. Avec le temps leur activité exemplaire a fini par consacrer la figure de l'infirmier de daïra faisant de lui l'élément clé de la survie du peuple dans des conditions de vie aussi difficiles que celles du refuge. Celui lui a valu un prestige social important et le respect de la communauté qui admirait et estimait son travail.

Avec les années, plusieurs facteurs changèrent peu à peu ce statut modifiant les valeurs, les activités et les responsabilités au sein même de la structure de la santé sahraouie. Ces facteurs furent entre autres et nous n'en détaillerons que quelques-uns afin de ne pas trop élargir l'analyse, les suivants:

- Le devenir politique du processus
- L'arrivée d'un grand nombre de professionnels de la santé, médecins et infirmiers/ères formés /ées en dehors des camps.
- L'affluence massive de coopérants sanitaires qui arrivèrent de manière progressive puis plus importante au fur et à mesure que l'on entra dans les années 90.

Ces facteurs créèrent une scène sur laquelle pratiquement personne ne connaissait son rôle. La société, en fonction du désespoir provoqué par l'absence de solution politique évalua la situation et opta pour une solution individuelle, les professionnels de la santé se retrouvaient dans une structure qui n'était pas préparée pour les recevoir, la coopération débarqua dans un endroit où il était difficile de travailler aussi bien du point de vue d'une simple perspective professionnelle que depuis une optique moins solidaire telle que celle de vivre une expérience personnelle éphémère.

Les circonstances antérieurement mentionnées engendrèrent une certaine jalousie occasionnée par la possible perte de prestige social justement acquis par des années de travail, par les infirmiers de daïra suite à l'arrivée de médecins qui étaient restés plusieurs années éloignés des camps. De la même manière, les médecins pour leur part n'arrivaient pas à trouver leur place ; loin de la population, travaillant dans les hôpitaux de Wilaya dans lesquels n'arrivaient pratiquement plus de patients et où les infirmiers de daïra n'envoyaient presque plus personne. Enfin, l'arrivée de la coopération et de ses programmes chirurgicaux eut un impact négatif au niveau du prestige dont pouvaient jouir le personnel sanitaire et les médecins vis à vis de la population qui petit à petit commença à les percevoir comme de catégorie et de capacité moindre.

Au milieu de cette cohue et sans qu'aucune solution ne soit proposée ni aucune réforme sanitaire visant à organiser les professionnels sahraouis qui venaient d'arriver et continuaient de le faire ne soit enfin proclamée, les successives autorités sanitaires des camps optèrent pour une attention du troisième degré promouvant l'arrivée de davantage encore de commissions chirurgicales, la construction d'hôpitaux pour ces dernières et la facilitation du travail des expatriés.

Ce saut qualitatif vers une médecine plus technique engendra un abandon et une décapitalisation des structures de base de la santé ainsi qu'une démotivation du personnel sanitaire en place, la détérioration de la Santé Publique, jusque là responsable de la survie du peuple durant toutes ces longues années d'exil.

Depuis les 11èmes journées et depuis le début, à la demande du Ministère de la Santé, des programmes de « Soutien de la structure sanitaire des premiers soins » en 1996, le Ministère est conscient de la nécessité de redistribuer les efforts de la coopération afin d'assurer la consistance de l'unité des Premiers Soins, et de garantir la Prévention au sein de cette dernière.

Plusieurs facteurs ont rendu difficile la mise en marche de ces projets:

- L'inexpérience des coopérants dans la gestion d'une situation de ce type. Des programmes de travail visant à soutenir le personnel sanitaire sahraoui. Certains concentrèrent leurs efforts sur le remplacement du personnel sanitaire sahraoui, "améliorant" l'assistance durant leurs séjours ainsi que le financement du projet. Pendant ce temps le personnel sanitaire local se démotivait, aucun modèle n'était créé et les coopérants laissaient finalement un vide plus grand encore que celui qu'ils avaient trouvé en arrivant. D'autres apprirent des résultats obtenus lors de leurs diverses rencontres. La majorité orienta son travail sur ce que recommandait la Coordination: Gestion, tutorat et cours de formation concernant les disciplines et pathologies les plus importantes, en même temps que les structures sanitaires des « Wilayas » se voyaient peu à peu renforcées et dotées de davantage de matériel.
- La recrudescence du désespoir provoqué par l'incertitude du devenir politique du processus durant la période du « Ni guerre ni Paix » et durant laquelle se produisit ce changement social a donné lieu aux difficultés logiques d'un processus si long mais surtout tellement désespérant.

Les commissions chirurgicales continuèrent d'arriver. Elles étaient certes nécessaires, mais avaient besoin d'une coordination plus rigide que celle qui pouvait être proposée. Il était cependant difficile de refuser depuis le Ministère de la Santé, les efforts des volontaires, des associations et des ONG. Il est important de renforcer le rôle de la Coordination afin que ces conclusions puissent être appliquées et développées.

Lors de ces dernières années et du fait d'un développement économique naissant, le travail réalisé dans les secteurs les plus sensibles tels que la santé et l'éducation a été rendu plus compliqué par l'absence de perception des émoluments correspondants au travail réalisé par les divers acteurs sanitaires et enseignants. Cela suppose une aggravation de la situation par rapport par exemple à ceux qui pouvaient consacrer leur temps à l'obtention de bénéfices au moyen de magasins de vente de produits, de petites affaires, d'ateliers, de commerces, etc.

De petites gratifications, qui constituèrent un véritable baume atténuant un peu ces différences, commencèrent à être versées. Il a été reconnu dans tous les forums organisés au cours des dernières années que ce facteur de motivation est nécessaire et doit être encouragé, maintenu voir augmenté. Nous statuerons de cela dans les conclusions.

Ces conclusions veulent définir un futur meilleur et ont la prétention de vouloir obtenir une SANTÉ CROISSANTE. C'est le travail de tous qui représente un réel engagement de la part de tous ceux qui travaillent et travailleront dans le futur, dans les camps. Elles sont importantes dans la mesure où elles dessinent un cadre de travail décidé de manière démocratique et participative qui fait qu'elles doivent être respectées en tant que telles. Évidemment ces décisions peuvent être modifiées par le Ministère de la Santé libre, de part l'importance politique qu'il représente, de procédé à n'importe quel type de changement.

LES OBJECTIFS DES IIIèmes JOURNÉES

Objectif Principal

Améliorer la qualité de l'attention sanitaire dans les camps de réfugiés sahraouis et en dernier lieu l'amélioration de l'état de santé général de la population aussi bien dans le cas des réfugiés que dans celui d'un hypothétique retour de d'exil de ces derniers.

Objectif Spécifique

L'objectif spécifique est de renforcer la gestion autonome du secteur sanitaire du peuple sahraoui depuis une perspective communautaire, ainsi que les mécanismes de gestion et de coordination existants entre les différents agents impliqués dans la Coopération Sanitaire, sur une nouvelle scène de développement du refuge, permettant la satisfaction des besoins liés à la santé dans les camps mais aussi l'ouverture d'une étape de transition vers une situation d'indépendance politique. Ces IIIèmes journées de Coopération Sanitaire avec le Peuple Sahraoui ont été organisées dans ce but.

Nous avons pris le thème de base de la gestion autonome comme toile de fond de manière à ce soit les sahraouis qui puissent définir leur politique sanitaire et organiser la gestion des recours existants. Étant donné que l'expérience nous a appris que la participation des citoyens est un élément clé à tous les niveaux de la politique sanitaire, nous prétendons développer une perspective communautaire et renforcer la structure de la Santé Populaire. L'amplitude et la diversité des problèmes existants, ainsi que les nombreux changements du contexte, indiquent la nécessité d'une Réforme Sanitaire capable de répondre au besoin de « Rapprocher la santé du citoyen » et de permettre l'égalité d'accès à la santé, la rationalisation des actions ainsi que la démocratisation du système existant.

Un accent tout particulier a été mis sur la gestion de la Coopération Sanitaire. Il est en effet tout à fait nécessaire de coordonner et d'établir de nouveaux critères d'action susceptibles d'augmenter l'efficacité de la Coopération Sanitaire. C'est pourquoi une meilleure information concernant les priorités du Ministère de la Santé Publique sahraoui sera fournie à la coopération internationale afin de coordonner les actions issues des lignes de travail proposées par le MSP.

Et tout cela devra se dérouler sur une nouvelle scène qu'il convient de définir et qui pourrait faciliter en plus du développement au sein des refuges, le passage à une nouvelle condition de vie du peuple Sahraoui. Ce peuple doit être préparé non seulement à gérer sa situation actuelle mais aussi un possible rapatriement et ce quel que soit le cadre politique qui sera adopté dans le futur.

Étant donné l'amplitude et l'ambition des objectifs à atteindre, ces IIIèmes journées se sont organisées autour de six tables de travail. Chacune de ces tables devant traiter d'un objectif sectoriel visant à contribuer à consécution de l'objectif signalé.

Nous avons tenté d'établir, quant au futur les lignes directrices suivantes:

- Évaluer les actions accomplies lors des dernières années dans le secteur de la santé et examiner les possibilités futures dans l'optique d'une **nouvelle scène de développement du refuge**.
- Établir les grandes lignes de soutien aux autorités sahraouies dans la formation d'une équipe chargée de préparer la **transition** vers un système national de santé.
- Fortifier le **leadership local** au niveau de la coordination des diverses commissions et ONG et adapter les interventions prévues au rythme, aux décisions et au renforcement de la capacité sahraouie.
- Adopter un discours et des **critères communs**, susceptibles d'être diffusés auprès des différentes associations et ONG et visant à soutenir la population des réfugiés sahraouis.
- Créer dans le cadre de ces Journées, un espace de rencontre, de **réflexion collective** et de planification à long terme entre les différents agents impliqués dans la coopération sanitaire.

REMARQUE

Ces conclusions sont essentielles à la coopération. Le Ministère a le pouvoir de modifier n'importe lequel de ces points en toute indépendance et pour tout motif considéré opportun. Les modifications apportées seront notifiées et introduites en tant que changement par rapport au document original figurant sur le réseau internet.

Table 1

Définition d'une nouvelle scène

Définir ce que devra assumer le système public sahraoui en matière de Santé Publique et tracer les lignes stratégiques de la future création d'un Plan de Santé

- 1. Vers un Système National de Santé**
 - 1.1. Valeurs**
 - Public
 - Universel
 - Accessible
 - Equitable
 - Rationnel
 - Démocratique
 - Durable
- 2. Plan de Santé**
 - 2.1. Priorités**
 - 2.2. Outils**
 - 2.3. Méthodologie**
 - 2.4. Objectifs**
 - Généraux
 - Spécifiques
 - 2.5. Sources de vérification**
 - 2.6. Structures nécessaires**
- 3. Action de la Coopération**
 - 3.1. Aspects négatifs**
 - 3.2. Aspects positifs**
- 4. Renforcement de la structure sanitaire autochtone**
- 5. Durabilité des Programmes de Santé**

La table de travail n° 1 des ces IIIèmes Journées de Coopération Sanitaire avec le Peuple Sahraoui, présentait un évident profil politique clairement orienté vers la planification sanitaire. Cela rendait absolument nécessaire le fait que les participants, en plus de posséder une bonne connaissance de la réalité sanitaire sahraouie, soient capables de réaliser un effort de théorisation relativement à diverses hypothèses de futur susceptibles d'émerger au cours de l'évolution du processus. La manière de se représenter ce futur possible s'est basée sur la conjoncture actuellement la plus prévisible :

“Depuis la permanence dans le refuge jusqu'à l'accès aux responsabilités sanitaires de la totalité du territoire conformément au Plan Baker II. Cette Autonomie assumant l'administration du Sahara Occidental sous gouvernement sahraoui mais dépendant dans un premier temps de l'autorité du Royaume du Maroc puis ensuite et enfin répondant à l'objectif de la totale Indépendance devant intervenir à la fin du processus”.

Bien que le titre de ce premier paragraphe, “Vers un Système National de Santé » puisse paraître utopique, la réalité attendue est bien celle d’un peuple indépendant capable dans le futur de remplir toutes les conditions nécessaires à la définition d’un Système National de Santé.

En tant que bases de la santé, le plus important pour le maintien et la progression dans le temps d’un système sanitaire, sont la **Formation** et la **Prévention**.

VERS UN SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ

Beaucoup de pays développés ne bénéficient pas de cette réussite sociale pour des raisons politiques/idéologiques, économiques, sociales, stratégiques et y compris conceptuelles. Sans aller plus loin, seul le Royaume Uni, les pays nordiques, l’Italie et l’Espagne remplissent les conditions nécessaires permettant de considérer leur couverture sanitaire comme un Système National de Santé.

Suivant les définitions de Webster, la définition d’un Système National de Santé se rapproche de plusieurs concepts similaires à :

1. Une unité complexe formée par un grand nombre de faits, souvent divers, assujettis à un plan commun ou poursuivant un objectif commun.
2. L’agrégation ou assemblage d’objets unis par une interaction régulière ou par une interdépendance.
3. Un ensemble d’unités combinées par la nature ou l’action afin de former un tout organique intégré ou organisé.
4. Un tout fonctionnant de manière ordonnée.

N’importe laquelle de ces déterminations semble en accord avec ce que nous pensons caractériser un Système National de Santé (SNS). Si l’on essaie cependant de définir d’une manière plus explicite ce qu’est un SNS, nous pouvons assumer à l’intérieur même de la structure du refuge et sans souffrir de contradictions par rapport à l’histoire et à l’évolution du processus évolutif sahraoui, une définition classique telle que :

“L’ensemble des éléments propres aux services d’attention relatifs à la santé et aux autres secteurs liés à cette dernière par des relations d’interaction dynamique dans une communauté définie, activement intégrée et dont on attend une SANTÉ CROISSANTE”.

Cette définition inclut une grande partie de l’histoire vécue par le peuple sahraoui depuis son exode

- La perspective communautaire dans le concept et la définition de la santé
- La participation active d’intervenants appartenant à d’autres secteurs
- La coordination de tous dans une synergie ayant un seul et unique objectif
- La dépendance fonctionnelle et politique pour une évidente fin sociale
- L’efficacité dans l’utilisation des recours
- L’application des connaissances au début intuitives puis clairement formelles dans la politique sanitaire du refuge
- La détermination idéologiquement claire des priorités au niveau de la santé

Valeurs

Si l'on souhaite déterminer plus clairement et avant de fixer un schéma des besoins structuraux, les détails de la couverture, les budgets, etc. ce que devrait être le SNS sahraoui, le plus simple est de dresser la liste des valeurs devant caractériser ce système de manière à ce que ces dernières n'entrent en contradiction ni avec l'histoire de la politique du refuge ni avec les conditions déterminant ce que doit être l'ensemble des actions de santé considérées comme constitutives d'un SNS. Ces valeurs devant en effet marquer les conditions caractérisant et déterminant ce qu'est un SNS:

- Public
- Universel
- Accessible
- Equitable
- Rationnel
- Démocratique
- Durable

C'est pourquoi,

- Il doit être financé par des budgets issus de l'état ou de l'autonomie dans le cas du Plan Baker II.
- Il doit couvrir les besoins de toute la population sans que soit nécessaire une cotisation spécifique pour la santé
- Il doit être proche du citoyen
- Il doit être organisé conformément à une carte sanitaire de manière à ce que tous les citoyens puissent y avoir accès de manière égale et répondre à une assignation des recours ou moyens en fonction des régions, zones, besoins perçus ou carences des services
- Il doit compter sur une politique de prévision des coûts qui soit réellement applicable
- Il doit présenter une claire tendance à la décentralisation administrative ainsi que des canaux de participation citoyenne individuelle et communautaire
- Il doit garantir sa propre survie sans avoir à réduire les prestations ni la couverture offerte à cause d'une mauvaise planification ou d'un manque de prévisions budgétaires

PLAN DE SANTÉ

C'est l'outil le plus puissant dans la gestion de la santé d'un pays

Pour l'élaboration de lignes de planifications claires relativement au secteur de la Santé et afin d'atteindre cet objectif de SANTÉ CROISSANTE, la connaissance de la réalité sanitaire est absolument nécessaire ; mais le Ministère de la Santé de la RASD ne dispose actuellement pas de cette dernière.

L'absence de certaines données essentielles et surtout fiables rend impossible le moindre diagnostic de santé absolument indispensable à la planification théorique du futur de la santé de la communauté sahraouie. Il est donc absolument nécessaire

d'établir une nouvelle organisation concernant aussi bien l'organigramme du personnel que l'activité à réaliser dans chacune des structures.

Toutes ces propositions et recommandations tendent à fortifier la société sahraouie ainsi que sa capacité de résistance dans un contexte de transition vers de nouvelles scènes.

Cela suppose de passer de la coordination des projets à l'introduction d'éléments de création et de planification englobant les divers apprentissages et expériences issues de toutes ces années de travail tout en introduisant une plus grande dose de stratégie pour un renforcement institutionnel.

Pour cela il est besoin, comme le recommande Carlos M. Beristain dans son rapport "Ni guerre, ni Paix":

- a) d'un meilleur travail d'analyse épidémiologique et de planification;
- b) de doter le système sanitaire d'une méthodologie et de critères communs (médicaments, protocoles, etc.);
- c) d'un diagnostic organisationnel mettant l'accent sur les politiques de motivation et de respect des ressources humaines.

