

République du Sénégal



Ministère de la Santé  
et de l'Action Sociale  
**MSAS**

# RAPPORT AUDIT GENRE DU MSAS



Version finale Sept 2015

Mission réalisée par l'INSTITUT GENRE du Centre International pour le  
Renforcement des Capacités de Développement (CIRCADE)  
Central Park, Avenue Malick Sy x Autoroute Dakar - Sénégal  
Tél : (221) 821 84 24 Email : [circades@gmail.com](mailto:circades@gmail.com)  
Experts chargés de mission : Socé Sène et Astou Diop



*Table des matières*

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>3</b>
<b>ABREVIATIONS ET ACRONYMES UTILISES</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE METHODOLOGIQUE</b>	<b>9</b>
1.1. Contexte et justification de l'audit genre	9
1.2. Les objectifs et résultats attendus de l'audit genre	9
1.3. Méthodologie, orientation technique et envergure des travaux de la mission	10
1.3.1 Orientation technique de l'audit genre	10
1.3.2 Domaines d'analyse considérés de l'audit technique	10
1.3.3 Envergure de l'audit	13
1.3.4 Démarche d'exécution de la mission et outils utilisés	13
1.3.5 Sources d'information utilisées par l'équipe de mission	14
1.3.6 Composition de l'équipe d'évaluation	14
<b>CHAPITRE II : ANALYSE GENRE DU DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DU MSAS</b>	<b>16</b>
2.1. Gouvernance et leadership en matière de genre	16
2.1.1. Perception et engagement par rapport au genre au niveau central	16
2.1.1.1. Au niveau du Cabinet	16
2.1.1.2. Au niveau des directeurs, chefs de services et coordonnateurs de programmes	17
2.1.1.3. Au niveau des autres agents	19
2.1.2. Perception et engagement par rapport au genre au niveau déconcentré	20
2.1.2.1. Au niveau des équipes-cadre de région et de district	20
2.1.2.2. Au niveau des prestataires	21
2.2. Analyse de la sensibilité genre du cadre organique du Ministère de la Santé et de l'action sociale	22
2.2.1. Présentation et analyse du décret n° 2014-867 du 22 juillet 2014 relatif aux attributions du MSAS.	23
2.2.2. Présentation et analyse du projet de décret portant organisation du MSAS	23
2.2.3. La carte sanitaire	24
2.3. Profil de représentation des femmes et des hommes dans la pyramide sanitaire du MSAS	25
2.3.1. Profil de représentation des femmes et des hommes au niveau central	25
2.3.1.1. Représentation des femmes et des hommes au niveau central du MSAS	25
2.3.1.2. Représentation des médecins chefs de région et de district selon le sexe	26
2.3.1.3. Représentation des femmes et des hommes dans les équipes-cadres de région et de district	27
2.3.1.4. Représentation des femmes et des hommes dans les équipes-cadres de région	28
2.3.1.5. Représentation des femmes et des hommes dans les équipes-cadres de district	29
2.3.1.6. Représentation des femmes et des hommes dans les effectifs des personnels des hôpitaux sélectionnés	30
2.3.1.1. Représentation des femmes et des hommes dans les postes de santé	30
2.3.1.7. Représentation des hommes et des femmes dans les comités de santé	31
2.4. Analyse de la sensibilité genre de la gestion des ressources humaines	32
2.4.1. Sensibilité genre du profil et du plan de développement des Ressources Humaines	32
2.4.2. Questions de genre dans le recrutement du personnel et la mobilité des ressources humaines	35
2.4.2.1. Le genre dans le recrutement	35
2.4.2.2. Genre et mobilité des ressources humaines	36
2.4.3. Questions de genre dans le milieu de travail et protection du personnel	38
2.5. Existence de capacités techniques à assurer l'intégration du genre	40
2.5.1. Prise en compte de l'approche genre dans les programmes de formation de base	40

2.5.2.	Prise en compte de l'approche genre dans la formation continue	41
2.5.2.1.	Appréciation des connaissances acquises en matière de genre par les personnels du MSAS	41
2.5.2.2.	Appréciation des formations reçues par les répondant-e-s	42
2.5.2.3.	Degré de mise en pratique des capacités acquises en approche genre	43
2.5.2.4.	Appréciation des capacités acquises en approche genre	44
2.6.	Appréciation des besoins de renforcement des capacités en approche en genre	45
2.6.1.	Besoins de renforcement des capacités selon les répondants	45
2.6.2.	Besoins de développement de modules pour la formation de base et la formation continue	47
2.7.	Existence et opérationnalité des mécanismes de redevabilité et d'imputabilité spécifique au genre	48
2.8.	Questions de genre dans la culture organisationnelle	50
2.9.	Analyse de la sensibilité genre des infrastructures, équipements et moyens logistiques du MSAS	51
2.9.1.	Le genre dans les infrastructures et équipements	51
2.9.2.	Le genre dans les moyens logistiques	53
<b>CHAPITRE III : ANALYSE DE LA SENSIBILITE GENRE DES INTERVENTIONS DU MSAS</b>		<b>54</b>
3.1.	L'intégration du genre dans la politique sanitaire et d'actions sociales	54
3.2.	Analyse de la sensibilité genre du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses	57
3.3.	Analyse de la sensibilité genre des programmes d'appui des partenaires	59
3.4.	Analyse de la sensibilité genre du dispositif de suivi et d'évaluation	61
<b>CHAPITRE IV : CONSTATS D'ENSEMBLE ET RECOMMANDATIONS</b>		<b>63</b>
4.1.	CONSTATS D'ENSEMBLE	63
4.2.	RECOMMANDATIONS	68
<b>ANNEXES</b>		<b>70</b>
Annexe 1 : Profil de représentation des femmes et des hommes dans les équipes cadres par région		71
Annexe 2 : Répartition du personnel de santé par sexe et occupation		77
Source : Profil des ressources humaines en la santé du Sénégal, 2013		77
Annexe 3 : Répartition du personnel de soins selon le sexe, la région et la catégorie professionnelle		78
Annexe 4 : Liste des institutions visitées		79
Annexe 5 : Liste des documents consultés		82

## REMERCIEMENTS

Le présent rapport d'audit du Ministère de la Santé et de l'Action sociale s'inscrit dans le cadre de l'objectif du Gouvernement de réaliser l'équité et l'égalité de genre à travers son institutionnalisation dans les mécanismes d'intervention, les politiques et les programmes de développement de tous les secteurs de la vie économique et sociale.

Dans ce cadre, l'équipe de mission, de l'Institut Genre du Centre International pour le Renforcement des Capacités de Développement (CIRCADE), adjudicataire de la mission d'audit, tient à remercier vivement Mme Awa Marie Coll Seck, Ministre de la Santé et de l'Action Sociale pour son engagement en faveur de l'égalité des hommes et femmes et son soutien déterminant durant tout le processus d'exécution de la mission.

Qu'il nous soit également permis de saluer l'accompagnement technique et financier de la Task Force des partenaires techniques et financiers, mis en place dans le cadre de cette mission, qui a permis à celle-ci de se dérouler dans d'excellentes conditions.

A ces remerciements le CIRCADE associe l'ensemble des directions, services, cellules et agences du MSAS et l'équipe de la DEEG du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance pour leur participation active aux différentes étapes du processus d'audit. La qualité de leurs contributions a permis à l'équipe d'audit de disposer des informations pertinentes essentielles à l'appréciation objective de la situation des hommes et des femmes du MSAS et d'enrichir les propositions destinées à soutenir l'effectivité de l'institutionnalisation du genre au sein de l'institution.

L'exécution de des travaux a été grandement facilitée par la participation active de tous les points focaux des niveaux, central, régional et district et des chauffeurs qui ont fait preuve d'une grande disponibilité tout au long de la mission; nous leur témoignons ici toute notre gratitude.

Une mention spéciale est faite à la Conseillère Technique Genre, Dr Seynabou Bâ Diakhaté et à la Coordinatrice de la Cellule genre, Mme Gako Mingué Ndiaye que nous tenons à remercier chaleureusement pour la gestion des activités de la mission mais aussi leur engagement et détermination à conduire efficacement le processus d'audit.

### **Liste des Graphiques et tableaux**

#### **GRAPHIQUES**

Graphique 1 : Représentation des hommes et femmes selon la fonction dans le management au niveau central

Graphique 2 : Profil des hommes et femmes selon les fonctions de médecin chef de région et district

Graphique 3 : Proportion de femmes et d'hommes dans les équipes cadres de région et district

Graphique 4 : Proportion de femmes et d'hommes dans les équipes cadres de région et district

Graphique 5 : Profil des effectifs des équipes cadres des régions et districts selon la région et le sexe

Graphique 6 : Proportion de femmes et d'hommes dans les équipes cadres des régions

Graphique 7 : Proportion de femmes et d'hommes dans les équipes cadres des régions

Graphique 8 : Profil des effectifs des équipes-cadres des régions selon le sexe et la région

Graphique 9 : Proportion d'hommes et de femmes dans les équipes cadres des districts

Graphique 10 : Proportion d'hommes et de femmes dans les équipes cadres des districts

Graphique 11 : Profil des effectifs des équipes cadres de district selon le sexe et la région

Graphique 12 : Proportion d'hommes et de femmes dans l'effectif du personnel de l'Hôpital de Kaolack

Graphique 13 : Effectif du personnel de l'Hôpital de Kaolack selon le sexe  
 Graphique 14 : Proportion de chefs de poste selon le statut professionnel, et le sexe pour l'ensemble des régions  
 Graphique 15 : Effectif des chefs de poste selon le statut professionnel, et le sexe pour l'ensemble des régions  
 Graphique 16 : Profil des chefs de poste selon le statut professionnel, le sexe et la région  
 Graphique 18 : Répartition du personnel selon le sexe et le statut socioprofessionnel  
 Graphique 19 : Répartition du personnel selon le sexe et le statut socioprofessionnel  
 Graphique 20 : Répartition du personnel selon le sexe et la catégorie socio-professionnelle où les femmes sont majoritaires  
 Graphique 21 : Effectif du personnel de soins selon le sexe  
 Graphique 23 : Répartition du personnel de soins selon la région, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle  
 Graphique 24 : Type de formations suivis par les répondants  
 Graphique 25 : Caractère théorique ou pratique des formations reçues  
 Graphique 26 : Appréciation de la mise en œuvre pratique des compétences acquises  
 Graphique 27 : Appréciation des capacités techniques des répondants selon le domaine évalué  
 Graphique 28 : Besoin de renforcement des capacités selon le domaine et l'ordre d'importance

## **TABLEAUX**

Tableau 1 : Effectif des médecins chefs de région et de district selon le sexe  
 Tableau 2 : Effectif des femmes et des hommes dans les équipes-cadres de région et district  
 Tableau 3 : Effectifs des équipes-cadres des régions selon le sexe  
 Tableau 4 : Profil des effectifs des équipes cadres de district selon le sexe et la région  
 Tableau 5 : Effectif des chefs de poste selon le statut professionnel, et le sexe pour l'ensemble des régions

## **Abréviations et acronymes utilisés**

<b>Abt/USAID</b>	Composante Renforcement du système de santé du Programme Santé de l'USAID
<b>ANCMU</b>	Agence Nationale pour la Couverture Maladie Universelle
<b>ChildFund/USAID</b>	Composante Santé Communautaire du Programme Santé de l'USAID
<b>CPN</b>	Consultation Pré Natale
<b>CRS</b>	Catholic Relief Services
<b>CS</b>	Centre de Santé
<b>CSP</b>	Catégorie Socio Professionnelle
<b>CTB</b>	Coopération Technique Belge
<b>DAGE</b>	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
<b>DC</b>	Directeur de Cabinet
<b>DES</b>	Direction des Établissements de Santé
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DGAS</b>	Direction Générale de l'Action Sociale
<b>DIEM</b>	Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance
<b>DK</b>	Région de Dakar
<b>DL</b>	Région de Diourbel
<b>DLM</b>	Direction de la Lutte contre la Maladie et du Médicament
<b>DPPD</b>	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses

<b>DPRS</b>	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DSRSE</b>	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
<b>ECR</b>	Equipe Cadre de Région
<b>ENDSS</b>	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
<b>ENTSS</b>	Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés
<b>EPS</b>	Etablissement Public de Santé
<b>FHI360</b>	Composante VIH/Sida et Tuberculose du Programme Santé de l'USAID
<b>FK</b>	Région de Fatick
<b>GAR</b>	Gestion Axée sur les Résultats
<b>HOGGY</b>	Hôpital Général de Grand -Yoff
<b>IntraHealth/USAID</b>	Composante Renforcement des prestations de services du Programme Santé de l'USAID
<b>KD</b>	Région de Kolda
<b>KF</b>	Région de Kaffrine
<b>KG</b>	Région de Kédougou
<b>KL</b>	Région de Kaolack
<b>LG</b>	Région de Louga
<b>LuxDev</b>	Coopération Luxembourgeoise
<b>MCD</b>	Médecin Chef de District
<b>MCR</b>	Médecin Chef de Région
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
<b>MT</b>	Région de Matam
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OOAS</b>	Organisation Ouest Africaine de la Santé
<b>PAGOSAN</b>	Programme d'Appui à la Gouvernance Sanitaire
<b>PAODES</b>	Programme d'Appui à l'Offre et à la Demande de Santé
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PNA</b>	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
<b>PNDRH</b>	Plan National de Développement des Ressources Humaines
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLP</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PNT</b>	Programme National Tuberculose
<b>POCL</b>	Plan Opérationnel des Collectivités Locales
<b>PPP</b>	Partenariat Public Privé
<b>PS</b>	Poste de Santé
<b>PTA</b>	Plan de Travail annuel
<b>PTF</b>	Partenaire Technique et Financier
<b>RAC</b>	Revue Annuelle Conjointe
<b>SAMU</b>	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
<b>SD</b>	Région de Sédhiou
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SL</b>	Région de Saint Louis
<b>SNEIPS</b>	Service National d'Education et d'Information pour la Santé

<b>SNH</b>	Service National d'Hygiène
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SR</b>	Santé de la Reproduction
<b>SSI</b>	Soins de Santé Infirmier
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaire
<b>TC</b>	Région de Tambacounda
<b>TH</b>	Région de Thiès
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USAID</b>	Agence Internationale d'Aide au Développement des Etats-Unis

<b>VII</b>	Virus de l'Immunodéficience Humanaire
<b>ZG</b>	Région de Ziguinchor

## INTRODUCTION

Il existe un consensus général sur le fait que **l'égalité entre les sexes** se réfère simultanément à la reconnaissance que « les femmes et les hommes ont des besoins et priorités différentes » et également au fait que ces deux composantes de la population, devraient jouir « des mêmes chances pour réaliser pleinement leurs droits humains et des mêmes aptitudes pour contribuer au développement national, politique, économique, social et culturel et bénéficier des résultats»<sup>1</sup>

Depuis le programme d'Action de Beijing, **l'institutionnalisation du genre** est devenue le principal but qui devrait permettre d'atteindre l'ambitieux objectif de l'égalité des sexes. Selon le Conseil Économique et Social des Nations Unies, celle-ci « consiste à évaluer les incidences pour les femmes et pour les hommes de toute action envisagée, notamment dans la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des hommes dans l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines politique, économique et social de manière à ce que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages équitables voire égaux et que l'inégalité ne puisse se perpétuer. Le but ultime est d'atteindre l'égalité des femmes et des hommes»<sup>2</sup>.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), conscient du fait que l'approche basée sur la neutralité de genre dans le secteur de la santé a des effets négatifs tant au niveau de la demande qu'au niveau de l'offre des soins de santé, s'est engagé, sur la base des orientations de la Stratégie Nationale pour l'Équité et l'Égalité de Genre (SNEEG), à introduire une démarche soucieuse d'équité et d'égalité des femmes et hommes autant dans ses mécanismes et procédures organisationnels ainsi que dans ses instruments d'intervention. L'audit technique genre a été retenu comme première action afin d'évaluer les capacités institutionnelles et opérationnelles du MSAS à prendre en compte les situations et besoins sexospécifiques de ses groupes cibles et de déterminer les modalités et actions à développer pour soutenir l'internalisation de l'approche genre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

<sup>1</sup> Comité québécois femmes et développement de l'Association québécoise des organismes de coopération internationale – AQOCI, « L'institutionnalisation du genre : De la conceptualisation théorique à la mise en pratique », Mai 2008  
<sup>2</sup> Organisation des Nations Unies, « Rapport du Conseil Économique et Social des Nations Unies » 1997, A/52/3, 18 Septembre 1997.

Fondé sur les principaux constats tirés du traitement des données obtenues des différents entretiens auprès des acteurs du MSAS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des questionnaires administrés, le rapport est structuré autour de quatre chapitres.

Le premier chapitre met en exergue le cadre de référence et le contenu de l'étude de manière à rappeler les éléments de contexte et de justification de l'audit, les objectifs, l'envergure de l'étude, la méthodologie utilisée pour couvrir le mandat.

Le second chapitre, intitulé analyse genre du dispositif institutionnel du MSAS, met en exergue les éléments d'appréciation de la sensibilité genre de la gouvernance et leadership, le niveau d'engagement en faveur du genre, le degré de sensibilité genre du cadre organique du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, le profil de représentation des femmes et des hommes dans la pyramide sanitaire du MSAS, la sensibilité genre de la gestion des ressources humaines, l'existence de capacités techniques à assurer l'intégration du genre, les besoins de renforcement des capacités en approche genre, les questions de genre dans la culture organisationnelle et le niveau de sensibilité genre des infrastructures, équipements et moyens logistiques du MSAS.

Le troisième chapitre, intitulé analyse de la sensibilité genre des interventions du MSAS présente les différents aspects appréciés à savoir, l'intégration du genre dans la politique sanitaire et d'actions sociales, l'analyse de la sensibilité genre du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses, l'analyse de la sensibilité genre des programmes des partenaires et l'analyse de la sensibilité genre du dispositif de suivi et d'évaluation.

Enfin le quatrième chapitre, qui donne les conclusions d'ensemble et les lignes d'action proposées, présente les principaux constats de l'audit et les recommandations en se basant sur les résultats des analyses.

## CHAPITRE I : CADRE METHODOLOGIQUE

### 1.1. Contexte et justification de l'audit genre

Le Sénégal a démarré, depuis l'année 2008, le processus de mise en œuvre de la Stratégie Nationale pour l'Équité et l'Égalité de Genre (SNEEG) afin de traduire, dans la vie des citoyens et citoyennes, le principe d'égalité des femmes et hommes consacré par la Constitution. La finalité visée par la SNEEG est de contribuer à l'instauration d'une société égalitaire, sans discrimination, où les femmes et les hommes auront les mêmes chances de participer à la vie économique et sociale et de jouir des bénéfices du développement.