Beristain affirme que "Jusqu'à ce jour les seuls registres disponibles sont rares et fragmentés, certaines données sont relevées mais non de manière systématique qui permettrait d'analyser le profil épidémiologique et de définir les priorités de santé. À peine existe-t-il des dossiers médicaux et ces derniers se trouvent la plupart du temps dans les *jaimas* (patients qui ont en leur possession leur propre dossier médical ou clinique). Des données sont cependant relevées (émanant essentiellement: des actes de décès, les mesures standards de l'OMS relatives à la comparaison des taux de naissance et de mortalité, ne sont néanmoins pas respectées, etc.), essentiellement en ce qui concerne la natalité ou la mortalité (données recopiées sur les registres *daïra* et hôpital relativement à certains problèmes; en rapport avec la disponibilité des commissions qui s'occupent de ces problèmes; organisés par spécialité et non par pathologie, etc.). Les données relevées jusqu'à aujourd'hui peuvent servir à marquer éventuellement des tendances mais ne constituent aucunement une base suffisante pour l'établissement d'une planification viable. Il existe quelques instruments permettant l'enregistrement de certaines données mais il manque des feuilles de registre, etc. La majorité des registres sont manuscrits et ne présentent aucun élément de comparaison, c'est pourquoi ils sont essentiellement utilisés pour étudier les tendances d'année en année mais ne permettent pas d'autres utilisations. Il faudrait constituer un petit groupe de travail chargé de s'occuper avec le ministère, de l'épidémiologie ainsi que des techniques de santé pendant un temps (1-2 mois), d'accompagner, de visiter, de fournir les documents ainsi que les divers systèmes de soutien, etc. Pendant ce temps un système de registre localement supervisé par les Autorités sahraouies, pourrait être mis au point."

À partir des éléments précédemment mentionnés, la table de travail propose un système ne nécessitant pas forcément les données de type registre qui nous manquent pour le moment. Il s'agit de rechercher une méthode permettant de créer un outil de planification du futur. Pour ce faire, certaines priorités ont été établies afin

de dresser la liste des éléments d'amélioration qui pourront être choisis en fonction des aspects les plus urgents et des possibilités budgétaires.

Il est également nécessaire de prendre en compte les différences et particularités de chacun des camps lors de l'élaboration de ce qui pourrait être une Carte Sanitaire des campements en dotant chacun d'entre eux des éléments qui leur sont nécessaires en fonction des divers critères géographiques, de la proximité de l'eau, de Rabuni, des difficultés de transport, de la dispersion des daïras, du patrimoine sanitaire et des structures, etc.

Priorités

Le groupe de travail ne bénéficiant pas des éléments d'information suffisants permettant d'établir un diagnostic clair de la santé dans cette région, il a suivi le programme de discussion fixé comme outil d'analyse pour l'élaboration de ces conclusions. Ce programme place parmi les premiers objectifs à discuter, la recherche des priorités, d'outils et de méthodologie permettant d'arriver à des éléments utiles susceptibles de dessiner des objectifs évaluables.

Cette recherche a débuté sur la base de la maxime suivante: les priorités considérées doivent aller de la communauté à l'individu et promouvoir le meilleur bénéfice au moindre coût tout en répondant aux valeurs de ce système, précédemment définies comme déterminantes.

Cette méthode d'analyse a fait apparaître une série de points améliorables à tous les niveaux au sujet de la santé et a recherché un critère qualitatif au sein des priorités pouvant se traduire ultérieurement en objectifs, tant qualitatifs et quantitatifs que chronologiques.

Ces priorités sont en rapport avec:

- L'environnement
- La culture et le style de vie
- Les structures sociales (Espace Social)
- L'alimentation
- Les relations sociales et familiales. Économie et vie familiale
- La Carte Sanitaire. Structures Sanitaires (Espace socio-sanitaire)
- Les politiciens
- Le genre (sexe)
- Les techniciens
- La coopération

Outils

Déterminer ce qui est nécessaire au choix de chacune des priorités ayant pour objectif:

- Le personnel
Sahraoui
Expatrié et soumis au programmes de coopération
Enrôlé à l'étranger

- Les programmes en rapport avec les priorités
- L'information
 - Les registres
 - Les divers conseils et gestions
 - Les audites
- Les ressources matérielles
 - Provenant de l'aide extérieure de coopération ou bilatérale
 - Provenant de la politique fiscale issue du développement économique
- Financement
 - Étude de la viabilité de chaque action

Méthodologie

D'où venons-nous et où allons-nous? Évaluation du système actuel à l'aide des outils d'analyse par priorités afin de promouvoir une nouvelle situation plus avantageuse.

- Choix des éléments à améliorer
- Quantifier le degré d'amélioration ou de changement
- Établir un chronogramme pour chacun des objectifs sélectionnés.
- Déterminer les besoins suscités par le choix desdits objectifs.
- Étude budgétaire de la mise en marche de chacune des actions choisies.
- Estimation économique et technique, évaluation de la capacité actuelle pour la consécution de chacun des objectifs et délai dans lesquels ils doivent être atteints.

Objectifs

- Général.

SANTÉ CROISSANTE

- Spécifiques.

En nous basant sur ce que nous avons considéré comme des actions prioritaires, nous pourrions déterminer des objectifs spécifiques. Cette liste de possibles objectifs non seulement n'est pas exhaustive mais ne prétend être qu'une forme d'expression des besoins pouvant être ressentis de manière intuitive et susceptibles de varier en fonction du point de vue, de l'implication dans la structure sanitaire sahraouie ou des connaissances de type registres dont on dispose. Le choix des uns ou des autres objectifs doit être opéré de manière logique et à partir de la parfaite connaissance de la réalité sanitaire sahraouie en épurant les priorités de manière conjointe, notamment en ce qui concerne les objectifs impliquant des autorités n'appartenant pas au Ministère de la Santé. Doter ces objectifs d'une valeur chronologique, d'un objectif numérique concret dans le cas où ils seraient numériquement ou de toute autre manière évaluable, leur attribuer une valeur en terme de besoins en ressources humaines tout en établissant un engagement envers la société.

Il est absolument nécessaire que ces objectifs soient évaluables et issus de sources claires et connues permettant leur vérification.

1. L'environnement (Cet aspect de la santé est développé à la table n° 2)

L'eau:

- ✓ Faible quantité d'eau par habitant, ce qui dans les wilayas possédant des nappes d'eau souterraine, stimule l'utilisation des puits familiaux
- ✓ Faible formation quant au besoin vital d'une eau salubre
- ✓ Difficultés des familles à s'habituer au goût de l'eau traitée

Objectifs à déterminer:

- Obtenir un approvisionnement en eau suffisant pour chacun des habitants tout en garantissant sa qualité.
- Litres par habitant.
- Litres par élève d'institutions scolaires couvertes.
- Litres par lit d'hôpital.
- Éloignement maximum des jaimas par rapport au point de distribution d'eau le plus proche.
- Formation et sensibilisation à la nécessité de consommer de l'eau traitée

Les résidus:

- ✓ Le manque de véhicules rend actuellement difficile l'élimination des déchets (poubelles) et des animaux morts à un rythme nécessaire.
- ✓ L'utilisation du matériel sanitaire génère des résidus chimiques et fongibles difficiles à éliminer

Objectifs à déterminer:

- Éviter la contamination des aquifères par filtration dans les campements possédant des nappes d'eau souterraine et retirer les résidus de toutes origines.
- Déterminer le nombre de véhicules nécessaires aux tâches de prévention dans ce secteur.
- Adaptation des latrines.
- Retirer les résidus solides.
- Élimination des résidus sanitaires qu'ils soient biologiques ou chimiques.

Les animaux:

- ✓ Il existe dans les wilayas des cabanes d'animaux qui ne sont pas soumises au contrôle rigoureux prévu par les autorités directives de la santé dont elles dépendent ou qui ne répondent pas aux normes de stabulation dictées.
- ✓ Il existe des meutes de chiens sauvages qui déambulent entre les campements et représentent un risque physique pour ceux qui les rencontrent ainsi que pour les animaux productifs. Ces chiens transmettent des maladies.

Objectifs à déterminer:

- Garantir la santé des animaux domestiques ainsi que la salubrité des aliments dérivés de leur exploitation. Prévenir les risques occasionnés par leur manutention et stabulation.
- Recensement des animaux.
- Contrôle vétérinaire de ces derniers.
- Permis de consommation des animaux sacrifiés.
- Interdiction de la circulation des animaux non-attachés.
- Chiens interdits dans les campements
- Éloignement des étables.
- Élimination des meutes de chiens errants (sauvages)

2. Culture et style de vie

Médecine traditionnelle:

- ✓ Il existe une médecine traditionnelle pourvue de clientèle et de systèmes de traitement acceptés par la population

Objectifs à déterminer:

- Établir des ponts de communication avec la médecine traditionnelle qui ne soit ni rituelle ni agressive (Sage-femmes et pharmacopée à effet prouvé)
- Intégration des sage-femmes traditionnelles aux équipes de Premiers Soins des wilayas.
- Etiquetage et distribution de certains médicaments traditionnels.

Nomadisme:

- ✓ La culture nomade des sahraouis fait d'eux d'excellents connaisseurs du désert qui ont perpétré leur tradition de vie en tant que bergers de chameaux.
- ✓ Il existe des troupeaux de chameaux appartenant à des familles, susceptibles de transporter les sahraouis des campements qu'il est, en fonction des diverses époques de l'années ou des pluies, parfois impossible de transporter du fait de distances importantes ne pouvant être couvertes par des véhicules.

Objectifs à déterminer:

- Promouvoir le Nomadisme en tant que mode de vie sain en récupérant les programmes de Prévention.
- Transporter les personnes âgées, les femmes et les malades jusqu'aux lieux de nomadisme.
- Garantir les mesures de prévention de la population infantile vivant dans les zones de nomadisme.
- Vaccination des enfants vivant en territoire nomade.
- Suivi vétérinaire des troupeaux d'animaux (chameaux et chèvres)

Animaux sédentaires: Se reporter au paragraphe concernant l'Environnement.

La natalité:

- ✓ La politique nataliste est la conséquence de la tradition culturelle mais aussi et surtout des dures conditions de l'exil et de la guerre
- ✓ La conséquence de tout cela est que les femmes ont mis au monde plusieurs enfants formant ainsi des familles nombreuses élevées dans un climat de carence alimentaire.
- ✓ Il existe un choc culturel entre la culture traditionnelle et le besoin de procréer né des dures conditions de vie, que rejettent les nouvelles générations, éduquées en dehors des campements au sein de sociétés moins touchées et bénéficiant de systèmes de vie et de santé plus favorables au développement.

Objectifs à déterminer:

- Fomenter la bonne santé des mères et des enfants en diminuant la mortalité infantile en tant que facteur déterminant de la baisse végétative des grossesses à répétitions.
- Évaluation des registres de mortalité infantile et de mortalité maternelle.
- Formation concernant tous les aspects de la santé de la population infantile
- Programmes de contrôle de la grossesse

Sédentarité:

- ✓ La sédentarité, conséquence de la vie en refuge ou du processus économique engendre un changement culturel dont l'impact doit être mitigé par des habitudes de vie saines afin d'éviter les risques d'apparition de nouvelles maladies.

Objectifs à déterminer:

- Formation dans les écoles et campagne de sensibilisation des adultes par le biais de programmes spécifiques relatifs au changement d'habitudes sociales et des risques qu'il présente.

3. Structures sociales (Espace Social)

Communication:

- ✓ Il existe un réel manque de communication entre les personnes et familles au sein des wilayas et des différents campements.

Objectifs à déterminer:

- Véhicules de transport de voyageurs dans les wilayas permettant la planification des visites à la famille et aux amis, le transport des personnes handicapées ou physiquement diminuées, l'assistance aux consultations médicales et visites des patients hospitalisés.
- Lignes téléphoniques permettant la communication dans les campements et vers l'extérieur
- Améliorer la communication à tous les niveaux.

Logement:

- ✓ Les habitations ne présentent généralement pas les conditions d'isolation thermique permettant de se protéger des températures extrêmes.
- ✓ Les latrines ne sont pas correctement installées ce qui dans certains cas peut conduire à la contamination des aquifères par infiltrations à Dajla et à Aaiun, mauvaise élimination des déchets, présence excessive de mouches et autres insectes, risques sanitaires pour la communauté
- ✓ Persistance de l'éclairage au gaz par manque d'énergie solaire dans beaucoup de maisons

Objectifs à déterminer:

- Créer une maison type présentant de meilleures conditions d'isolation.
- Garantir la salubrité des habitations et latrines à l'aide d'un système d'inspection évitant les risques sanitaires.
- Éliminer l'éclairage au gaz afin de prévenir les risques d'incendies et d'intoxications au monoxyde de carbone.
- Améliorer les logements et leur habitabilité afin d'éviter les problèmes de températures extrêmes et de permettre la réduction des risques.

Énergie:

- ✓ Dépense, risques et incommodité dus à l'utilisation du gaz dans la majorité des jaimas

Objectif à déterminer:

- Tendre vers l'utilisation d'énergies renouvelables.

- Pourcentage des jaimas disposant d'énergie solaire.
- Cours de formation sur les énergies renouvelables dans les Écoles de Formation Professionnelle et dans les écoles dépendant de l'UNMS.
- Sensibilisation aux énergies renouvelables.

Équipement:

- ✓ Il est nécessaire de prévenir les risques d'accidents domestiques dus à un mauvais maniement des éléments utilisés pour produire de l'énergie électrique ou au gaz dans les maisons.

Objectifs à déterminer:

- Éliminer les risques d'accidents en utilisant des équipements adaptés à chaque fonction et prévenir les accidents domestiques.
- Inspections des installations électriques et des équipements dangereux.

4. Carte Sanitaire

Particularité de chaque Campement

Les 4 wilayas présentent des particularités qui les rendent différents les uns des autres: Aaiun et Dajla bénéficient de nappes d'eau souterraines rendues accessibles grâce aux puits familiaux d'eau potable qui sont utilisés lorsque l'approvisionnement en eau est insuffisant ou trop éloigné. Son utilisation est source de problèmes de santé publique pouvant être extrêmement graves. Smara est situé à proximité d'une route facilitant le transport vers Rabuni. Aaiun est plus près de Tinduf que de Rabuni. Dajla est très isolé et bien qu'une route de 160 km le rapprochant quelque peu de Rabuni soit actuellement en chantier, c'est encore un lieu où il est dangereux de tomber malade et qui devrait bénéficier d'une autonomie sanitaire dont il ne dispose pas, c'est également un endroit qui ne peut profiter des programmes chirurgicaux du fait de son isolement.

Les hôpitaux de wilaya se trouvent dans différents états de conservation, fonctionnalité et dotation qui, en fonction de la dépendance marquée par les spécificités propres de chaque wilaya, devront être déterminés.

Le cas particulier de Dajla

- ✓ La wilaya de Dajla est la plus éloignée de tous les campements. Elle se trouve à 160 Km au sud de Rabuni.
- ✓ La piste principale commence à Rabuni et est asphaltée sur les premiers kilomètres. Les Algériens asphaltent actuellement une partie de la piste jusqu'à la base militaire qui se trouve sur la route à quelques 30 km du campement. Lorsque cette route sera terminée la communication sera meilleure mais ce campement aura besoin malgré tout de davantage de moyens sanitaires que les autres campements.
- ✓ C'est la wilaya qui a le moins profité de la coopération sanitaire et notamment des programmes chirurgicaux. Bien que quelques consultations spécialisées y aient été réalisées, peu de patients ont été opérés du fait de la difficulté à trouver un moyen de transport adéquat permettant de les transporter jusqu'à l'Unité Chirurgicale de l'Hôpital de Rabuni.
- ✓ L'hôpital de la wilaya est d'un accès difficile, il se trouve sur les hauteurs et est très éloigné de la majorité des daïras.

- ✓ L'eau souterraine se trouvant sous la wilaya est très superficielle et accessible mais présente de graves problèmes d'insalubrité. Il existe des puits familiaux mais ces derniers ne font l'objet d'aucun contrôle sanitaire.

Objectifs à déterminer:

- Assurer une communication terrestre avec un meilleur support que les autres campements.
- Traiter les patients de manière égale au niveau des programmes chirurgicaux
- Faciliter l'accès des patients et des familles à l'hôpital de wilaya
- Assurer l'approvisionnement en eau de la population afin de pouvoir exiger la fermeture des puits familiaux.
- Garantir l'énergie de manière continue afin d'assurer le fonctionnement des structures sanitaires et le maintien de la chaîne du froid pour la conservation des vaccins, des médicaments, etc.
- Dotation suffisante pour les Programmes de Prévention.
- Laboratoire bien équipé pour toute la wilaya indépendamment du Laboratoire Central
- Unité de diagnostic par imagerie pour les examens complémentaires sollicités par les médecins de la wilaya
- L'hôpital doit être doté d'une salle d'opérations pour la chirurgie d'urgence et programmée par les médecins intégrant les commissions chirurgicales.
- L'hôpital de la wilaya doit être, à tous les niveaux mieux équipé que le reste des structures de niveau similaire ; il doit pouvoir permettre l'hospitalisation chirurgicale, pédiatrique, de médecine interne, d'obstétrique et bénéficier d'un service pour les brûlés ainsi que d'un service d'isolement. Service d'urgences bien équipé permettant l'hospitalisation en observation et de courts séjours.

Structures Sanitaires:

- ✓ Définition du niveau sanitaire des différentes structures. Une partie de ce point sera discuté en Table n° 2 où seront concrétisés les activités et les compétences ainsi que la nomenclature de ce qu'ont été jusqu'à ce jour les dispensaires de daïra et les hôpitaux de wilaya.
- ✓ Le fait que les dispensaires soient amenés à être appelés Unités Basiques de Santé n'est pas seulement une question de forme. La reconversion des activités, la couverture sanitaire ainsi que les professionnels qui vont mener à bien ces actions supposent un changement substantiel par rapport à ce qu'ils étaient jusque là.
- ✓ La substantialisation de cette différence n'est pas seulement une question d'organigramme ni de détermination des tâches. Il s'agit de la rendre possible du point de vue logistique dès que sera possible le déplacement des personnes vers leur lieu de travail, dès que les médicaments seront en nombre nécessaire pour être distribués sur le lieu de consultation et que l'équipement et le budget permettront réellement d'accomplir les tâches nécessaires.