De plus, la constitutionnalisation de l'égalité des femmes et hommes, le droit à la santé et à la protection sociale, la circulaire primatorale du 26 mars 2013 invitant les différents départements ministériels à assurer la prise en compte du genre dans leur secteur et l'initiative de la Couverture Maladie Universelle sont autant d'indicateurs d'un choix de société qui accorde une place importante aux droits et à l'égalité des sexes. Dans ce cadre, il est attendu, de chaque ministère, le développement d'initiatives de promotion interne de l'intégration du genre dans les politiques, programmes et projets sectoriels.

Au niveau du MSAS, les initiatives engagées portent sur :

- la signature du protocole d'entente et de collaboration entre le Ministère de la santé et de l'Action Sociale et le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant à l'effet d'accélérer l'intégration du genre dans les interventions du MSAS ;
- la mise en place de la Cellule Genre du département, appelée à veiller à l'intégration de la dimension genre dans toutes les activités des structures du ministère notamment à travers sa prise en compte dans les politiques, programmes, projets de développement et les budgets y afférents ;
- la réalisation d'un " Backstopping genre" en vue d'accélérer la mise en œuvre des activités relatives au genre prévues avec PAGOSAN ;
- la réalisation de l'audit technique genre du MSAS, objet du présent rapport, destiné à apprécier le niveau d'intégration des questions de genre dans ses interventions en questionnant le degré de prise en compte de la situation et des besoins différenciés des hommes et des femmes dans la structuration de l'organisation et la définition des attributions de ses organes, l'établissement des procédures et pratiques de management, la gestion des ressources humaines et les modalités de programmation et d'exécution ;
- la formulation, sur la base des constats de l'audit genre, d'un premier plan d'institutionnalisation du genre dans le secteur de la santé sur la période 2016 - 2020.

## **1.2. Les objectifs et résultats attendus de l'audit genre**

L'objectif global de l'audit genre est d'établir, de manière participative, un diagnostic de l'état de la prise en compte de la dimension genre par les structures et programmes d'intervention du MSAS.

Plus spécifiquement l'audit genre a été programmé pour :

- évaluer le niveau d'intégration des objectifs d'équité de genre dans le mandat du département, dans sa politique, ses stratégies et ses programmes durant toutes les phases de planification, mise en œuvre, budgétisation, suivi et évaluation des interventions ;
- vérifier l'efficacité des pratiques et des mécanismes internes existants pour garantir l'égalité de genre ;
- suivre et évaluer les progrès accomplis en matière de développement et de génération de produits et de services intégrant la dimension genre ;
- identifier et partager les informations sur les mécanismes, les pratiques et les attitudes qui ont positivement contribué à l'intégration de la dimension genre dans l'institution ;
- identifier les lacunes et les difficultés majeures ;
- recommander des moyens pour y remédier en suggérant des améliorations et des innovations possibles ;
- décrire les bonnes pratiques visant à aboutir à l'égalité de genre,
- évaluer les connaissances et pratiques du personnel de santé en matière d'intégration du genre dans les interventions.
- formuler des orientations stratégiques en vue de la prise en compte du genre et du renforcement des capacités institutionnelles du ministère.

## **1.3. Méthodologie, orientation technique et envergure des travaux de la mission**

### **1.3.1 Orientation technique de l'audit genre**

La mission a été réalisée selon l'orientation technique énoncée par les termes de référence.<sup>2</sup> De manière séquentielle, deux étapes clés ont été réalisées autour des domaines clés que sont l'organisation, d'une part et la programmation, d'autre part. Chacun de ces deux domaines a été analysé pour apprécier le niveau et la qualité des capacités et moyens stratégiques et opérationnels existants et ceux effectivement mobilisés aux fins d'assurer la prise en compte du genre.

Etant donné la multiplicité et diversité des questions à aborder, il a été retenu de conduire la mission en se basant sur une démarche permettant d'adresser chacune des questions à considérer dans une démarche d'institutionnalisation du genre. Pour cela, la démarche a été orientée sur l'approche dite de la toile d'institutionnalisation du genre qui a l'avantage de proposer des axes et points d'évaluation touchant les normes de base, les options stratégiques, les processus, les moyens techniques, humains, organisationnels et logistiques, les modalités d'action et ultimement les rendements des systèmes et sous-systèmes qui composent le MSAS, ceci dans l'optique de tenir compte de l'interaction existante entre les composantes des points relatifs à la programmation et à l'organisation.

Ainsi, il s'agira, au regard des champs d'intérêt en question, de définir et mettre en pratique le contenu des travaux en se fondant sur une démarche de questionnement articulée à un processus conduit en deux phases structurées en séquence de conception des outils, d'administration des

---

<sup>2</sup> Voir les objectifs de la mission dans le chapitre 1.

outils, de recueil de données basé sur les résultats tirés des questionnaires, d'exploitation et d'analyse des résultats. En définitive, il a été question de réaliser l'audit technique en considérant, comme le recommande l'approche genre, le MSAS comme un système composé de sous-systèmes organisés et reliés par des procédures fondées sur des normes pouvant offrir ou limiter les opportunités d'institutionnalisation du genre.

### **1.3.2 Domaines d'analyse considérés de l'audit technique**

La mission a été organisée de manière à adresser l'ensemble des questions à auditer relativement au genre autour de deux séquences portant sur l'organisation et sur la programmation.

#### **Séquence 1 : Domaines audités au niveau organisationnel**

Cette séquence, axée sur l'audit technique institutionnel du MSAS, visait à apprécier le niveau de perception et d'engagement des acteurs en faveur du genre, le niveau de sensibilité genre des textes régissant le ministère, des normes, processus et procédures de travail, le degré de prise en compte du genre dans la gestion des ressources humaines, l'existence de capacités en techniques d'analyse et planification genre et de mécanismes de redevabilité et d'imputabilité des responsabilités en matière de promotion de l'intégration du genre, la sensibilité genre des moyens logistiques et techniques utilisés et, enfin, le niveau d'intégration du genre dans la culture organisationnelle. A cet effet, les points, ci-après ont été analysés :

- **La perception et la compréhension du genre et des concepts qui lui sont liés :**  
l'évaluation du niveau de compréhension et discernement des implications pratiques du concept genre par les différents agents a été faite au moyen des interviews réalisées lors des focus group. En pratique, les participants aux focus groupes organisés aux niveaux central, intermédiaire et périphérique ont été invités à partager leur perception du concept genre, son champ d'utilisation et ses implications dans les activités du MSAS.
- **Le niveau de sensibilité genre des textes de base :** l'appréciation du niveau de sensibilité genre des mécanismes institutionnels et de gestion du système sanitaire a été basée sur un examen méthodique du contenu des décrets et arrêtés organisant le MSAS et la carte sanitaire.
- **Les questions de genre touchant les ressources humaines** où il a été question d'évaluer le niveau de sensibilité genre des modalités et critères de recrutement d'une part et les modalités, conditions et situations de travail respectives des hommes et des femmes d'autre part. En somme, il a été question d'apprécier, techniquement, le niveau de sensibilité genre de la chaîne de traitement des critères et modalités d'accès aux corps des agents utilisés dans le secteur de la santé et de l'action sociale, les questions de genre dans la protection et la promotion du personnel, dans le milieu et l'ambiance de travail. Ainsi, des profils et niveaux de présence des femmes et des hommes dans les différents services ont été dressés et analysés de manière comparative selon le sexe, poste, niveau de responsabilité et type de contrat.
- **La sensibilité genre des programmes de formation des agents du MSAS :** il s'est agi de vérifier l'existence de modules de formation en approche genre dans les programmes et modules de formation des institutions intervenant dans la formation des agents du ministère. Les programmes des écoles de formation publique (ENTSS et ENDSS) et des centres régionaux de formation ont été analysés. En ce qui concerne le personnel ayant suivi des formations universitaires publiques et ceux des instituts privés de formation d'agents de santé, l'évaluation a été menée par interview direct avec les médecins, infirmiers et sages-

femmes ayant été formés dans ces structures, rencontrés au niveau des équipes cadres et unités de prestation.

- **L'appréciation des compétences et besoins de renforcement des capacités des agents en techniques d'analyse et planification genre.** L'évaluation des capacités et besoins de formation du personnel a été faite au moyen d'un questionnaire à variable multiples auquel 500 agents, des niveaux central, intermédiaire et périphérique ont eu à répondre. Pour l'essentiel, le questionnaire a été conçu de manière à vérifier le niveau de disponibilité, chez les répondants, de capacités à assurer et à promouvoir l'intégration du genre dans le MSAS.
- **Le plaidoyer, relations publiques et communications :** ces dimensions ont été considérées de manière à apprécier, sous l'angle d'une approche genre, les modalités, contenus des supports d'information et de communication utilisés dans le ministère. Aux trois niveaux considérés, l'équipe a tenté de vérifier le niveau d'intégration des problématiques de genre dans les actions de plaidoyer et de communication publique globale ou thématique.
- **La culture organisationnelle :** il s'est agi, à ce niveau, de vérifier dans quelle mesure la culture de l'égalité des femmes et hommes est intégrée et promue comme valeur organisationnelle et outil de contribution à la cohésion sociale à tous les niveaux du ministère ; en pratique, il s'agissait de vérifier l'existence et le niveau de promotion de normes de traitement équitable des femmes et hommes dans le milieu et l'ambiance de travail aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.