Objectifs à déterminer:

- Couverture des personnes conformément à la planification
- Certitude des moyens de transport afin que le personnel sanitaire puisse se rendre sur son lieu de travail et puisse retourner dans sa jaima à la fin de la journée
- Approvisionnement régulier en médicaments en fonction des pathologies à traiter par l'UBS

- Définir les conditions architectoniques et d'équipement sur lesquelles pourront compter chaque niveau sanitaire à la fin de la réforme

Véhicules.

- ✓ Les conditions nécessaires à l'établissement d'un nouvel organigramme et permettant le transport vers le lieu de travail ne sont pas réunies.
- ✓ Les besoins en transport des malades en état grave ne sont pas couverts
- ✓ Il n'y a pas de transport public permettant l'acheminement des patients vers les lieux de consultations
- ✓ Il n'y a pas de transport public permettant aux familles de rendre visite aux patients hospitalisés

Objectifs à déterminer:

- Voir le point antérieur relatif au personnel sanitaire
- Évaluer les besoins en ambulances de chaque wilaya
- Habilitier des lignes de transport public permettant aux patients de se rendre jusqu'au lieux de consultations
- Créer des lignes de transport public au sein même des wilayas

Situation du Laboratoire centralisé.

- ✓ Il existe actuellement des laboratoires d'analyses cliniques dans chaque hôpital de wilaya et dans chaque hôpital National
- ✓ Cela génère des différences au niveau de l'attention apportée en fonction de la manière dont ces derniers sont équipés, en fonction de la distance à laquelle ils se trouvent par rapport au lieu d'approvisionnement en matériel et réactifs ainsi que de l'organisation responsable du programme de soutien à la structure sanitaire du campement en question.

Objectifs à déterminer:

- La création d'un Laboratoire Central dans lequel seraient concentrées les ressources en équipement et personnel, permettant une meilleure couverture et de meilleurs résultats ainsi qu'un approvisionnement plus facile et plus contrôlé.
- Réduire les coûts de fonctionnement tout en permettant une meilleure gestion du personnel, des équipements, des fongibles et de l'entretien
- Localisation physique du Laboratoire centralisé
- Sélectionner le personnel, déterminer ses alternances et responsabilités
- Établir une routine de transport des échantillons prélevés ainsi que celle de l'envoi des résultats sans erreur d'adjudication
- Assurer l'approvisionnement en fongibles
- Garantir l'entretien des équipements

Localisation du Service Centralisé de diagnostic par Imagerie.

- ✓ Il existe actuellement des équipements de radiologie dans les hôpitaux de wilaya et les hôpitaux nationaux, mais ces derniers présentent différents niveaux d'état de conservation et certaines difficultés d'entretien ainsi que d'approvisionnement en plaques, réactifs et systèmes de protection.

Objectifs à déterminer

- Améliorer la qualité de ces examens complémentaires
- Localisation physique du Centre de Diagnostic par Imagerie
- Sélectionner le personnel, déterminer ses alternances et responsabilités

- Garantir le transport des patients vers le Centre ainsi que leur retour dans leurs foyers
- Assurer la réception par le bon patient de ses résultats et de leurs interprétations
- Assurer l'approvisionnement en fongibles
- Garantir l'entretien des équipements

Création d'une Banque de Sang.

- ✓ La nécessité d'une banque de sang dans les campements est un fait indiscutable.
- ✓ La fréquence des interventions chirurgicales présentant des risques d'hémorragie, les risques dérivés des accidents, des accouchements difficiles, en définitive tout processus nécessitant un apport de sang supplémentaire, totalement inévitable dans une communauté aux caractéristiques démographiques telles que celles présentées par les camps.
- ✓ Actuellement les transfusions de sang sont réalisées en recherchant une personne appartenant à un groupe sanguin compatible avec celui du patient et apparemment saine. L'extraction est réalisée puis est transfusée dans sa totalité au patient.

Objectifs à déterminer:

- Créer une Banque de Sang.
- L'installer dans les locaux de l'hôpital National
- Laboratoire adjacent à la Banque mais indépendant du Laboratoire Centralisé
- Recensement des donneurs localisables et base de données comportant le nom, l'âge, les antécédents médicaux, le système de localisation, l'historique du don de sang, les diverses analyses réalisées, le groupe sanguin et le facteur Rhésus du donneur.
- Analyse et étude des maladies transmissibles par voie sanguine afin de minimiser les risque liés à la transfusion. Cette analyse ou étude devra être réalisée après chaque extraction même si le délai écoulé depuis la dernière extraction est considéré comme le délai minimum entre deux extractions
- Assurer la conservation du sang et des hémodérivés
- Système de production de dérivés hématiques afin de pouvoir administrer des concentrés d'hématies, des plaquettes, du plasma.
- Gestion stricte des stocks

Pharmacie Centrale:

- ✓ C'est une structure qui fonctionne actuellement grâce au financement de l'ACNUR et de ECHO et Médecin International en tant que ONG intermédiaire.
- ✓ Le travail réalisé est correct, très professionnel et adapté aux à la situation des camps.
- ✓ Il est important de souligner ici la position de Médecin International qui se refuse à remplacer la structure du Front Polisario dans la gestion totale des médicaments dans les campements.
- ✓ Il existe cependant des déficiences qui ont donné lieu à des ruptures de stocks en périphérie. Déficiences qui devront être éviter.
- ✓ Objectifs à déterminer:
- ✓ Gestion stricte des stocks et comptabilité exhaustive des existences en médicaments

- Définir de manière stricte les besoins en médicaments de chacun des secteurs sanitaires
- Assurer l'approvisionnement en respectant les délais de livraison prévus
- Faciliter l'approvisionnement supplémentaire ou extraordinaire en cas de crise
- Élargir le Vade-mecum afin de couvrir les nouveaux besoins en médicaments occasionnés par l'attention chirurgicale. Consulter les différentes spécialités présentes dans les hôpitaux chirurgicaux afin de déterminer l'élargissement nécessaire des variétés du vade-mecum.
- Garantir la transparence de la gestion des médicaments et mettre en place un système de contrôle

Identification des Patients. Conservation des Dossiers Cliniques

- ✓ Il est actuellement impossible de garantir l'archivage correct des dossiers médicaux pour des raisons telles que :
 - I. Même noms et prénoms des patients
 - II. Noms de familles remplaçant les noms officiels
 - III. Transcription phonétique des noms en castillan ou en arabe et utilisation de lettres différentes par les divers responsables des archives
 - IV. Peu d'habitude dans le maniement des fichiers actifs
- ✓ En réalité ce qui se passe c'est que les archives se perdent.
- ✓ Seuls peuvent être consultés les dossiers complétés et conservés par les propres patients.

Objectifs à déterminer:

- Numéro d'Identification Sanitaire Individuel qui serait l'équivalent de la Carte Individuelle de Santé. On pourrait profiter en cela de la prochaine instauration du Document National d'Identité.
- Établir un système d'archivage mixte qui serait géré par les patients ou les institutions sanitaires car la frange d'âge minimum correspondante au Document National d'Identité laisserait les enfants et les jeunes, hors de toute possibilité d'archivage.
- Établir un système d'archivage faisant apparaître le numéro de la mère pour les enfants ou les jeunes dont l'âge est inférieur à celui permettant de bénéficier du Document National d'Identité.
- Utiliser le système discuté par la table de travail n° 2

5. Alimentation

Dépendance externe:

- ✓ Il existe un manque chronique d'aliments.
- ✓ Régime alimentaire peu varié.
- ✓ Manque d'aliments frais
- ✓ Aliments fréquemment en rupture de stocks du fait du non-respect des délais de livraison de la part des organisations responsables.

Objectifs à déterminer:

- Garantir la sécurité alimentaire.
- Faciliter aux citoyens l'accès à des aliments plus variés ainsi qu'un meilleur accès général aux produits frais.

Besoins alimentaires réels:

- ✓ Les besoins alimentaires réels ne sont pas couverts, ni quantitativement ni qualitativement. Ne sont pas non plus couverts les besoins en aliments spéciaux pour les diabétiques ou les personnes souffrant d'une intolérance au gluten, etc.

Objectifs à déterminer:

- Établissement d'une liste détaillée faisant état des besoins réels et prête à être présentée et défendue par les organisations correspondantes de soutien.

Inégalités:

- ✓ Il existe des différences d'alimentation en fonction de la formation et du pouvoir d'achat.

Objectifs à déterminer:

- Recensement des familles pauvres et sans revenus afin que ces dernières soient aidées par le gouvernement.
- Réduire le plus possible les différences d'alimentation existantes actuellement entre les certaines différentes familles.
- Formation et sensibilisation sur les besoins alimentaires en général et les besoins alimentaires infantiles en particulier.

Dénutrition:

- ✓ Il existe des cas documentés de dénutrition

Objectifs à déterminer:

- Lutte contre la dénutrition.
- Promouvoir l'allaitement maternel.
- Alimentation spécifique pour les malades hospitalisés.
- Formation des mères

6. Aspects sociaux et familiaux

Mobilité:

- ✓ Il n'y a pas un transport public suffisant permettant aux personnes de communiquer ou de se rendre visite

Objectifs à déterminer:

- Faciliter la mobilité des personnes à l'intérieur et à proximité des camps.
- Voir les spécifications exposées dans le chapitre relatif aux structures.

Inoccupation:

- ✓ Bien que nous ne disposions d'aucunes statistiques relatives au taux d'occupation de la population, il est évident qu'il y a beaucoup de gens sans travail
- ✓ Étant donnée la perspective d'accession à des responsabilités politiques du fait du prochain gouvernement du pays, il est essentiel d'acquérir une culture sociale selon laquelle l'emploi est un droit et le gouvernement chargé de le procurer ou de le promouvoir
- ✓ L'inoccupation est cause de pathologies sociales, familiales et personnelles

Objectifs à déterminer:

- Création d'emplois publics.

- Réaliser une enquête concernant la population active et la gérer au moyen de critères professionnels
- Planifier une forme de création d'emplois publics
- Favoriser la création de coopératives
- Fomenter l'auto emploi
- Créer des places de formation dans les campements

Inoccupation juvénile:

- ✓ Toujours plus cachée et avec des émergences plus souterraines et violentes.
- ✓ Elle génère agressivité, frustration, marginalisation, mauvaises habitudes et des difficultés de réinsertion.
- ✓ D'un autre côté elle atteint un niveau catastrophique qui n'est pas bien connu mais qui émerge parfois de manière violente et incontrôlable.

Objectifs à déterminer:

- Fomenter l'emploi des jeunes.
- Augmenter le nombre des places disponibles au niveau de la Formation Professionnelle et pour les deux sexes.
- Stimuler l'auto emploi et la création de coopératives

Économie familiale (énergie, alimentation):

- ✓ Les habitudes alimentaires de certaines familles ne couvrent pas les besoins nécessaires à une bonne nutrition, notamment celle des enfants
- ✓ L'excès de féculents joint à la sédentarité génère des problèmes d'obésité chez les femmes qui ne signifient pas cependant que ces dernières sont correctement alimentées
- ✓ Risques dérivés de l'utilisation de l'énergie (déjà commenté antérieurement)

Objectifs à déterminer:

- Voir les précisions apportées dans le chapitre relatif à l'environnement.
- Potentialiser l'utilisation des énergies renouvelables.
- Sensibilisation et formation relative à l'alimentation dans le jaima.
- Programme d'optimisation des aliments avec formation sur comment varier les aliments et les rendre plus attractifs.
- Programmes destinés aux mères sur la nécessité de l'apport alimentaire aux jeunes enfants.
- Programmes d'encouragement de l'allaitement maternel.

Dépendance et charge familiale non productive (personnes âgées, handicapées, inoccupées)

- ✓ Il y a des familles dans lesquelles coexistent des personnes âgées non valides, des handicapés physiques ou mentaux et d'autres personnes qui représentent une charge pour la femme chargée de l'entretien, de l'approvisionnement, du nettoyage et de l'alimentation au sein du foyer

Objectifs à déterminer:

- Protection et soutien des familles les plus défavorisées et touchées par ce type de problèmes, ainsi que les familles des prisonniers, des disparus ou des personnes tuées pendant la guerre.
- Programmes d'aide à ses familles sous forme de logements plus confortables, d'alimentation, d'outils et de mobilier.

- Unités de Jour comme celles existant déjà dans certaines wilayas pour la stimulation, la réhabilitation et la formation des personnes handicapées.
- Stimuler les programmes de coopération avec le Département des Affaires Sociales et de l'Émancipation de la Femme et l'Union Nationale des Femmes afin de nuancer les différences existantes par rapport aux femmes, par le biais d'aide aux familles nécessiteuses.

Animaux:

- Voir les précisions apportées à ce sujet dans le chapitre environnement

Puits familiaux:

- ✓ Il existe actuellement dans les wilayas de Aaiun et de Dajla une couche d'eau souterraine qui se trouve juste au-dessous des camps ce qui permet aux familles de pouvoir utiliser un puits, très souvent creusé à proximité du logement ou directement dans la maison.
- ✓ Cette eau s'avère, suite à des études et analyses réalisées sur elle lors de graves épisodes d'infections gastro-intestinales, être polluée.

Objectifs à déterminer:

- Fermeture absolue des puits familiaux.
- Accomplissement des objectifs relatifs à l'approvisionnement en eau et à la proximité de cette dernière
- Salubrité
- Contrôle du chlorage
- Contrôles bactériologiques
- Inspection et recensement des puits familiaux
- Formation et sensibilisation relativement à la salubrité de l'eau

7. Aspects politiques

Développement économique (impôts):

- ✓ Depuis quelques années émerge un développement économique naissant qui a occasionné des changements sociaux en tout genre et a aggravé comparativement les différences existantes entre ceux qui travaillent à leur compte en tant que commerçants ou propriétaires de petites affaires et les travailleurs des services publics qui ne perçoivent aucun salaire et veillent à la santé et à l'éducation de la communauté.
- ✓ Il n'est pas vraiment fait cas d'un système d'imposition permettant de nuancer un peu ces différences
- ✓ Il n'existe aucune culture d'imposition permettant de récupérer l'argent public nécessaire au gouvernement afin que ce dernier dispose d'une capacité financière et budgétaire suffisante.
- ✓ Les fonds provenant de la coopération sont actuellement insuffisants au paiement des salaires des travailleurs du secteur public
- ✓ Si aucun système d'imposition n'est mis en place, les dettes croissantes de la future autonomie ou de l'auto gouvernement ne pourront être assumées.

Objectifs à déterminer:

- Établir un système progressif, proportionnel, estimatif singulier ou d'un type permettant le financement public tout en réduisant les différences observées dans le courant des dernières années dans les camps.
- Loi sur la fonction publique
- Collecte d'impôts ou de taxes.

Stimulation:

- ✓ C'est un sujet auquel il a été fait allusion à plusieurs reprises à cette table de travail ainsi qu'aux autres tables et qui est revendiqué par l'ensemble des travailleurs

Objectifs à déterminer:

- Garantir la stimulation économique et la progression des carrières professionnelles aux travailleurs dépendant des organismes publics.
- Établir des niveaux de rétribution consensuels et ouvrir des perspectives d'amélioration en fonction de l'ancienneté dans un même poste de travail ou de l'ascension à un niveau supérieur de responsabilités.
- Proposer d'autres types de stimulation qui ne soient pas directement liés à l'attrait économique mais à la possibilité de plans de carrières, à un bon approvisionnement en équipements, liés au logement, au transport, à la formation supérieure, à des cours de recyclage, de spécialisation, à des voyages à l'étranger, etc.

Politique Sanitaire:

- ✓ Le personnel sanitaire arrive dans des structures qui n'ont pas changé depuis la création du refuge, lorsque ce personnel n'existait pas encore dans les camps.
- ✓ Il existe le sentiment de ne pas être reconnu à sa juste valeur, de rencontrer des difficultés dans l'accomplissement des tâches pour lesquelles ce personnel sanitaire a été formé.

Objectifs à déterminer:

- Réforme Sanitaire
- Garantir la couverture des postes des professionnels sanitaires de manière continue et disciplinée en ce qui concerne l'application des programmes en vigueur:
- Assurer le transport des professionnels jusqu'à leurs postes de travail
- Perspectives de formation supérieure et recyclages périodiques.

8. Genre (sexe):

Reconnaissance du rôle de la femme:

- ✓ La femme est le pilier de base de la communauté en ce qui concerne la santé et ce au niveau de n'importe quelle société, notamment celles en voie de développement.
- ✓ Il est absolument prioritaire de reconnaître ce rôle et de donner à la femme les moyens nécessaires lui permettant de continuer à assumer ce rôle de maintien de la santé

- ✓ Il est également essentiel de témoigner publiquement de l'œuvre historique réalisée par la femme sahraouie pendant toute la durée de l'exil et de la vie dans les refuges.
- ✓ L'égalité des femmes dans la société sahraouie est supérieure à celle existante dans les autres sociétés arabes, il est néanmoins nécessaire de continuer à avancer dans ce sens jusqu'à la reconnaissance d'une égalité totale.

Objectifs à déterminer:

- Reconnaissance sociale, politique et économique du rôle clé joué par la femme au sein de la société sahraouie.
- Faciliter l'accès aux projets de coopération pour le développement destinés à la population féminine par le biais d'instances politiques telles que la Direction des Affaires Sociales et de l'émancipation de la Femme et l'union Nationale des Femmes Sahraouies.

Améliorer la santé de la femme:

- ✓ La population des camps est une population saine, présentant des cas de maladies essentiellement dues à l'exil et aux conditions de vie difficiles qui en découlent. Cependant, la population la plus fragile et de fait la plus encline à tomber malade est celle représentée par les femmes et les enfants qui présentent le pourcentage le plus important des malades dans les camps. La solution de ce problème n'est pas compliquée, mais il est avant tout important de reconnaître et d'admettre cette réalité afin de pouvoir mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à sa résolution.

Objectifs à déterminer:

- Renforcer les valeurs inculquées qui ont mené à la situation actuelle d'absence de maltraitance physique de la femme sahraouie
- Lutter contre l'obésité à l'aide de programmes de formation et d'éducation relatifs à une bonne hygiène alimentaire
- Mettre en pratique de manière officielle le programme de santé materno-infantil.
- Professionnaliser les systèmes de registre
- Création dans les camps, de lieux de rencontres pour les femmes afin que la médicalisation ne soit pas la seule manière de promouvoir la santé.

9. Aspects techniques:

Formation en Épidémiologie, Statistique, Santé Publique et Communautaire:

- ✓ La cause la plus importante de la méconnaissance de la réalité sanitaire dans les camps est l'absence de certains registres importants et la partialité de certains autres. L'origine de cette carence se trouve dans la période de guerre durant laquelle toutes données représentait une information stratégique. Postérieurement et depuis le cessez-le-feu décrété en septembre 1991, débuta la période qui fut appelée la période de "ni Guerre, ni Paix". Cette période n'a malheureusement pas généré les conditions suffisantes de confiance qui auraient permis d'aborder ce problème comme il se devait. À cette situation s'ajoutèrent la perte d'habitude de gérer les registres ainsi qu'une importante carence en techniciens capables de remplir cette tâche.
- ✓ Certains registres sont cependant tenus mais de manière partielle et ne permettant pas une projection réelle de la situation sanitaire qu'il est pourtant absolument nécessaire de connaître parfaitement.

Objectifs à déterminer:

- Établir un système de connaissances réelles, adapté aux critères de fiabilité nécessaires à une programmation sanitaire viable.
- Des techniciens formés dans ces diverses matières et des registres fiables susceptibles d'être exploités.

Faciliter le contrôle des maladies épidémiques:

- ✓ La distribution démographique des camps facilite le contrôle et l'étude des maladies épidémiques
- ✓ L'organisation sanitaire a été pensée dans ce but comme il est logique de l'espérer d'un système basé sur la Prévention
- ✓ Mais des maladies de type épidémique apparaissent cependant inévitablement de manière périodique

Objectifs à déterminer:

- Éviter que les processus infectieux ne déciment la population à cause d'une connaissance trop tardive de l'apparition de ces épidémies ou d'une méconnaissance des cas cliniques correspondants.
- Réalisation d'enquêtes épidémiologiques.
- Établissement d'une Liste des Maladies de Déclaration Obligatoire qui devra être envoyée immédiatement au Ministère.

Coopération:

- ✓ Il est impossible de coordonner les équipes depuis le Bureau de Coordination Sanitaire car elles n'informent pas de leurs voyages, interrompant et empêchant le travail du personnel sanitaire des wilayas et des équipes chirurgicales qui se déplacent elles, sous le commandement du Bureau de Coordination.
- ✓ Il y a trop de coopérants qui en plus de n'être là que pour le simple caprice de vivre une expérience différente, convertissent les camps en parcs thématiques afin de satisfaire leur besoin d'aventure.

Objectifs à déterminer:

- Définir les besoins en spécialistes expatriés et véhiculés au SNS et les respecter de manière à réduire ainsi les effets de la contamination de notre action.
- Liste des spécialités nécessaires actualisée tous les ans et dressée en fonction des études et/ou des registres des maladies les plus répandues, gérés par le personnel sanitaire sahraoui.
- Empêcher le travail des équipes ne bénéficiant ni d'une coordination ni d'un programme sérieux, ni d'un financement respectant ce qui a été décidé lors des IIèmes et IIIèmes Journées
- Le Ministère doit veiller à ce que le travail soit bien programmé et coordonné.
- On ne doit pas laisser travailler de nouvelles équipes sans que ces dernières n'y aient été préalablement autorisées par le Bureau de Coordination Sanitaire.
- On ne doit pas laisser travailler les médecins, infirmières ou tout autre personnel sanitaire en général, arrivant par des vols charter sans que le travail ces derniers n'aient préalablement été coordonnés et autorisés par le Bureau de Coordination Sanitaire.
- Faire admettre et faire connaître que le Bureau de Coordination Sanitaire dépend du Ministère de la Santé de la RASD et qu'en tant que tel il est le

délégué du Ministère et décide des divers aspects garantissant la sécurité des patients sahraouis en réalisant un travail de filtrage au niveau des diverses équipes sanitaires souhaitant se déplacer.

Sources de vérification

Dérivées des objectifs choisis. Elles doivent être citées et jointes à la liste de l'objectif correspondant. Elles doivent être publiques et faire preuve d'une capacité d'évaluation de l'objectif ne faisant aucune concession à la subjectivité.

Structures nécessaires

En fonction des objectifs qui seront choisis, on aura besoin d'une structure ou d'une autre, d'un certain type de personnel ou d'un autre de même que pourra varier le type de matériel ou d'équipement nécessaire. Cependant le plus important est de pouvoir compter sur le personnel formé nécessaire et, dans tous les cas de figure, le Ministère devra se doter d'experts en Santé Publique et Communautaire, en Épidémiologie et Statistique car la base de la programmation est la connaissance de la réalité et la comparaison des réalités ne peut être possible que lorsque l'exploitation des données est correcte, conforme à des critères professionnels pré-établis.

FORMES DE FINANCEMENT

Aujourd'hui il y a peu de financements des programmes de santé qui ne proviennent pas de l'aide extérieure. Il est important d'inclure dans les coûts les fonds nécessaires au paiement des salaires du personnel. La table de travail N°6 propose des actions concrètes afin de palier à cette nécessité. Décider de destiner un certain pourcentage des fonds de chacun des projets à assurer la poursuite du projet peut permettre de poursuivre ces projets tant que les fonds existent. Mais cela minimise la capacité de gestion du Ministère de la Santé et surtout pourrait occasionner la disparition des programmes prioritaires si le financement de ces derniers diminue ou s'interrompt.

La situation actuelle de développement économique rend nécessaire la considération d'augmenter la politique fiscale afin de pouvoir compter sur des fonds publics facilitant la création d'emplois publics en assurant un rigoureux contrôle de ces fonds.

L'origine de ces fonds peut être très variée, depuis la taxe d'affaires de tout type jusqu'à la taxe pour les programmes de Vacances en Paix.

La création d'une culture fiscale est absolument nécessaire dans tout pays souhaitant arriver à un certain niveau de développement, mais aussi souhaitant bénéficier d'un système de justice ou de justice sociale indépendant.

De même un gouvernement se définit par la gestion de ses budgets. La destination des fonds ainsi que la priorité qui leur est attribuée déterminent bien davantage que les mots l'idéologie d'un pays.

ACTION DE LA COOPÉRATION

Aspects négatifs

Coopération Témoin

Comme nous l'avons déjà souligné antérieurement, la coopération témoin a des effets pervers qui se répètent fréquemment dans les camps. Il est inutile d'insister sur ce que peuvent être négatives ces expériences qui ne servent qu'à satisfaire

l'ego de certains sanitaires qui font le voyage sans avoir en tête ni la moindre transcendance, ni le moindre désir de réaliser un travail dans une perspective de futur. Cela ne s'appelle pas coopération, cela s'appelle tourisme sanitaire et doit être rejeté par toutes les instances impliquées. Ce tourisme sanitaire crée de fausses attentes, interrompt le travail correctement programmé du personnel sanitaire sahraoui, engendre des frais inutiles dérivés du transport dont ces personnes ont besoin et de leur alimentation en même temps qu'il constitue un risque du fait de la méconnaissance de la routine de travail par ces derniers, dont on ignore en plus les capacités, l'expérience acquise, la formation reçue ou le degré de connaissance.

Risque de coopération sectorielle

Lorsque la proximité politique au processus n'est pas la première priorité lors de la planification du travail dans les camps, on court le risque d'établir des liens de coopération présentant des niveaux qui ne passent pas par les autorités déterminées par la structure gouvernementale des camps. Cela a un effet démembrant et établit une sorte de clientélisme assumé par une partie des ONG dotées d'une autorité et d'une capacité de décision pour lesquelles elles ne sont ni autorisées ni légitimes. Cela c'est malheureusement déjà produit sur certaines parcelles et le Ministère devrait, surtout par les temps qui courent, prendre les mesures nécessaires afin de freiner ce genre d'initiatives. L'entrée en scène du concept de salaire a déjà produit et pourrait à nouveau le faire des dommages et des aggravations de la situation qui ne sont pas souhaitables, en plus d'une perte d'autorité et d'influence soufferte par les autorités originaires des camps.

Présence fréquente d'équipes incomplètes

Il a toujours été exigé que les équipes de personnel expatrié qui se déplacent dans les camps soient constituées par un nombre déterminé de personnes et composées d'une manière bien précise et conforme au travail à réaliser. Ce n'est cependant pas toujours le cas. Ce n'est malheureusement pas un problème isolé et nous avons eu à souffrir à plusieurs reprises des résultats désastreux de cette mauvaise pratique.

Cette exigence (car il s'agit bien là d'une exigence) du Bureau de Coordination a pour but d'assurer la qualité des équipes, d'éviter les risques pour la population ainsi que le fait que l'improvisation ne devienne une norme de travail. Nous devons pouvoir travailler selon les mêmes critères que ceux qui sont exigés ici, ce qui ne peut être le cas avec des équipes incomplètes. L'une des raisons de cette exigence est que la bonne configuration et constitution d'une équipe est une forme d'autocontrôle au sein des équipes déplacées.

Manque de coordination

Le Bureau de Coordination devrait avoir connaissance de toutes les équipes qui se déplacent ; ce qui n'est pas le cas. Cela engendre de graves résultats quant à la mobilisation de la solidarité ainsi que la détérioration du travail. Quel que soit le ministère en fonction celui qui accepte que des équipes travaillent sans la moindre coordination par rapport aux autres, remet en question le fonctionnement du bureau et fait douter de la sincérité de la structure qui s'est dotée de cette instance.

Comme nous l'avons déjà dit, le Bureau de Coordination dépend du Ministère de la Santé. Il agit et doit toujours agir conformément à ce qu'est sa mission. Cela engendre une soumission hiérarchique lui rendant impossible la moindre prise de

décision qui n'est précisément pas de fait sa mission ici. Mais il ne faut cependant pas lui retirer ses prérogatives propres ni trahir ceux qui font confiance à sa gestion. Des situations de désinformation et diverses coïncidences de ce genre ont gêné à plusieurs reprises les programmes de travail ce qui toujours présente le risque d'engendrer une démobilisation des équipes de travail dans les camps.

Diminution des exigences de qualité quant à l'assistance

L'arrivée de nouvelles équipes non-coordonnées, et certaines d'entre elles, ne répondant même pas aux critères de qualité établis et élevés à un code de conduite pour le travail dans les camps, a occasionné à plusieurs reprises une détérioration du travail. Cette perte des bonnes habitudes est le fait à la fois des coopérants et des responsables des structures sanitaires qui, harcelés par les responsables des groupes déplacés en arrivent à ne plus maintenir les critères qui avaient jusque là toujours prévalu.

Perte de prestige du personnel sanitaire local

L'expérience et la sécurité que nous témoignons inévitablement, nous les personnels sanitaires déplacés ainsi que les moyens techniques dont nous disposons, font que les patients fassent des comparaisons dont certains des personnels sanitaires locaux ne sortent pas vraiment gagnants. Si l'on agit en plus comme le font certains c'est à dire en faisant montre d'une supériorité excessive, l'effet est dévastateur pour les professionnels autochtones.

Il est en effet important d'agir avec respect et sauf pour les programmes de spécialité avec assistance directe, le reste des actions surtout lorsqu'il s'agit de Premiers Soins, doivent se borner à la formation, au conseil, à la gestion et au tutorat sans jamais remplacer les personnels sanitaires locaux dans leurs fonctions d'assistance. C'est aussi simple que de se sentir comme faisant partie d'une structure et d'avoir toujours parfaitement à l'esprit que tout programme réalisé est un programme de soutien de la structure et que lorsque nous travaillons nous formons partie du système de santé Sahraoui.

Manque de respect des programmes de formation

La formation non-coordonnée donnée dans les camps par les différentes associations ou ONG n'est pas homologuée et, en marge de la capacitation de ses acteurs, il existe des éléments qui ne sont pas suffisamment pris en compte quant à son adéquation, la base des connaissances des récepteurs, la frontière des langues, la coordination avec d'autres programmes de formation déjà donnés ou donnés au même moment. Cela rend inutile tous les efforts réalisés, envoie un message contradictoire et paralyse le système face à l'incompréhension de la matière dont on parle et un décalage par rapport aux programmes déjà donnés ou donnés au même moment par d'autres groupes.

Il existe des programmes stables de formation dans les wilayas de Awserd, Aaiun et Smara assumés par diverses Associations et ONG qui travaillent dans ce secteur depuis plusieurs années et entretiennent un certain degré de communication. Dans la wilaya de Dajla il y a par contre différents groupes ce qui pourrait occasionner des problèmes au moment de l'homologation de la formation reçue. Il est absolument nécessaire donc que ces groupes se réunissent régulièrement afin d'optimiser leurs efforts.

En ce qui concerne les Écoles Professionnelles, l'École d'Infirmières présente un programme stable de formation correctement coordonné et dirigé par une équipe de personnes qualifiées.

En ce qui concerne les programmes concrets, tels que le programme de Santé Mentale deux groupes travaillent ensemble depuis longtemps et présentent une formation stable ; l'Association de Pamplona et de Valencia entretiennent entre elles une bonne communication et coordonnent leur travail de manière tout à fait acceptable.

Nous regrettons l'absence d'un programme stable soutenant l'attention portée aux handicapés mentaux et qui soit en relation avec l'UNMS et Castro, pionnier de cette discipline dans les camps. La table n° 3 nous informe sur ce point et propose de charger Marco Bertone afin que ce dernier nous informe de la situation des handicapés mentaux afin de mettre au point un programme commun adapté et conforme au recensement réel de ce type de pathologie. Il est également demandé que soient couverts les besoins en formation et en matériel des handicapés physiques qui seront également recensés.

En ce qui concerne la Prévention, une partie de la formation se réalise à l'intérieur même des programmes de formation stable impartis dans les wilayas par les Associations et ONG responsables des programmes stables. Cependant certains aspects ne sont pas pris en compte dans la formation de ces groupes. On y travaille essentiellement la Nutrition, la Santé Materno-infantile et la Promotion de la Santé et surtout auprès des femmes appartenant au Comité de Santé, les Chefs de quartier, les sages-femmes traditionnelles et les gynécologues.

Il existe actuellement un projet d'approvisionnement et de traitement de l'eau pour les wilayas de Dajla et de Aaiun. Cependant la formation correspondante relative à la manipulation de l'eau permettant de garantir toutes ses qualités est lacunaire et sera assumée temporairement par diverses ONG sans la continuité nécessaire ni certainement les résultats escomptés.

Aspects positifs

Compléter la structure de santé Sahraouie

Bien coordonnées et ajustées aux besoins déterminés par les autorités de la santé de la RASD, les équipes déplacées complètent fort bien l'attention portée par la structure de santé Sahraouie.

Dotation d'équipement technique de qualité pour l'attention spécialisée

La dotation en matériel technique permettant la réalisation d'interventions chirurgicales est l'un des apports essentiels de la coopération. Les équipes déplacées utilisent une technologie similaire à celle utilisée dans leurs hôpitaux d'origine.

Systèmes conjoints de gestion des pathologies avec le personnel sanitaire sahraoui

Atteindre un niveau de dotation suffisant en éléments de diagnostic et arsenal thérapeutique pour le traitement des pathologies les plus répandues dans le cadre de l'attention sanitaire des Premiers Soins qui soit adapté à la structure sanitaire autochtone.

Établissement de programmes de Premiers Soins

Actuellement et conformément aux annexes jointes à ces conclusions, il existe des programmes d'attention de pathologies et de Prévention mis au point par le personnel sanitaire sahraoui.

Coordination

Les équipes se coordonnent et réalisent leur travail de manière ordonnée, sans interrompre la routine de travail du personnel sanitaire autochtone. Elles communiquent avec le reste des équipes qui travaillent dans la même discipline et mettent en pratique les mêmes programmes que ceux cités dans le paragraphe antérieur

Respect de la structure sanitaire de la RASD

Les programmes de soutien en matière de premiers soins se définissent par eux-mêmes. Il s'agit en effet de programmes de soutien et non de substitution. Ils n'ont d'autre prétention que de renforcer le leadership exercé par personnel sanitaire sahraoui et de donner davantage de valeur à leur travail. Le travail incombant au personnels déplacés consiste en un tutorat, un rôle de conseil et de formation directement orientée sur l'assistance du personnel sanitaire sahraoui. En cela les seules limites acceptées sont les actes d'attention éventuellement sollicités ou les situations d'urgence.

RENFORCEMENT DE LA STRUCTURE SANITAIRE SAHRAOUIE

Renforcer le leadership local est l'un des objectifs de ces IIIèmes Journées, pour atteindre ce but il est proposé que le Ministère soit chargé de diriger l'attention sanitaire de manière professionnelle et que cette direction ne soit aucunement soumise aux critères de la Coopération sauf en ce qui concerne les questions que le propre Ministère jugera utiles.

La partielle direction des opérations de la part de la Coopération est quelque chose d'habituel mais contre quoi il est nécessaire de lutter car l'établissement des besoins ainsi que l'ordre de priorité de ces derniers doit être décidé par les autorités sanitaires sahraouies.

S'il n'existe aucun Plan de Santé définissant ces priorités ou lignes de travail nécessaires, la place est laissée libre et des organisations externes s'engouffrent dans la brèche, contrôlant la santé et créant des projets qui ne correspondent aucunement au ressenti propre du personnel sanitaire sahraoui.