## **Séquence 2 : Domaines audités au niveau de la programmation**

Consacrée à l'audit des programmes du MSAS, cette séquence visait à apprécier le degré de prise en compte des questions de genre sur les modalités et contenus de conception des programmes, l'exécution des projets et programmes et les aspects portant sur les modalités et contenus techniques relatifs au système de suivi et d'évaluation et enfin, sur les capacités et moyens d'action des organisations partenaires en matière de genre. Les domaines suivants ont été analysés :

- **Audit genre de l'exécution de la politique sanitaire** qui a été orienté de manière à mettre l'accent sur les approches, les modalités et les contenus des différents programmes développés pour la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Cette séquence a été menée de manière à questionner le niveau d'intégration des questions de genre tout au long du cycle de conception et réalisation des programmes en considérant, comme base de départ, le PNDS et le Document de Programmation Pluriannuelle des dépenses (DPPD). Au plan technique, il s'agissait de considérer les approches utilisées, approche globale ou approche ciblée et le niveau de considération des questions de genre dans les analyses de base, les orientations stratégiques et les perspectives opérationnelles.
- **Audit genre des modalités et contenus des programmes basés sur les documents de planification et rapports de suivi et d'évaluation.** A ce niveau, il a été question d'apprécier les approches utilisées, les modalités et niveau de prise en compte des questions de genre privilégiées en se basant sur les schémas de planification en partant des options programmatiques et contenus des cadres logiques et moyens d'intervention sectoriels. Pour tous les cas étudiés, le niveau d'intégration des questions de genre a été apprécié en examinant les éléments et contenus des analyses de situation des différents programmes considérés, le niveau d'intégration des questions de genre dans les analyses causales réalisées pour déterminer les enjeux, défis et priorités à adresser pour répondre aux besoins

des différentes cibles. En fin, partant des résultats de l'analyse menée aux points précédents, le niveau de sensibilité genre des différentes catégories de résultats a été évalué (extrants effets et impact) de même que les indicateurs y afférents, les hypothèses et risques. En somme, il a été question d'apprécier et déterminer, à chaque niveau, les modalités et niveau d'intégration des questions de genre dans les programmes et projets en privilégiant l'examen des éléments fondamentaux des programmes et projets, ceci au moyen des rapports que l'équipe a pu exploiter. Naturellement tout cela a été basé sur une analyse contextuelle et organisationnelle des questions de genre dans le MSAS à l'échelle des niveaux d'intervention et de l'organisation de la pyramide sanitaire.

- **Audit genre du système d'information sanitaire et des dispositifs de suivi et d'évaluation.** A ce niveau, la mission a eu, comme point de départ, les schémas de planification des programmes et les options programmatiques retenues. Plus spécifiquement, il s'agissait de voir, en se fondant sur le contenu des différents programmes, comment les questions de genre ont-elles été prises en charge dans les systèmes et dispositifs mis en place pour le suivi, l'évaluation et le système d'information sanitaire. A ce niveau, il s'agissait de voir comment et à quel niveau, le système d'information, de suivi et d'évaluation intègre et utilise l'approche genre et valorise, en particulier, l'utilisation de données différenciées selon le sexe et des indicateurs sensibles au genre. Le but des investigations menées à ce niveau était, ultimement, d'apprécier le degré de sensibilité genre des données et indicateurs utilisés dans le système d'information sanitaire, les cadres logiques, cadres de mesure des performances et les rapports d'évaluation des programmes. De manière plus globale, il a été question d'évaluer le niveau de sensibilité genre du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SNISS).
- **Audit des moyens de communication.** Il s'est agi d'apprécier, sous l'angle d'une approche genre, les modalités, contenus des supports d'information et de communication utilisés dans le ministère et de vérifier le niveau d'intégration des problématiques de genre dans les actions de plaidoyer et de communication publique globale ou thématique.
- **Audit genre partiel des organisations partenaires.** Cette séquence a été considérée de manière à apprécier le niveau de considération et de prise en compte des questions de genre dans les programmes appuyés au niveau du MSAS. Le questionnement mené, dans ce cadre, a été naturellement limité à certains aspects clés des programmes initiés à l'image des questions évoquées précédemment pour l'audit genre des modalités et moyens d'intervention du MSAS pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale.

### 1.3.3 Envergure de l'audit

L'audit est caractérisé par son envergure intégrale couvrant globalement le champ d'intervention du MSAS tel que matérialisé par la pyramide sanitaire.

Ainsi, la mission s'est inscrite dans une démarche séquentielle allant du niveau central au niveau périphérique. Au niveau central, les structures nationales du MSAS, les programmes et les partenaires intervenant dans le secteur de la santé ont été couverts sur un échantillon respectif de (31) directions et services, (16) partenaires techniques et financiers et Programmes. Au niveau régional, les 14 régions du Sénégal ont été visitées autour d'un échantillon de 14 régions médicales, de 28 districts sanitaires (2 par région médicale), 14 hôpitaux régionaux, 28 centres de santé et 28 postes de santé.

Pour chaque région médicale, l'audit a été mené autour des cibles d'analyse suivantes : - équipe cadre de région, hôpital régional, service régional de l'action sociale, service régional d'hygiène ; structure de formation existante dans la région ;  
- district sanitaire et ses démembrements : équipe cadre, centre de santé, poste de santé ; - comité de santé au niveau du centre de santé et au niveau du poste de santé ;

### **1.3.4 Démarche d'exécution de la mission et outils utilisés**

Les travaux ont débuté par des séances de partage de la note méthodologique, de recueil des suggestions du Task force, d'établissement du chronogramme qui a nécessité des échanges fréquents avec les parties concernées, d'organisation et de conduite des rencontres. Pour garantir l'implication des différents responsables du ministère, l'équipe de mission a été invitée à faire une communication en réunion de coordination du Cabinet.

En définitive, la mission a été exécutée selon les neuf (09) étapes ci-dessous :

- Etape 1 : Revue documentaire préliminaire ;
- Etape 2 : Elaboration et finalisation des supports d'audit : questionnaire, grille d'entrevue, guide d'interview et matrice d'évaluation des contenus des programmes ;
- Etape 3 : Administration des questionnaires et grilles d'entrevue ;
- Etape 4 : Réalisation des entretiens individuels et de groupe dans les structures des niveaux central, intermédiaire et périphérique ;
- Etape 5 : Exploitation globale des résultats collectés, analyse d'ensemble des éléments et formulation des constats préliminaires ;
- Etape 6 : Soumission et de validation des constats préliminaires ;
- Etape 7 : Rédaction et soumission du rapport provisoire de la mission d'audit ; - Etape 8 : Recueil des commentaires et finalisation du rapport final de la mission ; - Etape 9 : Soumission du rapport final de la mission.

### **1.3.5 Sources d'information utilisées par l'équipe de mission**

Le recueil des informations s'est fait à partir des sources d'information quantitatives et qualitatives que représentent les données primaires collectées directement sur le terrain et les données secondaires tirées de la documentation.

Au titre des données primaires, le recueil des données s'est fait à partir (i) du niveau central, d'une part, auprès des directions, des programmes et des partenaires du MSAS sur la base d'entrevues individuelles et de séances d'échanges et d'autre part, auprès des femmes du ministère, des syndicats et des points focaux genre à partir de focus group ; (ii) au niveau déconcentré auprès des districts sanitaires et postes de santé visités, à partir de focus groupes avec les équipes cadres de région et de district, l'équipe des postes de santé, la direction des hôpitaux, l'équipe des maternités et les comités de santé. (iii) L'administration d'un lot de 500 questionnaires sur les besoins en renforcement des capacités des agents du MSAS est venue compléter la collecte des informations. La liste des institutions et cibles rencontrées est à l'annexe 4 du rapport.

Au titre des données secondaires, ont été exploités, les textes de base, la carte sanitaire, le PNDS, le DPPD, les documents des programmes, les bases de données des systèmes d'information sanitaires, les supports d'information et de communication, les modules de formation, le plan de développement des ressources humaines et les installations et moyens physiques. La liste des documents consultés est à l'annexe 5 du rapport.

### **1.3.6 Composition de l'équipe d'évaluation**

L'équipe d'évaluation était composée de deux consultants internationaux économistesplanificateurs et spécialistes en genre et développement, M. Socé Sène, chef de mission et de Mme Astou Diop-Diagne. L'équipe a été appuyée tout au long du processus par Mme Seynabou Bâ Diakhaté, Conseillère technique genre, Mme Gako Mingué Ndiaye, Coordinatrice de la Cellule genre et les points focaux genre au niveau central et au niveau régional.

Bien que chaque consultant ait des responsabilités spécifiques, la réalisation de la mission a reposé sur un travail d'équipe exigeant un partage d'informations, une concertation constante et une complémentarité en termes d'expertise.