C'est pourquoi il est vital que le Ministère de la Santé déterminent les divers éléments devant être améliorés, leur dimension ainsi que leurs délais correspondants de réalisation afin que personne ne succombe à la tentation colonialiste de modifier la réalité en fonction de son seul et unique libre arbitre.

Ce type de décision renforce le leadership local car si le Ministère n'organise pas la planification, les travailleurs ne perçoivent pas ce dernier comme le Ministère qui dirige le système et détermine la hiérarchie au sein de laquelle ils évoluent.

Certaines décisions feront intervenir plus d'un Ministère c'est pourquoi il conviendra de réaliser un effort de coordination interministériel concrétisé par un certain nombre de réunions du gouvernement. De même, cette planification devra être accompagnée d'une déclaration annuelle du budget assignant les moyens attribués de manière légale à chacun des départements et dont la réelle distribution sera contrôlée par l'instance parlementaire représentant actuellement la loi et la légalité dans la RASD.

Bien qu'il soit tout à fait évident qu'il est extrêmement difficile de fixer des budgets dans un environnement ne présentant aucune ressource économique propre, il est nécessaire pour le bien de la communauté et dans une perspective de futur politique proche, d'établir un système de priorités gouvernementales naissant du consensus émanant de tous les ministères. Il est également nécessaire d'instaurer dans le même temps, une culture fiscale conforme aux systèmes économiques que la RASD indépendante souhaite avoir comme cadre.

L'argent public doit provenir des citoyens possédant un pouvoir d'achat plus élevé que les autres et à ce stade actuel du développement économique on distingue déjà des différences substantielles entre les personnes qui aggravent et stimulent les délits contre la propriété car si l'état ne protège pas les plus faibles, ces derniers se réservent le droit de réduire ces différences par les moyens les plus directs.

DURABILITÉ DES PROGRAMMES DE SANTÉ

Il est nécessaire d'assurer la poursuite des programmes de santé essentiels à la survie de la population. De même il est absolument nécessaire que n'importe quel système de santé puisse garantir que toutes les avancées sociales réalisées soient conservées et dans la mesure du possible, renforcées. Cela oblige le Ministère de la Santé à assurer la survie de ces programmes.

La durabilité de ces programmes est un rôle doit être conjointement assumé par le Ministère de la Santé et le gouvernement de la RASD qui, dans l'élaboration de ses prévisions budgétaires doit tenir compte des priorités vitales que représentent ces programmes pour la population.

UNE HYPOTHÈSE DU FUTUR

Face à l'hypothèse future de l'autonomie du territoire du Sahara Occidental et de son correspondant accès à une certaine prise de décision et respect de ses responsabilités, il convient de déterminer comment ces responsabilités pourront être assumées sans que ne diminue pour autant la couverture sanitaire actuelle dont jouissent pour le moment les habitants des territoires occupés, tout en essayant d'améliorer progressivement cette couverture au fur et à mesure que le gouvernement autonome se fera plus fort.

Il est donc nécessaire pour cela de connaître quels sont actuellement les moyens présents sur la totalité du territoire et d'y ajouter le patrimoine sanitaire existant aussi bien au niveau des territoires libérés que des territoires occupés.

Il convient également de garantir la prévention des accidents dérivés de l'utilisation des mines dans les zones de conflit.

Il s'agit aussi de travailler sur la réconciliation nationale afin d'éliminer les séquelles de la violence inévitablement générée pendant tout le processus et qui va affronter les victimes et leurs familles à ceux qui en furent les auteurs.

Moyens sanitaires des Territoires Occupés

Aaiun	260.000 habitants
Smara	40.000 habitants
Bojador	30.000 habitants
Dajla	50.000 habitants

Réseau hospitalier

Aaiun

- Hôpital Hasan ben L'Medi
 - Capacité: moins de 200 lits
 - Urgences et Chirurgie Générale
- Hôpital Spécialisé Hassan II
 - Capacité: moins de 150 lits
 - 4 étages sans ascenseur
 - Spécialités
 - Cardio-vasculaire
 - ORL
 - Traumatologie
 - Urologie
 - Chirurgie infantile
 - Gynécologie
 - Dialyse
 - Laboratoire
 - Radiologie et Échographie
- Hôpital Militaire (ancien hôpital espagnol)
 - Capacité: moins de 200 lits
 - Chirurgie Générale
- Dispensaires civils: 6
- Dispensaires militaires: 1
- Secteur privé:
 - 12 cabinets de consultation spécialisée
 - Clinique de Gynécologie

Smara

- Hôpital Provincial
 - Médecine Générale
- 3 Dispensaires
- 1 Cabinet de consultation militaire

Bojador

- Hôpital Provincial
- 2 Dispensaires
- 1 Cabinet de consultation militaire

Dajla

- Hôpital Provincial
- 3 Dispensaires
- Hôpital Militaire

Bien que l'information dont nous disposons ne soit pas exhaustive, elle permet à tout le moins de donner une idée des moyens dont on dispose et de leur localisation. Suivant l'information transmise, l'attention sanitaire ne bénéficie pas de la confiance des sahraouis. Ce qui peuvent se le permettre vont se faire soigner à l'étranger.

Les informations dont nous disposons concernant le personnel des hôpitaux, dispensaires et cabinets de consultation sont partielles. On sait qu'il existe 10 médecins sahraouis mais que la majorité d'entre eux travaillent au Maroc.

Il y a plus de 200 infirmiers et Aides soignant dans les hôpitaux et dispensaires.

Moyens sanitaires dans les Territoires Libérés

Hôpitaux construits à:

Tifariti

Meheriz

Mijek

Agüenit

Tous sont de construction récente et sont équipés de:

Salles d'opérations

Salles d'accouchements

Stérilisation

Radiologie

Laboratoire

Pharmacie

Cabinets de consultations

Urgences

Cuisine centrale

Réservoir d'eau

Énergie avec cellules photovoltaïques et générateurs

Lits: entre 60 et 100 dans chaque hôpital

Face à ces données il est évident que l'on dispose des moyens d'attention médicale de base suffisants. Il convient maintenant de traiter du chapitre du personnel. Estimer les besoins est une tâche qui doit être très rapidement accomplie, dès l'accession à l'autonomie du gouvernement, mais il est tout d'abord nécessaire de pouvoir compter sur un plan concret susceptible d'être développé lors de cette nouvelle étape de gouvernement autonome.

Avant donc d'assumer ces responsabilités, il est absolument nécessaire de connaître tout ce qui concerne l'Attention dans le cadre des Premiers Soins et notamment tout ce qui concerne la Prévention sur les Territoires Occupés afin de pouvoir planifier les besoins et garantir la santé dès la base.

Il convient également de tracer très rapidement une Carte Sanitaire définissant la destination des recours en fonction des divers noyaux de population qui se seront produits en même temps que la création de l'Autonomie et la future Indépendance, sa population, les communications de tous types, les recours existants et la couverture sanitaire qui sera donnée à la population.

La salubrité de l'eau destinée à la consommation, la sécurité alimentaire et la lutte contre la faim, la vaccination, le contrôle épidémiologique et la gestion des résidus de tout type sont des aspects essentiels d'une politique sanitaire. Certains de ces antérieurs aspects constituent des questions réellement stratégiques et dépendent indiscutablement des institutions.

Le calcul des dotations budgétaires doit logiquement se faire en ordonnant les priorités et de manière à optimiser l'utilisation des recours.

Table 2

Premiers Soins

Coordinateur:

Jesús Martínez de Dios – AAPS de Colmenar Viejo (Madrid)

Le **Modèle d'Attention des Premiers Soins** élaboré par les membres de la Coordination Sanitaire en 2002-2003 et présenté lors de la Journée d'Attention des Premiers Soins organisée à Smara au mois de mai dernier est considéré comme le cadre théorique idéal de développement de l'Attention des Premiers Soins dans les camps de réfugiés qui accueillent la population sahraouie depuis 28 ans.

Dès lors les diverses commissions internationales de soutien ont participé à l'élaboration de différentes propositions d'amélioration de l'Attention des Premiers Soins qui non, malheureusement pas produit les résultats escomptés et ce pour plusieurs raisons : insuffisance du personnel sanitaire (médecins, sage-femmes...), manque de motivation des personnes devant mener à bien le travail et surtout manque d'efficacité ou d'intérêt de la part des autorités sanitaires sahraouies à mettre en marche les changements nécessaires requis par une Attention des Premiers Soins Sahraouie autonome.

Aujourd'hui, certaines circonstances permettent d'espérer que ces changements se produisent en fin: le Ministère, qu'il s'agisse du Ministère de la Santé Publique ou des Directeurs de Prévention et d'Assistance Sanitaire, affirme **miser** sur ce modèle d'Attention des Premiers Soins dont il **considère viable** l'instauration étant donné que ce dernier bénéficie des **infrastructures et du personnel adéquat** à sa mise en oeuvre.

Ce nouveau modèle d'Attention des Premiers Soins ne va pas constituer un changement substantiel par rapport à ce qui existe déjà en terme de personnel et d'infrastructures mais **va améliorer le travail réalisé au niveau de la santé publique**, en rendant ce dernier plus efficace et surtout plus autonome. Certaines difficultés pourront apparaître et des problèmes de nomenclature ou de composition multidisciplinaire des équipes de travail voir le jour, mais la propre société sahraouie saura bien apporter à cela les solutions idoines.

Avec ce nouveau Modèle d'Attention des Premiers Soins sahraoui on essaie de récupérer l'importance de la **promotion de la santé et de la prévention des maladies** qui a eu tant d'importance par le passé dans la structure sanitaire sahraouie. On essaie également de potentialiser le rôle de la **femme en tant qu'agent de santé**, rôle déjà prépondérant mais qui sera renforcé par l'introduction de cette dernière dans l'organigramme de base des équipes de travail aussi bien dans la daïra que dans la wilaya.

La structure de base de la santé Publique sahraouie doit être **la plus proche possible de la population**, c'est à dire intervenir au niveau des daïras. C'est à ce même niveau qu'a toujours fonctionné jusqu'à aujourd'hui **le secteur sanitaire en tant que pilier central** et qu'il continuera de le faire mais avec le soutien cette fois de ce que nous appelons l'**"Unité Basique de Santé de la Daïra"** (UBS) qui, en plus d'un service sanitaire comptera sur la présence d'un médecin, d'aides soignant, de sage-femmes, d'un agent de la santé scolaire, d'un agent d'éducation pour la santé, d'un représentant de l'UNMS,...

Des représentants des Unités Basiques ainsi qu'un groupe multidisciplinaire composé de psychologues, de vétérinaires, orthodontistes et stomatologues, de physiothérapeutes et de sage-femmes constitueront l'**Équipe d'Attention des Premiers Soins de la Wilaya** coordonnée par le Directeur Régional de la Santé.

La composition ainsi que le fonctionnement de l'Unité Basique et de l'Équipe d'Attention des Premiers Soins de la Wilaya proposés pour la mise en route de ce nouveau modèle de l'APS sont détaillés dans l'annexe jointe.

La méthodologie de travail proposée pour l'Attention des Premiers Soins se présente sous forme de **Programmes ou de Protocoles de Santé**. En prenant pour point de départ l'analyse de la situation, on identifie les problèmes de santé à traiter et l'on élabore un Programme ou Protocole d'action en fonction des priorités.

Ces programmes de santé devront définir clairement leurs objectifs, les actions nécessaires à leur consécution ainsi que les recours nécessaires à mettre en œuvre, en plus d'un système d'évaluation.

Initialement les personnes qui travailleront suivant ce modèle donneront priorité à un groupe de programmes basiques, mais la société sahraouie, ses professionnels de la santé et autorités sanitaires devront, à partir des besoins sentis ou objectifs soulignés par eux-même, proposer la mise en marche d'autres programmes basiques ou protocoles ponctuels visant à résoudre des problèmes d'une magnitude inférieure.

Actuellement est mis en marche dans toutes les daïras le **Programme Enfant Sain** destiné à l'attention sanitaire des petits garçons et des petites filles âgés d'entre 0 et 6 ans. Sa mise en place et structure sont corrects mais pour le moment son suivi est inégal selon les différentes wilayas.

Le groupe des jeunes âgés d'entre 6 et 14 ans n'est pas couvert par aucun programme si ce n'est celui de la **santé buccodentaire** (avec deux interventions prévues au niveau de la maternelle et de l'entrée en 6ème). Il serait important de prévoir un programme d'attention destiné à cette tranche de la population, un programme qui pourrait dans un premier temps s'adapter au calendrier des révisions prévues par le programme buccodentaire.

Le **Programme de vaccinations** est très bien implanté dans toutes les wilayas.

Il n'existe, au sein du Ministère de la Santé aucun **Programme destiné aux Handicapés**, ce programme est réalisé par l'Union National des Femmes Sahraouies qui réalise un excellent travail. Étant donné qu'il existe actuellement une vingtaine de physiothérapeutes sahraouis dans les camps et n'appartenant à aucun ministère, nous proposons de décentraliser le travail réalisé avec les handicapés de l'hôpital vers les daïras et que les physiothérapeutes des UBS de daïra et des EAPS de wilaya interviennent en tant que formateurs de ces deux équipes, sans déprécier pour autant leur propre travail dans les daïras directement coordonné par l'UNMS.

Les femmes ne bénéficient d'aucun programme spécifique leur étant destiné. Il existe des programmes d'éducation maternelle dans certaines wilayas mais ces derniers ne sont pas coordonnés au niveau national. Un **Programme de Santé Materno-infantile** a été mis en place depuis la Coordination Sanitaire à l'issue du travail réalisé lors de la Journée sur les PS de Smara et pouvant servir de base initiale de travail.

L'un des problèmes les plus importants lors de la mise en route d'un programme de santé materno-infantile est le manque actuel de sage-femmes correctement formées, c'est pourquoi à tout le moins au début, la plus grande partie du travail de contrôle des grossesses devra être réalisée par les médecins. Cette situation sera transitoire et nous comptons sur l'installation récente d'une école de sage-femmes dans les camps, afin que ces dernières s'incorporent peu à peu aux équipes en place et remplacent petit à petit les médecins chargés dans un premier temps de s'occuper de ce contrôle.

Médecins du Monde a un projet de Programme Materno-infantile concernant les wilayas de Awserd et de Aaiún et devant avoir basiquement une incidence sur:

- L'amélioration des hôpitaux
- L'acquisition d'unités mobiles
- La formation et la préparation des sage-femmes
- L'amélioration des connaissances concernant la population

Il n'existe **aucun programme de planning familial** fonctionnant au niveau national.. La population sahraouie est actuellement dans une phase nécessaire de croissance et le Ministère de la Santé n'appuiera la création d'aucun Programme de Planning familial pour le moment. Nous respectons ce point de vue et nous tenons à sa disposition afin de le soutenir dans son action lorsque qu'il considérera le moment venu pour la mise en place d'un système de planning familial.

Il n'existe aucun programme national clairement défini en ce qui concerne la **Santé Mentale et les maladies neurologiques**. La coordination travaille actuellement à la mise en place d'un programme de base permettant de travailler sur l'attention des Premiers Soins conformément au **Plan National de Santé Mentale** déjà existant. Une vingtaine de personnes formées en psychologie peut réaliser dans les daïras un travail d'attention des patients et de formation du personnel des UBS des daïras et des EAPS des wilayas.

Les conclusions apportées par cette table font également référence à un sujet annexe qui est celui de la médication. Il existe continuellement en effet des problèmes d'approvisionnement en médicaments qui donnent lieu à des périodes de repos forcé à l'intérieur même de certaines thérapies et cela est très grave, notamment lorsqu'il s'agit de personnes souffrant de problèmes psychiques ou neurologiques. C'est un phénomène qui doit être évité à tout prix.

Dans le cadre des **maladies chroniques** il existe un **programme destiné au traitement du diabète** mené à bien par les Asturies pendant 6 ans et depuis 1995 dans la majorité des wilayas. Ce programme a donné lieu à l'élaboration d'un recensement, à la formation du personnel et a permis l'apport de médicaments et du matériel de diagnostic nécessaire. Il existe également un programme élaboré par la Coordination complété en mai par le travail réalisé lors des Journées et qui peut servir de soutien au travail mené à bien par les Asturies. Les Asturies s'engagent à coordonner le travail réalisé sur le diabète dans tous les camps avec le soutien et la participation d'autres associations.

Il n'existe pas non plus de programme unifié concernant l'**Hypertension artérielle**. Un programme élaboré par la Coordination lors des Journées de Smara peut également servir de base de travail initial pour la résolution de ce type de problèmes de santé.

En ce qui concerne les **maladies respiratoires**, il existe des travaux sur l'asthme réalisés par différentes associations et pouvant conduire à l'élaboration d'un programme ou protocole visant à la résolution de ce type de problèmes de santé.

Les **maladies infectieuses** ne bénéficient pas non plus d'un programme national. Il existe des travaux réalisés sur la prévalence de l'infection de type tuberculeuse ou sur la sérologie des hépatites gestantes dans certains groupes de la population... Un Programme de Tuberculose est actuellement en voie d'élaboration par la Coordination.

Les professionnels sahraouis ont sollicité lors des journées de Smara, l'élaboration d'un **Programme d'attention dans la Jaima**. Il existe des travaux ponctuels de certaines associations permettant de conduire à l'élaboration d'un programme qui définirait le travail des USB et des EAPS sur le terrain, dans un environnement proche de la population (et incluant aussi bien des personnes malades que des personnes saines).

L'un des programmes les plus essentiels et nécessaire, étant donné les conditions environnementales dans lesquelles évolue le peuple sahraoui est le **Programme de l'Environnement**. Il s'agit là d'un problème complexe qui est en relation avec plusieurs ministères mais il convient dans une optique d'Attention des Premiers Soins, de l'aborder comme l'un des principaux problèmes de santé de la population sahraouie. Il s'agit essentiellement de travailler sur l'éducation de la santé mais d'autres activités pourront être réalisées étant donnée la composition des EAPS des wilayas. La Coordination a mis au point en mai lors de la journée de Smara un programme sur l'Environnement destiné à l'APS.