## CHAPITRE II : ANALYSE GENRE DU DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DU MSAS

### 2.1. Gouvernance et leadership en matière de genre

#### 2.1.1. Perception et engagement par rapport au genre au niveau central

##### 2.1.1.1. Au niveau du Cabinet

Mme la Ministre, Awa Marie Coll Seck, est sans conteste l'élément déclencheur de l'emphase actuelle mis sur le genre au sein du MSAS. Convaincue que les progrès en matière de santé pourront être largement accrus si les questions de genre sont prises en compte dans les orientations stratégiques et les programmes d'intervention du Ministère, Mme la Ministre s'est engagée à soutenir l'institutionnalisation du genre dans les mécanismes institutionnels, programmatiques et financiers. Des mesures déterminantes ont été prises pour corroborer son engagement : la réalisation de l'audit genre, la mise en place de mécanismes consacrés au genre avec la création de la cellule genre, la désignation de la Coordinatrice de la cellule et la nomination d'une Conseillère technique genre au sein du Cabinet. Ces mesures sont complétées par des orientations claires données aux ressources humaines des niveaux stratégique et opérationnel pour une meilleure prise en compte et intégration du genre dans tous les instruments d'interventions du secteur de la Santé et de l'Action sociale.

Au niveau Secrétariat général, le concept genre et sa pertinence pour le développement sont intégrés dans les instances de coordination et de gestion du MSAS grâce à l'engagement de l'autorité qui en a fait une orientation claire dans le management de l'institution. Le Secrétaire général a également reconnu que le concept était mal compris par lui-même comme pour la grande majorité du personnel du MSAS. *Aussi, il a prôné le développement d'un vaste programme de renforcement des capacités en genre à l'intention de tous les personnels du MSAS pour une plus grande internalisation du concept genre et son utilisation dans les interventions du MSAS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.*

Le Secrétaire général a, dans ce contexte, posé la problématique de l'affectation du personnel dans les zones aux conditions d'accès et de vie difficiles qui interpellent davantage les femmes en lien direct avec leur statut de femme et les exigences de leurs rôles et responsabilités qui en découlent. A cet effet, Le Secrétaire général a proposé d'une part, la prise *de mesures spécifiques qui permettront de soutenir les femmes dans la conciliation de leurs responsabilités sociales et celles professionnelles et d'autre part, la poursuite de la réflexion sur la régionalisation des budgets en vue de répondre de manière équitable à la problématique de l'affectation et du maintien du personnel féminin comme masculin dans les zones éloignées et/ou difficiles.*

Concernant le Directeur de cabinet, le genre n'équivaut pas à féminin. Pour lui, bien que l'attribution des rôles entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes soit déterminée par la société, il y a lieu de noter, selon les contextes, une certaine évolution en faveur d'une exécution non différenciée des tâches selon le sexe au sein de la famille. Sur le plan professionnel, le Directeur de cabinet est en faveur de la prééminence de la compétence sur le sexe de l'individu et pour lui, à compétences égales, il n'est pas normal de privilégier l'homme ; l'accès aux opportunités et la distribution des avantages doivent se faire uniquement sur la base des compétences. Pour ce qui est de l'institutionnalisation du genre et de son intégration dans les politiques, programmes et projets, il y a lieu de clarifier l'apport du genre au développement afin d'en faciliter l'utilisation. Il reconnaît ainsi que le défi de l'intégration du MSAS se trouve dans la capacité du MSAS à développer une offre de qualité qui réponde à la demande de services en tenant compte des besoins différenciés de ces cibles selon le sexe.

Dès lors, l'effectivité de l'intégration du genre devra se faire à travers la prise en compte de ces besoins dans les objectifs du PNDS et dans les programmes du DPPD.

Hormis la conseillère technique Genre et le conseiller du bureau législation, qui ont une perception claire du concept genre en général et de ses manifestations dans le secteur de la santé en particulier, pour les autres conseillers techniques, avec qui l'équipe a échangé, la connaissance et la sensibilité genre sont relativement faibles. En majorité, ils pensent que le genre est seulement une autre identification de la femme. Cette perception réductrice inhibe leur sensibilité à identifier les problématiques de genre et limite leur capacité à traiter, dans leur domaine respectif de responsabilité, les questions de genre qui sous-tendent les situations, pourtant différenciées des femmes et des hommes.

Cependant, les échanges sur le genre et ses manifestations dans le secteur de la santé ont permis de noter, au niveau des conseillers techniques, une certaine ouverture qui peut laisser croire à une meilleure perception et prise en compte du genre dans les dossiers dont ils ont la charge.

*Toutefois, l'engagement et la capacité d'influence nécessaires en faveur de l'équité et de l'égalité de genre devront être confortés d'une part, par le renforcement des capacités en genre des conseillers techniques et d'autre part, par des directives à inscrire explicitement dans leurs descriptions de tâches. Les conseillers seront ainsi redevables, dans leurs domaines d'intervention respectifs, du niveau d'intégration du genre. Par ces mesures, la synergie des actions autour de la conseillère genre et de la cellule genre sera renforcée afin de soutenir l'effectivité de la prise en compte transversale du genre dans le cadre organique et les programmes du MSAS.*

La rencontre avec l'Inspection interne a permis d'échanger sur ses missions qui consistent à veiller, au niveau de toutes les structures du MSAS, à la légalité, régularité et conformité de leurs actions aux normes juridiques. Il lui revient de s'assurer de l'adéquation des moyens mis à la disposition des services et programmes pour atteindre les résultats attendus. Dans ce cadre, le genre n'est pas interpellé. Ainsi, l'Inspection interne a un rôle important à jouer pour rendre les normes institutionnelles, juridiques et financières sensibles au genre pour un traitement équitable des personnels et une administration égale des interventions du MSAS intégrant une perspective genre. Mais pour se faire, il sera nécessaire de clarifier le contenu réel du genre et son impact dans le travail des inspecteurs techniques et de l'inspecteur des affaires administratives et financières afin qu'ils soient en mesure de situer et d'évaluer les incidences liées au genre dans les dossiers juridiques, administratifs et techniques. A cela, l'autorité devra veiller à inscrire la nécessité d'intégrer le genre dans les référents de leurs mandats respectifs.

### **2.1.1.2. Au niveau des directeurs, chefs de services et coordonnateurs de programmes**

On note globalement une faible perception du concept genre chez les directeurs, chefs de service et coordonnateurs de programme même si certains manifestent une légère sensibilité aux questions de genre induite par leurs domaines d'intervention (SR, PEV, PNLP, VIH/SIDA, Nutrition) où les besoins sexospécifiques des cibles sont reconnus. Toutefois, au-delà de la reconnaissance de besoins différenciés des cibles selon leur sexe, l'analyse de leurs statuts et situations socioéconomiques sur les stratégies d'intervention des programmes ne semblent pas bien perçue. En conséquence, l'incidence des rapports homme-femme dans la prise de décision et la prise en charge de la santé de la femme et de l'enfant ainsi que les interférences des contextes socioculturels et religieux ne sont pas adressées par des stratégies spécifiques.

Pour plusieurs interlocuteurs, ceci est justifié en grande partie par la méconnaissance du concept et de l'outil genre que les uns jugent trop abstrait pour décrypter la réalité homme femme ; ceci pouvant être expliqué par le fait que la majorité des directeurs et coordonnateurs de programme du MSAS n'ont pas suivi de formation en genre.

Toutefois, il nous a été donné de noter avec satisfaction une particularité chez les femmes à un haut niveau de gouvernance qui, même si elles déclarent ne pas bien connaître le concept genre, ont une sensibilité genre plus élevée que leurs homologues hommes. Les directrices de la DIEM et la PNA nous en ont donné une parfaite illustration en ces termes : *"je ne sais pas si je comprends ce qu'est le genre, mais j'accorde une certaine attention aux contraintes familiales et professionnelles vécues par les femmes et je cherche à les accompagner dans la gestion conflictuelle de cette situation qui peut impacter négativement sur leur productivité mais aussi sur leur santé"*.

Cette sensibilité des femmes managers s'explique, sans doute, parce qu'elles sont également des femmes vivant les mêmes dilemmes en cherchant toujours le juste milieu pour mériter le statut de femme modèle au foyer et la position de leader dans la société. Pour une femme être leader induit un changement dans son mode de vie et une importante mutation dans sa vie en tant que femme telle que la société l'a définie avec des rôles et obligations spécifiques. La réussite pour la femme passe par un double défi de performance, familial et professionnel, à relever constamment.

Aussi, ont-elles manifesté une réelle disponibilité à observer, écouter et accompagner leur personnel tenant compte des différences de sexe. Dans ce cadre, les autorisations d'absence sont traitées avec une certaine indulgence et les horaires de travail, durant le ramadan, sont réaménagés pour tenir compte des contraintes des femmes ; mais ceci a conduit à une uniformisation des horaires pour ne pas discriminer les hommes. Les directrices rencontrées sont ainsi en phase avec la nécessité de prendre en charge la situation différenciée des femmes travailleuses et évoquent des initiatives à cet effet notamment :

- l'attribution d'un chauffeur aux femmes, cadres, pour les missions de supervision, davantage pour prendre en charge leur sécurité sur de longues distances, que pour appliquer une discrimination positive à leur égard ; pour l'égalité de traitement des responsables de structures régionales, il est envisagé, en définitive d'étendre la mesure aux hommes et femmes.
- l'aménagement d'un espace d'accueil-garderie pour recevoir les enfants du personnel en cas de besoin (rendez-vous chez le médecin, absence de la nounou) mais aussi permettre aux mères d'observer l'allaitement maternel exclusif si elles le désirent ;
- la mise en place d'un service social pour une meilleure prise en charge des contraintes et des besoins du personnel, hommes et femmes.

Eu égard aux conditions et à l'ambiance de travail, la Directrice de la PNA envisage en sus la création d'une cafétéria comme espace de détente et de partage ainsi que la construction de toilettes séparées par sexe pour tenir compte des sexospécificités et préserver l'intimité et la santé des femmes, en particulier.

Cette sensibilité observée chez les femmes managers n'exclut pas le renforcement de leurs capacités en techniques d'intégration du genre.

Il apparaît également intéressant de nous arrêter sur le *Service national d'hygiène* qui, après avoir été un service composé majoritairement par des hommes, à l'exception de deux femmes qui ont pu intégrer le corps, par voie professionnelle, va accueillir de plus en plus de femmes.

La levée de la contrainte du passage obligatoire à l'armée, avec l'accès des filles dans les Forces Armées, depuis 2008 (Loi 2008-28 du 28 juillet 2008), permet désormais aux filles de concourir aux examens d'entrée de tous les corps militaires et paramilitaires (service d'hygiène, douane, eaux et forêt).

La discrimination juridique, ainsi supprimée, quatre filles ont pu intégrer la promotion 2014 - 2016 de l'Ecole de Formation des Services d'Hygiène.

Cet acquis important en termes d'égalité d'accès à l'emploi reste à consolider pour soutenir une présence significative des filles et la mise en exergue de leur valeur ajoutée au secteur. A cet effet, le Directeur du Service national d'hygiène nous a fait part de l'engagement des autorités à soutenir l'entrée effective des filles dans le corps des services d'hygiène. *Il faudra pour cela prendre en charge rapidement l'adaptation des infrastructures et des équipements et la revue des outils de gestion du personnel pour une prise en charge correcte de la sexospécificité y compris des nouvelles relations de travail entre des hommes et des femmes qui vont pour la première fois, pour l'essentiel, travailler ensemble.*

Pour terminer, le Directeur a rappelé que *la prise en charge de l'égalité a un coût* dont il faudra s'acquitter rapidement pour que la mixité dans le corps du service d'hygiène soit une source d'efficacité dans l'exécution de ses missions. Il a proposé à cet effet les mesures suivantes : - *la création d'un cadre nouveau où tout le personnel du service d'hygiène, hommes et femmes confondus, sera, dans un environnement favorable, apte et prêt à mieux servir ; - l'application transitoire d'une discrimination positive en faveur des filles avec l'instauration d'un quota qui leur sera consacré lors des concours d'entrée pour inciter les filles à choisir ce corps et à se présenter au concours d'entrée ;*

- *l'introduction d'un module sur le genre, la gestion des ressources humaines et la sécurité dans les programmes de formation des services d'hygiène de manière à renforcer les capacités des agents pour une intégration et une prise en charge équitables des hommes et des femmes ;*
- *le développement d'une stratégie de communication pour rompre définitivement avec les préjugés et stéréotypes sexistes et créer des relations saines de partenariat entre les femmes et les hommes du corps ;*
- *la mise aux normes des locaux de l'école de formation de Khombole pour répondre aux exigences de la mixité des étudiants du fait que les milieux d'hébergement n'étaient conçus que pour recevoir des hommes ;*
- *l'élaboration d'un code de conduite aux fins de lutter contre les discriminations, le harcèlement et autres abus sexuels qui peuvent subvenir dans un milieu où les femmes cohabitent avec les hommes.*

### **2.1.1.3. Au niveau des autres agents**

Le constat est le même au niveau des agents des différentes structures du MSAS relativement à la perception qu'ils ont du genre. Nombre d'entre eux avouent avoir une perception confuse de la signification réelle du genre et son utilité dans leur travail. C'est seulement dans le domaine de la SR, qui réfère de manière explicite à la femme (mortalité maternelle, nutrition, planification familiale, VIH/SIDA, violences sexuelles...), qu'ils comprennent la prise en compte des besoins spécifiques des femmes mais avec une référence limitée aux relations et rapports de genre qui pourtant influent beaucoup sur les réalités dans le domaine de la santé.

**En matière de gouvernance et de leadership**, le top management, en la personne de Mme la Ministre, a manifesté son engagement à promouvoir le genre dans les mécanismes et

programmes d'intervention du MSAS, à travers l'inscription de l'institutionnalisation du genre dans ses orientations stratégiques et la prise de mesures opératoires institutionnelles destinées à soutenir l'effectivité de l'équité et de l'égalité de genre (création de la cellule Genre, nomination d'une Conseillère technique genre, instauration d'un point focal genre dans les structures aux niveaux central et déconcentré).

*Cette volonté politique forte et sa traduction par des dispositions concrètes, qui peut être retenue comme bonne pratique à promouvoir au sein de toutes les institutions publiques et privées du Sénégal, est à opérationnaliser par toutes les instances de décisions pour l'instauration d'une culture de l'équité et de l'égalité de genre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.*

Par ailleurs, malgré l'engagement effectif en faveur du genre au niveau du top management, il y a lieu de constater un faible niveau de prise en compte et de traitement des questions de genre au rang des priorités au niveau des directeurs, des coordonnateurs de programme et des agents du MSAS d'une manière générale. Plusieurs interlocuteurs, hommes et femmes, ont clairement avoué leur faible connaissance et maîtrise du concept genre. Ils ont également reconnu qu'en dehors des domaines d'intervention ciblant directement les femmes, à l'instar de la mortalité maternelle, prise en charge dans le cadre de la SR et les initiatives de lutte contre le VIH/Sida, les questions de genre ne faisaient pas l'objet d'interrogations spécifiques dans les discussions et décisions de gouvernance au niveau stratégique comme au niveau opérationnel et donc, les problèmes qui en découlent n'étaient pas mis en exergue en vue de faire l'objet d'une prise en charge effective.

Au-delà de ces constats, les entrevues réalisées avec les différents personnels au niveau du cabinet, des directeurs, coordonnateurs de programme, médecins chefs et agents techniques ont permis de clarifier le concept genre et ses interrelations avec le développement mais aussi de contribuer à favoriser une plus grande réceptivité au concept genre. Aussi, il ne serait pas utopique de penser que, dans un proche avenir, les obstacles à l'acceptation et à l'internalisation du genre comme outil de développement dans le secteur de la santé peuvent être enrayés grâce au renforcement systématique des capacités en genre des personnels, acteurs stratégiques et opérationnels du MSAS mais aussi de par l'effectivité de l'institutionnalisation du genre dans les valeurs, normes, procédures et instruments de gestion et de développement de l'institution. Les acteurs et actrices du secteur de la santé pourront ainsi avoir une perception plus claire du concept genre et seront à même de l'utiliser, en tant qu'outil d'analyse et de planification, en vue d'assurer la prise en compte des contraintes et besoins différenciés selon le sexe, tenant compte des cycles et conditions de vie des cibles du MSAS, tout au long de la formulation et de la mise en œuvre des politiques, programmes et projets qui leurs sont dédiés.

## **2.1.2. Perception et engagement par rapport au genre au niveau déconcentré**

### **2.1.2.1. Au niveau des équipes-cadre de région et de district**

La faible perception du concept genre est constatée chez la majorité des équipes-cadres de région. Ils ont globalement reconnu avoir des difficultés à en cerner les contours et à en avoir une claire compréhension. Ceci est corroboré par la diversité des interprétations pour définir le genre. Pour certains, "le genre est l'expression grammaticale qui caractérise le sexe masculin et le sexe féminin" ; pour d'autres, "c'est une façon de désigner la femme et entre autres de justifier les discriminations positives en sa faveur". Au-delà du déficit de connaissance, on note une certaine réserve voire une certaine suspicion face au caractère abstrait du concept. Il en résulte, dès lors, un leadership peu sensible au genre et donc une faible interrogation et prise en compte des questions de genre dans la gestion administrative des régions médicales. Toutefois, le management, au niveau région, a fait cas de situations l'amenant à prendre en compte les

contraintes, liées au statut de la femme dans la société, qui se traduisent, le plus souvent, par des absences ayant une incidence directe sur la bonne marche des services.

Les entrevues avec les équipes-cadre de district ont fait apparaître une sensibilité genre plus élevée et parfois une perception beaucoup plus claire de ce qu'est le genre et de ses incidences au niveau de l'offre et de la demande. Ceci est attesté par la lecture différenciée des besoins des populations qu'ils font et, dans quelques cas, par leur capacité à identifier et à prendre en charge les contraintes liées au genre qui les sous-tendent (autorisation obligatoire des maris pour des tests de dépistage, influence de la belle-famille sur les décisions à prendre en matière de SR au niveau des couples, absences du bureau plus fréquentes des femmes pour des raisons liées à leur statut de femme, refus de certaines cibles, pour des raisons culturelles, de recourir aux services de prestataires de sexe opposé et même parfois en référence à leur âge). Cette sensibilité à répondre équitablement aux besoins sexospécifiques de ses cibles est favorisée d'une part, par leur proximité avec les populations et d'autre part, par les orientations et directives des partenaires du MSAS à l'instar de PAGOSAN et PAODES/CTB, Luxdev, UNICEF, UNFPA, OMS, IntraHealth/USAID, Abt/USAID, FHI/USAID et Childfund, qui accordent, à des degrés variables, une attention particulière à l'équité et à l'égalité de genre. Les opportunités de formation en genre, auxquelles ils ont pu participer dans le cadre du déroulement des programmes par les partenaires au niveau périphérique, sont également à inscrire parmi les facteurs favorisant cette sensibilité.