On considère actuellement que l'eau approvisionnant les jaimas est de bonne qualité lorsqu'elle est acheminée par le Ministère, ce qui n'est pas le cas cependant lorsqu'elle provient des puits.

Les **résidus solides** sont périodiquement ramassés mais suivant une continuité inadéquate.

Des études vétérinaires soulignent l'absence de **zoonoses** tels que la tuberculose ou la brucellose au niveau des troupeaux (chèvres et chameaux) mais attirent l'attention sur la recrudescence du risque d'hydatidose transmise par les chiens. La présence chaque fois plus nombreuse de chiens sauvages à proximité de certaines wilayas est considérée comme un véritable problème de santé publique.

Suite à cette révision de la situation actuelle et des prévisions futures ci-avant exposées nous souhaitons conclure par les caractéristiques que devraient présenter tous les programmes de santé s'appliquant à l'attention des Premiers Soins :

- Le programme appliqué doit être **unique** et le même pour toutes les wilayas du camp, et présenter les éventuelles adaptations nécessaires aux différentes circonstances existant dans certaines daïras ou wilayas.
- Les **formations** du personnel menant à bien les programmes seront organisées à partir des USB et des EAPS et les commissions internationales de soutien agiront en fonction de cette programmation des thèmes et du calendrier afin d'éviter les répétitions des mêmes thèmes ou des discussions concernant des sujets n'étant pas habituellement traités.
- La formation idéale du personnel des EAPS et des USB est de type "**supervision capacitante**" (tutorat du travail quotidien pendant plusieurs jours)
- Les programmes doivent être basés sur les contenus présentés dans le "**Guide thérapeutique sahraoui**" et se conformer au **Vade-mecum** des produits thérapeutiques existant au niveau de la pharmacie sahraouie.
- Il doit y avoir une personne sahraouie, **responsable de chaque programme et** agissant en qualité de représentante au niveau des wilayas.

COORDINATION SANITAIRE DE L'ATTENTION DES PREMIERS SOINS

Il doit continuer à y avoir une **coordination continue dans chaque wilaya** réalisée par un groupe ou une association et comme cela a toujours été le cas jusqu'à aujourd'hui dans les wilayas suivantes: Aaiún (Navarre), Awserd (Álava), Smara (Province de Valencia).

Il est recommandé à ces associations de penser une **composition uniforme** de leurs commissions de soutien mais également conforme à la composition des EAPS des wilayas (vétérinaire, psychologique, physiothérapeutes, odontologistes...).

D'autre part, il devra y avoir au niveau de la Coordination Sanitaire, une **personne de référence** pour **chaque spécialité** et intervenant dans les différents programmes de santé ou une personne de référence pour **chaque programme de santé**. L'une ou l'autre devra entretenir un contact étroit avec la personne sahraouie responsable dans les camps de ces programmes.

Toute association souhaitant mener à bien un projet sanitaire dans les camps devra **préalablement en informer** la Coordination Sanitaire et le Ministère de la Santé afin que ces instances jugent de sa pertinence et l'incluent éventuellement dans le Plan de Santé Sahraoui.

À partir des mémoires rédigés relativement aux divers projets déjà réalisés ainsi que des travaux menés à bien par différents groupes et concernant la population sahraouie, il faudrait élaborer une **banque de données** ainsi qu'un **fond bibliographique de soutien**, pouvant être utiles à la réalisation d'autres travaux.

Jesús Martínez, de la Coordination Sanitaire a à sa disposition un fichier informatique concernant les divers travaux réalisés par différentes associations. Ce fichier est à la disposition de toute personne nécessitant ce type d'informations pour la réalisation d'autres travaux et peut également être enrichi par d'autres documents.

La coordination va prochainement mettre en place une page web.

Le Ministère de la Santé Publique s'engage à réaliser et ultérieurement à communiquer un **recensement des associations** intervenant dans les camps, mettant en relief leurs activités, leur champ d'action, etc.

Le Ministère de la Santé Publique s'engage à expliquer en détail aux associations coopérantes, **les fonctions et responsabilités** de son **personnel de santé**

REGISTRES

Les registres suivants sont considérés nécessaires et doivent être les mêmes pour la population de toutes les différentes wilayas:

- **Carte de Santé Infantile** (existe déjà)
- **Carte de suivie des grossesses** (il en existe différents modèles)
- **Carte des maladies chroniques** (il en existe différents modèles)
- **Porte-carte en plastique** dans lequel seront regroupés tous les documents antérieurement cités ou tout autre document d'intérêt (nous recommandons que ce porte-cartes soit environ de la taille d'une carte d'identité pour une meilleure maniabilité et qu'il soit assez laid de manière à ce qu'il ne soit pas utilisé à d'autres fins).
- **Dossier clinique** unique, dans lequel seront consignées toutes les interventions réalisées dans la vie du patient (il en existe plusieurs modèles)

Étant donné que pour certains de ces documents il existe plusieurs modèles circulant dans les différentes wilayas, il est proposé au Directeur de l'Attention sanitaire de récupérer plusieurs exemplaires de chacun d'entre eux, de réaliser une enquête sur l'usage qu'il en fait ou en a été fait afin que lors d'une ultérieure réunion avec un groupe composé de médecins et d'aides soignant, il soit décidé du document qui sera régulièrement utilisé dans les camps.

Table 3

Attention Spécialisée

Introduction

Une grande partie du travail réalisé par cette table s'est axé sur la révision et l'actualisation des conclusions obtenues lors des 11èmes Journées de Coopération Sanitaire avec le peuple Sahraoui organisées en 96.

Étant donné que la situation dans les camps n'a pas réellement changée depuis lors, nous continuons d'avoir besoin d'un soutien extérieur en ce qui concerne l'assistance spécialisée, bien qu'il y ait aujourd'hui davantage de médecins sahraouis en formation dans les différents pays collaborant dans ce sens y compris quelques-uns d'entre eux ayant terminé leur cycle d'étude de spécialisation. Cette situation continue d'être considérée comme temporaire et nous devrions pouvoir compter bientôt sur l'intégration progressive des futurs spécialistes sahraouis dans les Camps.

1. – PROTOCOLES DE TRAVAIL

1.1 Établir les spécialités prioritaires.

Le Ministère de la Santé Publique de la RASD sera chargé (suite aux résultats soulignés par les diverses équipes sanitaires d'Attention des Premiers Soins présentes dans les Daïras) de communiquer en fin d'année (afin de pouvoir prévoir ainsi à l'avance l'année suivante) aux diverses associations, ONG, Délégations Sahraouies, etc. et par l'intermédiaire de la Coordination Sanitaire, les spécialités prioritaires et celles qui sont suffisamment couvertes.

1.2 Équipe de base intervenant dans chaque acte.

Ces équipes doivent être composées d'un nombre minimum de personnes pour chacune des spécialités, c'est à dire des petits groupes partageant et complétant autant que possible le travail réalisé par le personnel sahraoui déjà formé, sans oublier la formation continue de ces derniers ainsi que celle des nouveaux membres.

La composition la plus appropriée de ces groupes serait la suivante:

A.- Groupe chirurgical:

- Chirugiens: 2
- Anesthésistes: 1 ou 2 (en fonction du travail à réaliser)
- Aides-soignant: 1 ou 2

- Technicien chargé de l'entretien. Son importance a été soulignée à plusieurs reprises car très souvent sa présence est absolument indispensable pour la mise en marche ou la réparation des équipements. Peu de groupes se déplacent sans lui.

Dans le cas des commissions gérant un volume important de patients il a été jugé préférable qu'un aide-soignant ou qu'une personne spécialisée en logistique se charge de la supervision de ces derniers lors de leur réception dans les hôpitaux.

La présence d'un Coordinateur-Responsable Sahraoui, par spécialité et de préférence médecin a été considérée comme intéressante.

B.- Groupe médical

Le personnel nécessaire relativement aux Programmes de Santé en vigueur.

Dans le cadre des spécialités médicales il a été jugé également très important que soit présent un Coordinateur-Responsable Sahraoui, de préférence médecin et chargé de la supervision et de la continuité des programmes entre les successives commissions.

1.3 Besoins en fongibles et en équipements pour chaque séjour ou commission.

Nous continuons de potentialiser l'utilisation d'équipements réutilisables par rapport aux équipements jetables (sauf en ophtalmologie dont la haute spécialisation des chirurgies oblige à l'utilisation de sets jetables tout en essayant malgré tout de réduire leur utilisation au maximum, par exemple plus de blouses depuis que sont apparues les tissus pouvant être stérilisés plusieurs fois). C'est pourquoi il faudra toujours veiller à conserver en parfait état de marche les autoclaves et appareils de stérilisation qu'il conviendra de faire réparer autant de fois que nécessaires par les techniciens des Délégations.

1.4 Coordination et calendrier

Le **BUREAU CENTRAL DE COORDINATION SANITAIRE** de Vitoria, sera la seule instance chargée d'élaborer le *Calendrier annuel de travail* en tenant compte des sollicitudes renvoyées tous les ans par chacune des Commissions avant le 15 janvier de chaque année. À partir de cette date, le Bureau de Coordination pendra public le *Calendrier* (Internet, courrier, téléphone, etc.). À partir de là toutes les commissions qui n'auront pas encore réservé et confirmé leurs dates devront coordonner ces dernières, par le biais du Bureau en fonction des places encore disponibles et dans un délai de 3 à 4 mois d'avance. Dans le cas contraire elles s'exposeront au risque de ne pas pouvoir réaliser leur travail.

D'autre part, l'ensemble de la table de travail a été d'accord pour que le Bureau des Démarches d'Obtention des Visas de la Délégation Sahraouie de Madrid réclame en tant que **condition sine qua non**, préalable à l'attribution du Visa à toute Commission sanitaire, **l'accord du Bureau de Coordination Sanitaire**.

Le Ministère de la Santé Publique de la RASD devrait pouvoir, dans le cas où malgré les recommandations ci-avant mentionnées, plusieurs Commissions Chirurgicales devraient intervenir au même moment, donner la préférence à celle ayant réalisées les démarches nécessaires en temps et en heure.

1.5 Canaux de communication entre les différentes spécialités et les responsables des programmes.

Sur ce point depuis les 11èmes Journées de Coopération Sanitaire de 1996, la présence d'un **coordinateur officieux par spécialité**, continue d'être considérée comme souhaitable. Son travail consisterait toujours à gérer et à conseiller les possibles nouveaux groupes de sa spécialité souhaitant s'incorporer au travail dans les Camps et bien sûr le point de référence auquel tous devraient s'adresser avant de voyager afin de se renseigner sur les besoins ainsi que sur l'état du matériel de travail. Cela permettrait d'éviter dans un grand nombre d'occasions une surcharge d'un côté et le gaspillage de recours de même que la péremption d'un matériel qui est toujours valable. Logiquement pour que cela soit possible il conviendrait de se mettre en contact avec cette personne et de lui remettre un rapport complet à chaque fin de mission.

Les personnes participant à cette table ont également jugé que le **coordinateur** devrait envoyer ces rapports à chacune des Commissions de la spécialité en question.

1.6 Organisation des voyages et envoi de matériel

Les conditions de sécurité dans le nord de l'Algérie se sont heureusement amélioré depuis 1996, c'est pourquoi la table a conclu que chaque groupe devra organiser son voyage de la manière la plus appropriée (lignes aériennes régulières; Charter; combinaison des deux; etc.).

Nous continuons de considérer comme importante la collaboration (qui est considérée comme prioritaire par la Coordination Sanitaire) des différentes Associations et Délégations préparant leur voyage en Charter avec les Délégations Sanitaires qui en font la demande, afin de réserver si nécessaire environ 750 k de charge dans les soutes de l'avion pour le matériel sanitaire et des places pour les coopérants du projet. Tout cela facilitant de manière importante l'arrivée de la Santé dans les populations sahraouies réfugiées dans les camps, ce qui est en fin de compte le souhait prioritaire de chacun des coopérants solidaires du peuple sahraoui.

L'envoi de matériel lourd, volumineux ou très abondant se fera à travers des Caravanes de véhicules envoyées depuis tous les villages d'Espagne (centralisés dans le Port de Alicante) pendant toute l'année. Il faudra tenir compte du fait que ce type de transport tarde environ trois ou quatre mois à arriver jusqu'aux camps et qu'une fois arrivé la personne (coordinateur sahraoui du Projet) ou organisme chargé(é) de le recevoir sera parfaitement informé(e) sur le véhicule transportant la marchandise afin que cette dernière ne soit pas égarée dans l'un des dépôts de la demi-lune Sahraouie.

Quel que soit, bien évidemment le type de transport utilisé le matériel sera toujours parfaitement identifié conformément à la normative en vigueur et sera toujours le strictement nécessaire.

1.7 Rédaction d'un Document permettant la communication entre les différentes Institutions

Il est très important qu'existe un cadre juridique et administratif facilitant le travail des professionnels sanitaires de la Santé Publique afin que ces derniers ne souffrent aucune absence de salaire ou abus par rapport à leur temps libre, et ce afin de garantir la continuité des Projets.

C'est pourquoi les différentes Associations et Délégations Sahraouies continueront de travailler avec les Administrations Centrales, Autonomes et Municipales compétentes en matière de Santé, afin d'élaborer sur la base de ce qui a été réalisé par les Conseils de Santé d'Andalousie, de Valencia ou des Îles Baléares, un « Document » (Accord de Collaboration ; Décret-loi, etc.) régulant et protégeant les Projets Sanitaires Subventionnés, leurs composants (coopérants sanitaires) ainsi que les réfugiés sahraouis nécessitant une assistance sanitaire. Et prévoir si nécessaire le budget nécessaire à cette fin dans le budget annuel correspondant.

1.8 Assurances du personnel expatrié.

Il est absolument indispensable que chaque Délégation contracte une police d'assurance spécifique (incluse dans le budget correspondant au Projet) pour ce type de voyage et couvrant tous les coopérants pendant toute la durée de leur séjour dans les Camps ainsi que leur éventuel rapatriement le cas échéant.

1.9 Attention des prisonniers de guerre.

Ils seront accueillis de la même manière que la population sahraouie comme cela a toujours été le cas.

1.10 Évaluation des Programmes.

En plus de l'évaluation "externe" à laquelle une grande partie des Commissions sont soumises de la part de leurs sponsors, il nous semble important que les coordinateurs de chaque spécialité se réunissent au moins une fois par an avec les sahraouis afin de pouvoir évaluer correctement comment se développent les différents projets ainsi que les possibles modifications à prévoir ou non au sein de ces derniers.

Pour ce faire, chaque Commission devra adresser en plus au Bureau de Coordination Sanitaire ainsi qu'au Coordinateur de la spécialité, un rapport concernant son travail.

Une évaluation réalisée par le destinataire de l'aide, à savoir le Peuple Sahraoui, par le biais si nécessaire de « Questionnaires par spécialité » qui devront être complétés par le personnel sanitaire ainsi que par les représentants civils des Daïras et Wilayas qui devront être sincèrement critiques et ne subir aucune pression relativement à une hypothétique réponse adverse, car ce n'est que grâce à cette sincérité de réponse que nous serons conscients de nos erreurs et que nous pourrons améliorer la qualité de notre Aide.

1.11 Véhicules.

Disposer de véhicules sûrs est en parfaite condition de circulation est absolument indispensable pour que les Délégations Sanitaires puissent mener à bien leur travail dans les Camps. Chaque Commission sera donc responsable de l'entretien correct de ses propres véhicules.

C'est pourquoi les Délégations devront inclure dans leurs Projets l'achat d'un véhicule adapté aux conditions du territoire en question (tout terrain pour le transport du personnel ou du matériel, suivant le type de projet développé) et s'allouer un budget destiné à l'achat des pièces de rechange ou à l'entretien du véhicule afin de le conserver en bon état de fonctionnement.

De son côté, le Ministère de la Santé Publique de la RASD sera chargé de surveiller que les véhicules des différentes Délégations ne soient utilisés que pour les fins pour lesquelles ils ont été prévus de manière à ce que lorsque ces Délégations arriveront dans les Camps, elles puissent disposer des véhicules sans que ces derniers ne soient en panne à cause d'une utilisation indue.

Tout cela implique un effort de recherche de financement permettant d'agrandir le parc automobile sanitaire destiné non seulement aux Délégations mais aussi aux Représentants (Monsieur le Ministre, les Directeurs de zones, etc.) du Ministère de la Santé Publique de la RASD qui ont besoin d'un véhicule dans leur travail quotidien et pendant toute l'année.

1.12 Protocoles de dérivation pour un filtrage adéquat des patients.

Comme nous le spécifions dans les Protocoles du Point 3 des conclusions de notre Table:

Les médecins des wilayas se considèrent capables de réaliser la sélection des patients devant être vus par les différentes Commissions. Nous pensons qu'il est également important de partager avec eux le travail réalisé lors des différentes consultations.

Nous considérons comme nécessaire, afin de pouvoir recevoir de manière correcte les patients, de limiter le nombre de cas par consultation en essayant en cas de surnombre des patients de faire passer prioritairement les cas les plus graves en premier, et c'est là que la collaboration antérieurement mentionnée des médecins Sahraouis est très importante.

Nous avons considéré comme conseillée, étant donné le succès rencontré par la Carte de l'enfant ou la Carte Ophtalmologique élaborée par Ulls del Món, la création d'une **Carte Sanitaire** unique et individuelle qui contiendrait tout l'historique médical du patient et que ce dernier devrait présenter lors de chaque visite médicale que ce soit dans une Daira ou lors d'une consultation spécialisée dans une wilaya ou à l'Hôpital.