L'existence du point focal genre est un élément d'incitation, certes encore trop récent pour que le management des régions et des districts ait, dans l'immédiat, une claire perception de leur apport. Mais, il est certain que le mécanisme va contribuer à rendre le leadership des équipes cadre de région et de district plus sensible à la problématique du genre. *Il est toutefois reconnu que cela ne se fera pas sans la valorisation du statut du point focal à travers la reconnaissance effective de son apport dans la promotion de l'équité et de l'égalité de genre et le renforcement de ses capacités en genre afin de lui garantir le plein exercice de ses missions de veille et d'appui-conseil.*

### **2.1.2.2. Au niveau des prestataires**

Les échanges avec les différentes structures sanitaires du niveau déconcentré, nous révèlent une perception des questions de genre variable selon les niveaux d'intervention : hôpital, centre et poste de santé. La sensibilité genre et l'engagement à prendre en charge les problèmes liés au genre est plus grande au niveau district et poste, certainement de par leur proximité avec les cibles du secteur.

Sur un échantillon de quatorze (14) hôpitaux régionaux de niveaux variables, les équipes de direction et staff technique rencontrées admettent avoir une compréhension encore confuse des concepts genre, équité et égalité ; ils disent surtout ne pas avoir une claire compréhension de l'intérêt de tenir compte du genre puisque, dans leur secteur, l'accès aux fonctions se faisant suivant le profil de formation et la qualification. Aussi, selon leur perception, il ne peut y avoir de discrimination directement liée au sexe, seuls les critères d'aptitude et de compétence sont déterminants. Cette perception de la place des hommes et des femmes dans les établissements de santé corrobore une méconnaissance effective du concept genre. Cependant, il est heureux de constater qu'à ce niveau les prestataires reconnaissent le statut différencié de la femme dans la société et ses incidences sur sa vie professionnelle. Le management des hôpitaux visités a affirmé être souvent amené à trouver des solutions pour combler les absences en procédant, le plus souvent, au redéploiement de son personnel et au recours soit au personnel communautaire par modification des équipes de personnel de garde ou à des prestataires externes payés sur le budget de l'hôpital. *Mais il faut dire que l'objet de cette prise en charge répond davantage à un*

*souci d'efficacité privilégiant la continuité des services plutôt qu'à celui d'obéir à une démarche systématique d'intégration du genre dans la gestion de la structure.*

Au niveau des centres et postes de santé, on relève une faible connaissance du concept genre. Mais relativement à la prise en charge des patients, les prestataires rencontrés ont révélé une démarche qui tient compte des sexospécificités voire, par endroit, sensible au genre même s'ils n'en sont pas conscients dans la mesure où ils tiennent compte de la situation différenciée des femmes et prennent en charge, parfois, certaines contraintes qu'elles vivent en lien avec leur statut au sein de la famille et de la communauté. Les problèmes induits par les attitudes et comportements des époux et belles-familles sont analysés et réglés le plus souvent par la communication et l'apport des travailleurs sociaux qui sont de plus en plus présents dans les équipes cadres des districts. A titre d'illustration, le *counseling de proximité au niveau du village par l'ICP à Dialacoto, dans le district de Tambacounda, qui a eu pour effet l'instauration d'une amende aux maris dont les femmes accouchent à domicile. Dans le même sens, on peut évoquer l'initiative du comité de santé du district de Popenguine où les maris qui accompagnent leur épouse bénéficient d'un accès prioritaire à la consultation et sont récompensés par des produits en nature. Ces initiatives sont à généraliser comme envisagé, selon le président du comité de santé, à Koutal dans le district de Ndoffane pour une meilleure prise en compte du genre dans la gestion de la santé reproductive des femmes.*

Pour l'heure, la sensibilité genre et sa prise en compte dans les différentes structures sanitaires au niveau déconcentré est encore faible. Le genre est un concept nouveau pour nombre d'entre elles. Toutefois, les prestataires, suite aux échanges qu'ils ont eus avec l'équipe d'audit sur la question, ont réaffirmé leur volonté à renforcer leur engagement en faveur de l'équité et de l'égalité à travers une meilleure prise en compte des besoins différenciés par sexe des cibles.

La volonté ainsi manifestée par les prestataires devra être soutenue par un programme de renforcement des capacités, destiné à accroître la sensibilité et les connaissances en genre des équipes cadres de région et de district et à développer leurs compétences à intégrer le genre dans la planification et l'exécution des prestations.

Il faudra également nommer des points focaux genre au niveau des hôpitaux à l'effet de faciliter la prise en compte du genre dans leurs orientations stratégiques et activités.

## **2.2. Analyse de la sensibilité genre du cadre organique du Ministère de la Santé et de l'action sociale**

Les textes qui organisent le MSAS et le personnel de santé sont actuellement constitués par (i) le décret n° 2014-867 du 22 juillet 2014 relatif aux attributions du MSAS et (ii) le projet de décret portant organisation du MSAS. Ce sont ces textes qui ont été analysés pour apprécier le degré de prise en compte du genre dans le dispositif organisationnel du MSAS.

### **2.2.1. Présentation et analyse du décret n° 2014-867 du 22 juillet 2014 relatif aux attributions du MSAS.**

Suivant le décret n° 2014-867 du 22 juillet 2014, le MSAS a pour mandat de préparer et mettre en œuvre la politique définie par le Chef de l'Etat dans le domaine de la santé, de la prévention, de l'hygiène et de l'action sociale. Plus spécifiquement, il lui revient d'(e) :

- rendre les soins de santé de qualité accessibles à tous les Sénégalais, qu'ils vivent en zone urbaine ou rurale.
- encourager la formation de médecins et de personnels de santé et faciliter leur implantation dans les zones qui en sont dépourvues.
- veiller à l'approvisionnement en médicaments de qualité et à la couverture des besoins sanitaires de la population.
- assurer la tutelle des établissements publics de santé et veiller à leur bon fonctionnement.
- préparer et appliquer la législation et la réglementation relatives aux professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques.
- prendre les mesures requises concernant la pratique de la prévention dans tous les établissements et à son inscription dans les curricula de l'enseignement scolaire.
- encourager les médecins et les infirmiers à pratiquer, en plus des consultations et des soins, des actions efficaces de prévention et faciliter la mise en place de politiques de vaccination.
- développer des actions de prévention tendant à la diffusion de modèles de comportement permettant d'éviter le développement de certaines maladies et porter une attention particulière à la protection de la santé des femmes, des enfants, des travailleurs et des personnes âgées ou handicapées.
- apporter une assistance aux malades chroniques et aux groupes vulnérables.

Les attributions du MSAS, ainsi définies, ne sont pas explicites sur la prise en compte du genre même si la cible femme, différente du genre, est citée relativement à la protection de sa santé.

Pour une adéquation entre les engagements des autorités en faveur de l'équité et de l'égalité hommes-femmes, tels qu'affirmés dans la Constitution, les conventions internationales y relatives et la Stratégie nationale pour l'équité et l'égalité de genre, qui est son instrument d'exécution en la matière, il est nécessaire que l'équité et l'égalité de genre, unanimement reconnus comme des exigences d'un développement durable, soient explicitées dans le mandat du MSAS en particulier, à travers des orientations stratégiques et opérationnelles intégrant directement le genre. Une telle démarche contribuerait à renforcer l'efficacité des interventions du secteur de la santé.

### **2.2.2. Présentation et analyse du projet de décret portant organisation du MSAS**

Suivant le projet de décret portant organisation du MSAS, il est prévu, au niveau central : un cabinet, un secrétariat général et des services et cellules qui leur sont rattachés, deux directions générales intégrant des directions techniques et administratives, des directions régionales de la santé et de l'action sociale et des structures spécialisées. Chaque direction est structurée en divisions, bureaux et cellules.

Au niveau régional, conformément aux recommandations de la réforme institutionnelle, il est prévu de créer des directions régionales et des services départementaux de santé qui vont se substituer aux régions médicales et aux districts sanitaires en vue de renforcer l'échelon régional du système de santé.

Le projet d'organisation consacre également l'intégration formelle de la cellule genre dans le dispositif organique du MSAS. Une telle décision renforce la légitimité et la position institutionnelle de la cellule qui sont indispensables au plein exercice de sa mission relative à la promotion de l'équité et l'égalité hommes-femmes aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et dans les interventions du secteur de la santé et de l'action sociale. Ainsi, la cellule est dotée de capacité institutionnelle pour assurer le leadership nécessaire à l'institutionnalisation du genre dans le MSAS.

Le texte explicite les attributions des différentes structures qui composent le MSAS, au niveau central comme au niveau déconcentré. L'analyse selon le genre de ces attributions révèle une absence de référence explicite au genre dans les mandats de la majorité des directions et services. A titre d'illustration, on peut citer, entre autres, l'intégration des principes d'équité et d'égalité de genre parmi les critères de contrôle et de redevabilité de l'inspection technique ; la prise en compte des besoins différenciés des cibles dans la planification, la programmation et le suivi-évaluation des programmes et projets du MSAS ; la prise en compte des sexospécificités des cibles de la santé dans la conception des infrastructures et les cahiers de charge pour l'acquisition des équipements médicaux ; la prise en compte explicite des besoins différenciés par sexe des cibles dans l'allocation des ressources aux structures d'intervention du MSAS.