2. - ÉVACUATIONS

Une évacuation ne sera proposée que dans **les cas graves** (les pathologies banales ne seront pas prises en compte: Implants dentaires, impuissance, cosmétique, etc., ni les pathologies ne représentant aucun danger pour la vie du patient: infertilité du couple, etc.) **ne pouvant être traités dans les Camps.**

Seul **le spécialiste** de la pathologie à traiter (ou par défaut un autre spécialiste) **sera habilité à émettre une Proposition d'Évacuation.**

Cette Proposition sera rédigée en **trois exemplaires** (à l'aide de papier carbone dans le cas d'en disposer) à l'aide des Imprimés d'Évacuation (ou par défaut sur un papier blanc en écrivant **de manière intelligible** : Les **informations relatives au patient** (nom et prénom ainsi que l'adresse afin de faciliter sa localisation); **et au spécialiste** (nom, prénom et spécialité de celui qui remplit l'Imprimé), la pathologie ou la **maladie motivant l'évacuation**, ainsi que les raisons pour lesquelles le patient ne peut être directement traité dans son Camp d'origine. Chacune des copies devra porter la signature originale de son rédacteur. Ne jamais (dire au patient ou à sa famille) préciser le centre sanitaire ni le pays vers lequel le patient doit être évacué.

De ces trois copies: L'original sera adressé au responsable des évacuations du Ministère de la Santé Publique de la RASD; la 1^{ère} copie (signée) sera remise au patient ou à sa famille et la copie restante sera conservée par le spécialiste.

Il convient de savoir que les différentes **étapes d'une évacuation** sont:

1°.- L'Hôpital de Tinduf.

2°.- Un Hôpital Général situé dans l'une des grandes villes algériennes, habituellement Alger.

3°.- Uniquement si le cas ne peut être traité à Alger (exceptionnel) ou s'il existe la possibilité qu'il soit traité plus rapidement et manifestement mieux qu'à Alger, les responsables sanitaires sahraouis solliciteront conjointement avec le Bureau des Évacuations le transport du patient vers le pays ou le lieu (Maison d'accueil), de l'hôpital le plus approprié à son traitement.

Tout cela est le fait qu'actuellement l'Algérie peut traiter rapidement et correctement à peu près toutes les pathologies présentées par n'importe quel réfugié qui en fait la demande. Alors que si ce dernier doit être transporté dans un pays étranger, les diverses démarches relatives à l'immigration prennent en moyenne environ 8 mois et lorsqu'il s'agit de santé le facteur temps est généralement déterminant.

3. - COORDINATION DES COMMISSIONS MÉDICALES ET CHIRURGICALES:

Voir Annexe jointe

4. – BANQUE DE SANG

La création d'une banque de sang est aujourd'hui indispensable afin d'améliorer le rendement des Délégations de Spécialités Chirurgicales ainsi que l'attention portée à la population Sahraouie vivant dans les Camps. Pour ce faire nous allons devoir travailler afin de créer un groupe d'experts (Hématologues et infirmières possédant une bonne expérience dans la mise en place et le fonctionnement d'une banque de sang dans des conditions proches de celles vécues dans les camps (région isolée, île, etc.) susceptible de voyager jusque là-bas, de prendre connaissance de la situation et d'évaluer les possibilités de la mise en action de moyens humains et matériels permettant de mener à bien ce projet, dans le cas bien sûr où il serait viable.

5. - RADIOLOGÍA

Malgré toutes ces années de travail et l'investissement en matériel et en formation du personnel il est toujours impossible d'obtenir des images radiographiques fiables.

Et non seulement cela, mais jusqu'à aujourd'hui nous n'avons pas toujours pas réussi à faire comprendre aux techniciens l'importance d'identifier clairement chacune des radiographies à l'aide du nom du patient, de la date et de la latéralité de ces dernières.

Cela est la preuve qu'avant d'investir dans l'achat d'un nouveau matériel, il est absolument nécessaire de réunir un groupe d'experts (Radiologues) possédant une importante expérience dans la mise en route d'une équipe de radiologie dans une zone aux caractéristiques proches de celles présentées par les Camps. Les encourager et les convaincre de se déplacer jusque là-bas afin qu'ils évaluent la situation et qu'ils mettent à jour les ressources humaines et matérielles actuelles afin que nous puissions compter le plus vite possible et pour longtemps sur des radiographies fiables.

6. - LABORATOIRE

Les premières années de fonctionnement du laboratoire ont démontré, de par le peu de rendement obtenu, ce que pouvaient avoir d'inappropriées les techniques de chimie sèche, c'est pourquoi face aux besoins de valeurs analytiques de base fiables relativement aux patients devant être opérés ou pour le contrôle post-opératoire, plusieurs Délégations ont uni leurs efforts et se sont mises à utiliser des techniques de chimie sèche, qui se sont avérées bien plus appropriées aux caractéristiques présentes dans les Camps.

Cela a permis d'améliorer en substance les équipements disponibles dans les laboratoires ainsi que leur utilisation, ce qui permet aujourd'hui aux Délégations ainsi qu'aux médecins sahraouis de disposer de valeurs analytiques fiables de manière continue.

Médecin International est jusqu'à ce jour responsable de l'approvisionnement en réactifs, mais au cas où, nous conseillons aux équipes de profiter de leur voyage pour ramener des réactifs de réserve après avoir préalablement contacté le coordinateur du Laboratoire par le biais du Bureau de Coordination, afin de s'informer sur les caractéristiques et sur les quantités des réactifs utilisés.

De plus, l'électro-docteur de chaque Délégation procédera à une révision d'entretien ainsi qu'à une mise au point de tous les équipements au début de chaque séjour.

La possibilité de pouvoir bénéficier de moyens permettant de réaliser dans les Camps et de manière habituelle des sérologies infectieuses est toujours en suspend.

7. - RÉHABILITATION

Sera joint à ces conclusions le Rapport qui sera élaboré conjointement avec le Ministère de la Santé Publique de la RASD, suite à la visite de travail de M. Marco Bertone dans les Camps.

Table 4

Infirmierie

- 1 On observe la nécessité d'établir un organigramme d'Infirmierie concret et dépendant directement du Ministère de la Santé, dans lequel l'infirmierie serait dotée d'une Adresse d'Infirmierie dont les responsables intermédiaires et les responsables infirmiers /infirmières seraient compris dans les structures de santé et intégrés par cette adresse en créant ainsi une équipe de travail ; Cela encourage l'effort professionnel tout en facilitant le fait d'assumer une responsabilité et rend possible de plus une meilleure stabilité des équipes tout en permettant la communication directe entre les professionnels ayant les mêmes inquiétudes dans le but d'unifier les critères d'actions.
- 2 Définir clairement les fonctions des infirmiers/infirmières et des aides-soignant.
- 3 Mettre en place dans les hôpitaux un poste de professeur en nommant un responsable infirmier / infirmière assurant la formation pratique des élèves en infirmierie, qu'il s'agisse d'infirmiers ou d'aides soignant.
- 4 Mettre en place un système de validation des connaissances par le biais de l'École d'Infirmierie de manière à pouvoir valider les connaissances des infirmiers travaillant dans le secteur depuis de nombreuses années et qui subissent aujourd'hui des discriminations pour n'être titulaires d'aucun diplôme.
- 5 Encourager les professionnels de l'infirmierie suivant leurs responsabilités en considérant qu'augmente leur engagement en même temps que la responsabilité assignée.
- 6 Création d'un groupe de travail chargé du suivi et de la continuité des conclusions des Journées et d'autres questions dérivées de ces dernières.

POUR LES COMMISSIONS COOPÉRANTES

1 Les infirmiers/infirmières des commissions doivent respecter les protocoles d'action mis en places pour les diverses procédures suivies dans les hôpitaux (dynamique des hospitalisations, compléter les registres d'infirmierie) en n'interrompant pas la méthodologie acquise et en n'individualisant pas ces dernières car cela fait que les professionnels sahraouis soient obligés de s'adapter aux commissions lorsqu'en réalité se sont les commissions qui bien au contraire doivent s'adapter aux besoins du milieu et respecter les méthodes de soins établies.

2 Unifier les critères de base de la formation qui doit être transmise aux infirmiers des commissions afin de donner à tous la même information et ne pas perdre les infirmiers quant à ce qu'ils doivent faire.

Critères de base

- Signes vitaux + poids + diurèse
- Correcte préparation des médicaments

Administration des médicaments

Soins

- Généraux
- Spécifiques
- Auto-administration des soins / prévention

Soins répondant à un protocole de traitement des maladies les plus importantes

- Diarrhées aiguës et chroniques
- Déshydratation et dénutrition
- Maladies respiratoires
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Goitre
- Conjonctivite / Trachome
- Maladies sexuellement transmissibles
- Pathologie materno-infantile périnatale

Connaissance claire des registres d'infirmierie

Notions de base concernant les médicaments les plus fréquemment utilisés

3 Seront utilisés les registres d'infirmierie déjà existants, le registre est composé d'une feuille pour : l'administration des médicaments, les soins d'infirmierie et l'évolution de l'infirmierie

QUANT À L'ÉCOLE D'INFIRMIERS/INFIRMIÈRES

1 L'école bénéficie d'un programme de formation clairement défini dont il convient de respecter les contenus et les horaires ainsi que le cycle formatif sans que ce dernier n'ait à subir d'interférences extérieures. Les cours occasionnels donnés par d'autres professeurs ou intervenants éventuels, devront être préalablement autorisés par la direction. Cette autorisation doit être demandée avant que l'équipe ne voyage en direction des Camps.

2 Sera mis en place un programme de recyclage post-universitaire dont les cours seront impartis par des infirmiers diplômés jusqu'à ce que soit mise en marche la formation continue correspondante.

3 À la demande de la Direction de l'École des Journées Infirmierie seront organisées dans les Camps. Ces réunions seront organisées par la Direction de l'infirmierie du Ministère de la Santé de la RASD.

Table 5a

Médicaments

1. Alerter de la situation que médecin international (m.i.) dénonce concernant les conditions que ECHO propose pour assurer le contrôle des médicaments qui arrivent par le biais de m.i. Dans ces conditions, m.i. ne réalisera aucune commande à ECHO. Conséquence immédiate: Manque de médicaments en 2004.

m.i. n'accepte pas la pression exercée par ECHO, mais accède à continuer à travailler avec l'apport du système de gestion (fonds propres)

La Table soutient la décision de m.i.

2. Propositions visant à solutionner cette situation de crise:
 - Évaluer les besoins immédiats et rechercher différents systèmes de financement conformes aux critères du système de gestion actuel (comme lors des 5 dernières années)
 - Augmenter la production de certains médicaments dans les laboratoires de production de Rabuni en coordonnant cette augmentation avec la Pharmacie Centrale
 - Dons:
 - Canaliser ces dons par le biais du Ministère de la Santé
 - Pétitions à partir de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels
 - Informer des normes existantes de l'OMS concernant les dons aux entités et associations collaborant avec la RASD
3. Guide Thérapeutique d'attention des Premiers Soins
 - Créer une commission chargée de réviser et d'actualiser ce guide chaque année
 - Cette commission devra être composée de médecins, de pharmaciens en tant que maximums responsables ainsi que d'autres intégrant.
 - Une tâche importante de cette commission: diffusion du guide, promouvoir son usage parmi les divers intervenants sanitaires dans le cadre d'une formation permanente
 - Étudier les possibilités de nouveaux médicaments (ou de médicaments de remplacement); de médicaments destinés à l'attention spécialisée ou hospitalière.
4. Système de gestion
 - M.i. va continuer à collaborer avec les responsables de la Pharmacie Centrale afin de renforcer le Système de Gestion des Médicaments.
5. Déchets (médicaments passés de date, etc.)
 - Revoir l'actuelle politique de traitement des déchets
 - Diffuser les normes en vigueur relatives à ce sujet

6. Laboratoire de production
 - Garantir les conditions nécessaires au bon fonctionnement du laboratoire (eau, électricité, infrastructures, entretien)
 - Augmenter la production de médicaments en fonction des besoins soulignés par la Pharmacie Centrale
 - Communication continue pour de bonnes prévisions
 - Potentialiser le développement de nouveaux processus de fabrication, par exemple le sérum, irrigation de la vessie ; solutions de lavage stérile.
 - Considérer la possibilité d'agrandissement des installations
7. Formation des techniciens (Techniciens de Distribution et Techniciens de Fabrication)
 - Fournir le matériel de formation destiné aux formateurs au niveau local
8. La Table encourage la réalisation de ces divers éléments de motivation et les considère comme nécessaires à la continuité et au suivi des programmes.

Table 5b

Équipements et Entretien

Les intervenants de la table n° 5 sont arrivés à la conclusion que pour garantir que la collaboration dans ces secteurs sera effective, il est indispensable de coordonner les associations par le biais de la coordination Sanitaire et ce toujours à partir, bien sûr des besoins déterminés par le Ministère de la Santé.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Liste prioritaire des besoins.

BUREAU DE COORDINATION SANITAIRE.

INFORME LES ASSOCIATIONS DES BESOINS.

LES ASSOCIATIONS INFORMENT LE BUREAU DE COORDINATION DES PROJETS QU'ELLES COMPTENT RÉALISER

LE BUREAU DE COORDINATION INFORME PÉRIODIQUEMENT LES ASSOCIATIONS DES PROJETS EN COURS.

Ce fonctionnement est défini par le manque d'information et de coordination qu'il existe à certains moments relativement aux projets en marche (personne ne sait quels projets sont appliqués ni par qui.).

Une fois déterminé le point antérieur, nous allons le définir:

- 1.- Le Ministère de la Santé dresse une liste prioritaire des besoins.
- 2.- Il la porte à la connaissance du bureau de coordination.
- 3.- Le bureau de coordination la transmet aux associations.
- 4.- Les associations communiquent au bureau de coordination les projets qu'elles souhaitent assumer.
- 5.- Le bureau de coordination communique périodiquement aux associations les projets qui sont réalisés.

Nous proposons ce système de fonctionnement afin d'éviter la duplication de mêmes projets, afin de rentabiliser au maximum tous les recours et moyens ainsi que pour fomentier la coordination entre les diverses associations.

Une fois les bases de la coordination exposées, nous expliquons ici le détail des conditions qu'il est conseillé de respecter lors de l'envoi du matériel et des équipements en général:

- Emballage adapté au type de matériel.
- Etiquetage clair faisant mention du destinataire et de l'expéditeur du matériel, mode de localisation de ce dernier.
- Élaboration d'une liste de tout le matériel qui est envoyé.
Envoyer cette liste au ministère correspondant ainsi qu'au bureau de coordination sanitaire.

Table 6

Gratifications et Récompenses

INTRODUCTION

L'analyse de la situation et du contexte économique, social et professionnel des camps de réfugiés sahraouis présente une société changeante où l'activité économique des camps est présidée par l'existence d'une économie de marché de base mais dynamique, où prolifèrent les petits commerces et les petites industries proposant également un certain nombre de services. L'arrivée des devises des propres immigrants, des pensions ou retraites des anciens fonctionnaires, des militaires et policiers de l'Espagne Coloniale ainsi que les aides aux familles vivant dans la zone occupée et celle des familles solidaires d'Europe ont rendu possible ce petit boom. Ce dynamisme contraste avec une importante part de la population où la difficulté à maintenir organisé le Secteur Public coexiste avec des niveaux d'efficacité minimums non-souhaitables. Ne sont pas étrangers à ce phénomène la prolongation indéfinie d'une situation de refuge due au réitéré non-respect du Plan de Paix et le long exil provoquant entre autres les effets suivants : manque d'expectatives, grande pression subie lors de la recherche d'une solution individualisée aux problèmes de pénuries vécues par les familles que ce soit au moyen de l'immigration ou par le remplacement d'emploi au profit d'une activité rémunérée dans les camps.

L'institution sanitaire est spécialement sensible à ces événements car ses travailleurs doivent consacrer leur temps au service public auquel ils sont destinés, sans pouvoir réaliser normalement d'autres activités. Nous sommes tous conscients de l'importance de maintenir des services de santé opérationnels, de cela dépend la santé de la population, sans laquelle il est impossible de maintenir la cohésion ou le moral de cette dernière. Les professionnels de la santé sahraouis, avec leur capacité d'autogestion, d'organisation, de rénovation, de formation et de transmission des connaissances doivent recevoir un traitement adapté afin que malgré les circonstances adverses actuelles ils continuent d'être les dépositaires de la santé de leur peuple.

En nous basant sur l'opinion des experts tels que l'étude *Ni guerre ni paix de Hegoa*. 2.002, ainsi que sur les initiatives menées à bien depuis quelques années par des ONG et Associations Amies du Peuple Sahraoui et les diverses résolutions de différents forums de discussion (EUCOCO de Modène (Italie) 2.002 et Nanterre (France) 2.003), nous considérons que l'ENCOURAGEMENT du personnel de la Santé de la RASD est absolument INDISPENSABLE à la réalisation des programmes de santé et des objectifs d'assistance et de prévention commandés par le Ministère de la Santé.

Cette table propose de développer une politique d'encouragement du personnel de la santé qui à notre sens devrait intervenir au niveau des aires suivantes:

A.- ENCOURAGEMENT ÉCONOMIQUE DU PERSONNEL ACTIF (RÉMUNÉRATION).

B.- AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL: politique de personnel, d'entretien et d'amélioration des structures et infrastructures de santé.

C.- AMÉLIORATIONS DESTINÉES À FACILITER LA VIE QUOTIDIENNE DU TRAVAILLEUR ET DE SA FAMILLE.

A.- ENCOURAGEMENT ÉCONOMIQUE DU PERSONNEL ACTIF (RÉMUNÉRATION)

Considérations concernant l'encouragement économique ou gratification.

Il doit être appliqué à un personnel professionnel et adapté aux besoins ainsi qu'au développement progressif des divers programmes en fonction de critères d'efficacité (Personnels réajustés)

La Gratification dépendra des travaux réalisés et des objectifs atteints.

Critères d'équité avec des différences dépendant de la catégorie professionnelle, du niveau de responsabilités et du dévouement.

Suffisant, à produire les effets escomptés.

Transparent et public: Administration centralisée au moyen d'un système transparent et rendant possible la consultation ainsi qu'une certaine souplesse. Base de donnée actualisée.

Sans aucune discrimination sexuelle ou de tout autre ordre que ce soit.

Régulé et contrôlé par le Ministère et les ONG assurant le financement.

Nous estimons qu'il s'agirait d'atteindre un MONTANT suffisant pour couvrir des gratifications comprises entre 30.000 DA et 60.000 DA par an/travailleur dévoué.

Stratégie d'implantation de la Gratification:

Nous proposons une étape transitoire à l'issue de laquelle nous compterions sur un montant suffisant à couvrir les besoins de l'ensemble du personnel actif. Pendant ce temps il est essentiel que les projets comptant déjà sur un système d'encouragement du personnel n'accusent aucune baisse de rendement. Pour ce faire nous recommandons que le personnel continue de percevoir une gratification, certes modifiée comme nous l'expliquons plus loin dans ce qui pourrait être un **plan stratégique pour que les gratifications parviennent à tout le personnel de santé actif.**

STRATÉGIE:

Promotion des Sources de Financement pour l'Encouragement au moyen de:

1. Introduction du système de gratification dans tous les projets de santé.
2. Politique de sensibilisation de la population sahraouie.
3. Sensibilisation des associations et des sympathisants de la Cause Sahraouie.
- 4 Formulation d'un micro-projet de gratification du SECTEUR PUBLIC SAHRAOUI.

1.- Introduction du système de gratification dans tous les projets de santé

Tous les projets de santé devront contribuer au financement de la Gratification: nous proposons que la quantité attribuée soit suffisante pour couvrir la totalité du personnel directement impliqué dans le projet **et ne soit en aucun cas inférieure à 10% du total du budget alloué au projet.**

En tenant compte des éléments suivants:

- Depuis un certain nombre d'années il existe déjà quelques projets incluant un système de gratification répartie de différentes manières et sans aucun critère d'homogénéité.
- Actuellement le budget alloué n'est pas suffisant pour couvrir de manière adéquate le versement des gratifications mentionnées au niveau de l'ensemble du personnel et susceptibles de produire les effets escomptés.

Nous proposons:

Qu'en ce qui concerne les projets bénéficiant déjà d'une gratification propre et d'une manière transitoire jusqu'à ce que le Montant total soit suffisant à couvrir de manière significative l'ensemble des besoins du personnel, 70% du budget de la gratification soit alloué au versement des salaires des travailleurs directement concernés par le projet, conformément aux conditions ci-avant exposées et dans le cadre d'une politique visant à respecter les quantités maximums correspondantes à l'échelle des gratifications, du niveau de responsabilité et du dévouement. Les 30% restant constitueront un **fond solidaire** et serviront à augmenter la somme d'argent qui sera répartie suivant les critères du Ministère de la Santé entre les travailleurs actifs ne participant pas directement aux projets bénéficiant d'un système de gratification propre. Le versement de ces deux sommes devra être globalement et individuellement justifié. La finalité de tout cela est qu'à la fin de cette période transitoire tous les travailleurs de la santé puissent percevoir une compensation économique en récompense du travail réalisé de manière équitable et indépendamment du projet de financement. Cette période transitoire sera d'autant plus courte que les fonds nécessaires seront rapidement perçus et que d'autres sources de financement seront activées de manière à atteindre le budget nécessaire et suffisant au paiement des gratifications de tout le personnel de santé. Cet objectif pourrait être atteint en 2 ans.

Les travailleurs percevant une gratification signeront un contrat sur lequel figureront les obligations des deux parties ainsi que la somme à percevoir et les objectifs à atteindre au cours de la période du contrat.

Un mécanisme de contrôle et de prise de décisions concernant ces gratifications sera activé par le Ministère de la Santé et sera soumis aux financeurs.

2.- Politique de sensibilisation de la population sahraouie

Politique de sensibilisation de la population sahraouie et possibilités de contribuer, par le biais de la création d'un fond de soutien à la rémunération économique du Secteur Public de la RASD. Cette politique sera dirigée aux sahraouis vivant actuellement dans les camps, sur les territoires occupés ou à l'étranger. Son développement dépendra directement du Front POLISARIO.

3.- Sensibilisation des associations et des sympathisants de la Cause Sahraouie

Sensibilisation des associations et des sympathisants de la Cause Sahraouie afin que ces derniers contribuent, par l'attribution d'un certain pourcentage de leur salaire (0.7%?) à augmenter le montant ci-avant mentionné. Pour cela nous sommes conscients qu'il convient d'abord de définir quel sera le cadre de cette contribution, sa redistribution, son système de transparence politique ainsi que sa justification, etc. Profiter des canaux ouverts au travers des Syndicats, des jumelages entre les villages, etc. Ces initiatives dépendent essentiellement des Associations des Amis du P.S.

4.- Formulation d'un macro-projet de gratification du SECTEUR PUBLIC SAHRAOUI

Intervenir auprès des ONG et/ou de la FEDISA, afin de formuler un projet de gratification du SECTEUR PUBLIC SAHRAOUI, financé par exemple par le biais de l'AECI. Cette initiative, de part ses répercussions suppose une coordination préalable du Ministère de la Coopération de la RASD.

B.- AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

La gratification seule ne saurait garantir d'aucune façon le succès de l'amélioration des services de santé. **Nous considérons en effet cette dernière indispensable mais non suffisante.** Elle doit s'accompagner d'une politique de renforcement des cadres locaux et des ressources humaines. Nous faisons ici référence à une politique de fonctionariat ou de travailleur de la santé dans lequel une attention toute particulière serait accordée aux aspects suivants:

- Reconnaissance professionnelle, encouragement du travail bien fait, adéquation de l'organisation et du système aux actuels besoins et activités, délégation des fonctions à un personnel qualifié, encouragement de la carrière professionnelle, accès à des postes de responsabilités.
- Dotation, amélioration et entretien des équipements, infrastructures et structures.
- Formation continue destinée à la capacitation du personnel responsable, des adjoints et personnels en stage afin de compléter les programmes de santé.
- Création d'un système capable de couvrir les besoins de transport et de mobilité dans le travail.
- Instruments de travail: matériel clinique d'exploration, guides, manuels, protocoles.

C.- AMÉLIORATIONS VISANT À FACILITER LA VIE QUOTIDIENNE DU TRAVAILLEUR ET DE SA FAMILLE

Ces améliorations se justifient par le dévouement du service public dans un environnement où il est plus difficile de trouver des solutions aux divers besoins quotidiens. Nous proposons comme possibles améliorations:

- Des lieux de détente et de repos mieux équipés dans les Centres de Travail.
- Des aides à l'alimentation aussi bien pour les familles que pour les centres d'attention sanitaire.
- Aides visant à l'amélioration des installations familiales: énergie solaire.
- Aides au niveau des événements familiaux; mariages, baptêmes, etc.
- Accès à l'information par Internet dans autant de lieux que possible, ETC.

Apéndice 1

RAPPORT SUR LE SERVICE DE RÉHABILITATION

Pour une correcte gestion des handicapés physique au sein de la réalité des Camps de Réfugiés Sahraouis, il convient de considérer différents facteurs tels que : la nécessaire réhabilitation de la population, les habitudes sociales de cette dernière, tenir compte de la géographie du territoire, du climat et de la totale nouveauté de ce type de service.

Quant à la stratégie organisatrice Sahraouie, il est prévu la création d'un *Département Central* au sein même du Ministère, dirigé par un *Coordinateur de programme*.

La présence de Physiothérapeutes est nécessaire aussi bien au niveau des *Hôpitaux Nationaux* que des *Hôpitaux Régionaux*.

1. Les hôpitaux Nationaux

Le nombre des physiothérapeutes intervenant au niveau des Hôpitaux Nationaux doit être adapté à la typologie ainsi qu'à la quantité des services requis:

- Hôpital National de Rabuni
- Hôpital National de Bol-la
- Hôpital National de Chraid-Cherif

Pour les hôpitaux Nationaux de Rabuni et de Bol-la il convient de prévoir la présence minimum et garantie de professionnels permettant de faire face à une routine normale et connaissant bien les traitements appliqués aux pathologies suivantes:

- Douleur aiguë du dos
- Ostéo-arthrose
- Arthrite rhumatoïde
- Hémiplégie aiguë
- Pathologie respiratoire aiguë et chronique
- Pathologie Orthopédique

Et qui réalisent en plus une évaluation continue au moyen de la rédaction et de l'usage d'une fiche de suivie du processus de réhabilitation.

Pour l'Hôpital-École de Chraid-Cherif, il conviendrait de prévoir la présence d'un physiothérapeute chargé de remplir les tâches suivantes:

- Mobilisation des patients alités
- Gestion et prévention des séquelles secondaires et tertiaires des patients souffrant d'une pathologie hautement invalidante
- Apprentissage des patients afin que ces derniers puissent utiliser de manière correcte et adaptée les divers recours matériels mis à leur disposition
- Évaluation continue au moyen de la rédaction et de l'utilisation de la fiche de suivi du processus de réhabilitation des patients hospitalisés.
- Évaluation continue des outils pour l'autonomie des patients (béquilles, fauteuils roulants, etc.)
- Monitorat pour un bon fonctionnement des recours matériels de réhabilitation et des outils.

2. Les Hôpitaux Régionaux

Sur la ligne du nouveau modèle d'Attention des Premiers Soins, nous avons besoin de 2 physiothérapeutes dans chacune des équipes d'Attention des Premiers Soins au niveau Régional (EAP) capables de remplir les tâches suivantes:

- Travailler dans un hôpital Régional afin de s'occuper des patients hospitalisés ou se présentant par leurs propres moyens et souffrant des pathologies suivantes:
 - Douleur chronique au niveau du dos
 - Ostéo-arthrose
 - Arthrite rhumatoïde
 - Hémiplégie chronique
 - Pathologie respiratoire aiguë et chronique
 - Pathologie orthopédique
- Travailler directement au domicile des patients, dans les cases ou "Jaimas" de ces derniers afin de remplir les tâches suivantes:
 - Dresser une liste des besoins en réhabilitation de chaque "Wilaya", allant de l'enfant au grand-père, en collaboration avec la représentante de la UNMS de chaque « Daira » (UBD)
 - Réaliser une évaluation continue au moyen de la fiche de réhabilitation.
 - Traiter les patients soit dans les "Jaimas" soit à l'hôpital en fonction de la gravité de chaque cas ou de l'autonomie du patient.
 - Évaluer les besoins en matériel orthopédique
 - Conseiller les patients et leurs familles relativement aux pathologies suivantes:
 - Paralysie cérébrale infantile
 - Hémiplégie aiguë
 - Douleur aiguë et chronique du dos

Toute l'information récupérée au niveau périphérique (copie de fiche de réhabilitation et copie des besoins en matériel orthopédique) devra être envoyée au Département de Réhabilitation du Ministère de la Santé, afin que les mesures opportunes soient prises relativement à la programmation des activités formatives correspondantes aux pathologies relevées au niveau de Wilaya et des Hôpitaux Nationaux. Les activités de formation pourront se dérouler dans l'Hôpital-École de Chraid-Cherif qui bénéficie des infrastructures nécessaires.

Nous informons qu'il existe dans les Hôpitaux Nationaux, des locaux adaptés à l'installation de Services de Réhabilitation (récemment créés dans l'Hôpital-École Chraid-Cherif mais insuffisants pour les Hôpitaux Nationaux de Rabuni et de Bol-la) et qu'il serait de plus nécessaire de prévoir l'installation de nouveaux locaux au niveau régional.

Nous attirons l'attention des Autorités Sanitaires sur la nécessité de rétribuer de manière adéquate les physiothérapeutes travaillant dans ce cadre pour une meilleure répercussion au niveau de l'assistance prêtée aux patients à traiter et une plus grande stimulation de ces professionnels.

À Rabouni, le 5 mars 2004

CESTAS

Physiothérapeutes Reability

Marco Bertone

Laura Caravelli

Ministère de la Santé Publique

de la RASD

Sidahmed Larosi

Apéndice 2

Liste des participants

Prénom	Nom	Organisation
Ahmed-Salem	Mohamed Youssef	RASD Association des Amis du Peuple Sahraoui des Îles Baléares.
Aina	Noguera Bennasser	
Amalia	Lasarte Uzkiano	
Ana	Ceballos Linares	Association Sévillane d'Amitié avec le Peuple Sahraoui.
Andreas	Wulf	Médecin international e.V.
Antonio	Muñoz Muñoz	Association Grenadine d'Amitié avec la RASD
Aurora	Paz Lavín	Cantabrique pour le Sahara
Bulahe	Sid	RASD
Carlos	Codina Jané	Medicus Mundi Catalogne
Carmen Jesús	Polo Lázaro	Association Grenadine d'Amitié avec la RASD Association des Amis du Peuple Sahraoui des Îles Baléares.
Catalina	Rodríguez Ramos	
Chema	Anda Fernández	Association des Amis/es de la RASD d'Álava
Daniel	López de Calle	Odonthologie solidaire
Diego	Fernández Rodríguez	
Dolores	Fuentes Álvarez	
Dolores	Ripoll Bonifacio	Féd. des Assoc. D'Aide au Peuple Sahraoui du Pays de Valencia
Emilio	Rodríguez de la Oliva	
Endika	Gerediaga Goikolea	
Estrella	Torres Sora	
Francesc	Rillo González	GASI (Groupe d'Action Solidaire Internationale)
Hasen-na	Mohamed Andal-la	Association des Amis/es de la RASD d'Alava
Itziar	Gómez Lorente	Association des Amis/es de la RASD d'Alava
Jadiyettu	Mohamed Yahddih	
Jaime Alfonso	Escribano Ibáñez	Association de Burgos et de Soria des Amis du Sahara
Javier	Gisbert Aguilar	Association des Amis/es de la RASD d'Alava Association des Amis du Peuple Sahraoui de Colmenar Viejo
Jesús	Martínez de Dios	
Jesús	Berjón Reyero	ANARASD Association des Amis du Peuple Sahraoui des Îles Baléares.
Joan Antoni	Pascual Romero	
José Carlos	García Terradillos	Hirugarren Mundua ta Bakea
José María Salazar	Fernández de Erenchun	ANARASD Association des Amis du Peuple Sahraoui des Îles Baléares.
Josep	Bibiloni Sancho	
Josep	Cubertorer	Solidarité Internationale du Pays de Valencia Association des Amis du Peuple Sahraoui des Îles Baléares.
Julián	Martín de Santos Navas	
Laia	Blanch Machordom	Fondation Ulls del Món
Laura	Cartañà	Fondation Ulls del Món
Lucía	Arregui Burgoy	Association des Amis/es de la RASD d'Alava
M ^a Ángeles	Cabello Reguera	Association des Amis/es de la RASD d'Alava
M ^a Belén	González García	Croix Rouge des Asturies

Prénom	Nom	Organisation
M ^a Elena	del Cacho	Medicus Mundi Catalogne
M ^a Jesús	Sagastiberri Arruebarrena	ANARASD
M ^a Rosario	Arrizabalaga Urreta	
Maite	Hermana Tezanos	Hirugarren Mundua ta Bakea
Manel	Turó Borrell	GASI (Groupe d'Action Solidaire Internationale)
Manuel	Galán González-Pardo	Médecins du Monde
Manuel	Laguna Sastre	Solidarité Internationale du Pays de Valencia
Marco	Bertone	CESTAS
María	Contreras Soro	Association Sévillane d'Amitié avec le Peuple Sahraoui.
Mariló	Murua Navarro	Association des Amis/es de la RASD d'Alava
Mercedes	Boix Rovira	Pas et Tiers Monde
Metu	Aly Bachir	RASD
Miguel Ángel	Barrio Zubeldia	Association des Amis/es de la RASD d'Alava
Mikel Josu	Estibalez Gil	Association des Amis/es de la RASD d'Alava
Mintou	Boumba	RASD
Mohamed	Abdal-lah Tammy	Front Polisario
Mohamed-Fadel	Mohtar	RASD
Mohamed-Salem	Mhamed Mohamed	RASD
Monique	Baron	Enfants Réfugiés du Monde
Moussa	Aissa Nadjem	RASD
Nekane	Aramburu Bardesi	Hirugarren Mundua ta Bakea
Nieves	Álvarez	Association des Amis/es de la RASD d'Alava
Nombre	Apellidos	Organisation
Pablo	Mesa Suárez	Association Grenadine d'Amitié avec la RASD
Paz	Villaverde Amieva	Croix Rouge des Asturies
Pepa	Campos Liza	GASI (Groupe d'Acton Solidaire Internationale)
Pilar	Adiego Soria	ANARASD
Raquel	Razola	ASOSA
Rosa	Blázquez San Román	Association Sévillane d'Amitié avec le Peuple Sahraoui
Rosa	Jorge Alcántara	Cantabrique pour le Sahara
Rosalía	Port Gimeno González de Uzqueta	Association Catalane des Amis du Peuple Sahraoui
Santiago	Esquerdo	ASOSA
Santos	Jiménez	Association des Amis du Peuple Sahraoui de Colmenar Viejo
Sara	Carbonero Celis	Association Sévillane d'Amitié avec le Peuple Sahraoui
Sidahmed	Teib Ahmed	RASD
Sidahmed	Laroussi	RASD
Sonia	Belda Fernández	Association Pour les Enfants Sahraouis
Teodoro	González Tejedor	Médecins du Monde
Xavier	Borras	Solidarité Internationale du Pays de Valencia