Le projet d'organisation du MSAS prend en compte cette faible prise en charge du genre à travers la notification explicite de l'objectif "promouvoir l'intégration du genre dans les programmes du département" dans les attributions de la Direction de la Planification, de la recherche et des Statistiques. Ceci vient renforcer la volonté du Management de répondre aux besoins des cibles du MSAS, d'une manière équitable et sans discrimination aucune liée au sexe, dans tous les domaines et tout au long de la pyramide sanitaire. La Cellule genre est le mécanisme institutionnel qui aura à soutenir l'opérationnalisation de cette orientation stratégique.

### **2.2.3. La carte sanitaire**

En sus des textes qui organisent le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, il y a lieu de noter l'existence d'un outil dénommé carte sanitaire qui est également définie par décret.

En 2008, le Sénégal s'est doté pour la première fois d'une carte sanitaire, couvrant la période 2009-2013, pour expliciter les besoins en infrastructures sanitaires, en équipements et en ressources humaines. La carte sanitaire est un document de base en matière d'évaluation, de planification et de suivi des besoins en équipements, en ressources humaines et en infrastructures sanitaires. Validée et fixée par décret, la carte sanitaire sert de tableau de bord à tous les acteurs intervenant dans le secteur de la Santé et de l'Action Sociale. La carte sanitaire 2009-2013 est en cours d'actualisation.

L'utilisation de la carte sanitaire comme base en matière d'évaluation, de planification et de suivi des besoins en équipements, ressources humaines et en infrastructures sanitaire gagnerait à introduire le critère sexe pour permettre une planification et programmation plus efficiente des besoins de recrutement et d'affectation du personnel. L'introduction de ce critère permettrait de tenir compte des contraintes liées au genre notamment le rapprochement des conjoints pour les femmes et hommes mariés et les questions culturelles liées au sexe des prestataires dans certaines zones.

*L'analyse des textes de base portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale révèle une absence d'intégration d'une perspective genre.*

La finalisation du projet de décret portant organisation du MSAS pourrait être saisie par les autorités pour intégrer le genre dans la formulation des attributions des directions et services afin de concrétiser la volonté politique du gouvernement et l'engagement de l'autorité sectorielle en faveur de l'équité et de l'égalité hommes-femmes. A défaut de pouvoir le faire avant la signature du décret, il faudra saisir l'opportunité de rédaction *des arrêtés* portant organisation et fonctionnement des directions et services pour introduire les propositions relatives à une meilleure prise en compte de l'équité et de l'égalité de genre.

Il est également proposé qu’au démarrage de chaque exercice de formulation, de programmation, de suivi-évaluation du ministère, de recourir à *une note circulaire* qui aura pour objet de rappeler aux différents centres de responsabilités la nécessité de prendre en compte le genre ainsi que ses incidences sur les interventions du MSAS.

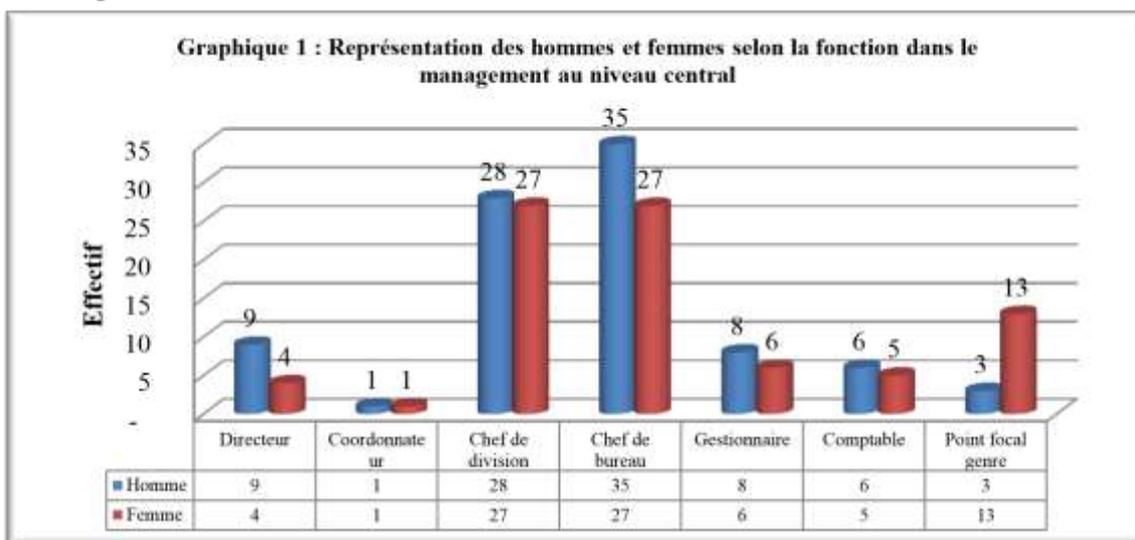
L’intégration du genre dans les mécanismes institutionnels et les interventions de développement exige des changements dans les mentalités, les comportements et les pratiques et, à ce titre, demande un soutien des autorités, soutien qui doit se matérialiser dans les textes et mécanismes organisationnels de toute institution.

## 2.3. Profil de représentation des femmes et des hommes dans la pyramide sanitaire du MSAS

### 2.3.1. Profil de représentation des femmes et des hommes au niveau central

Les profils et niveaux de présence des femmes et des hommes dans les différents services ont été dressés par sexe, poste, niveau de responsabilité, entre autres aspects établis et discutés lors des entrevues au niveau des directions et des programmes.

#### 2.3.1.1 Représentation des femmes et des hommes au niveau central du MSAS



Au niveau central, le niveau de représentation des hommes et femmes dans le management, illustré par le graphique N°1 ci-dessus, est marqué par des disparités variables d’une fonction à une autre. Au niveau des conseillers techniques, une seule femme est enregistrée contre dix (10) hommes. Il en est quasiment de même au niveau des directeurs où l’effectif est majoritairement en faveur des hommes qui sont au nombre de neuf (9) contre quatre (4) femmes. Au niveau des coordonnateurs, on relève trois (3) hommes contre deux (2) femmes. Pour les chefs de division, la représentation est presque paritaire avec 28 hommes contre 27 femmes pour les chefs de bureaux, trente-cinq (35) hommes contre vingt-sept (27) femmes, pour les gestionnaires, six (6) femme contre huit (8) homme, pour les comptables, cinq (5) femmes contre six (6) hommes et enfin, pour les points focaux genre, treize (13) femmes contre trois (3) hommes.

#### 2.3.1.2 Représentation des médecins chefs de région et de district selon le sexe

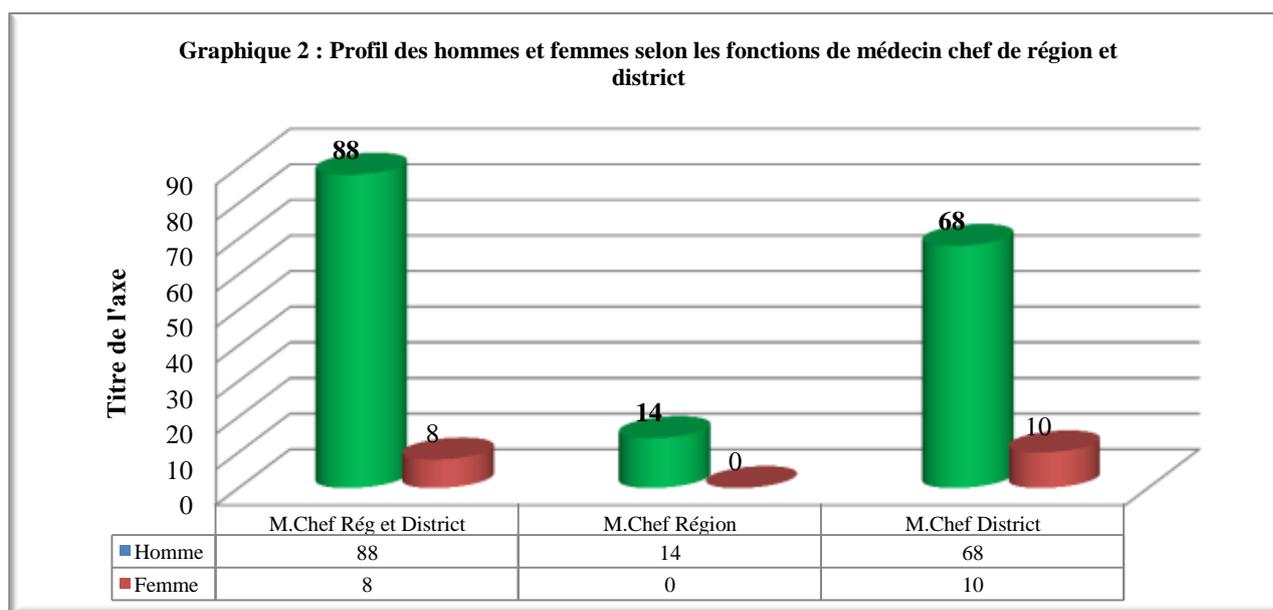
**Tableau 1 : Effectif des médecins chefs de région et de district selon le sexe<sup>4</sup>**

Fonction Région	Méd.Chef Rég et District		Méd. Chef Région		Méd.Chef District	
	H	F	H	F	H	F
DK	11	3	1	0	7	3
DL	4	1	1	0	3	1
FT	8	0	1	0	7	2
KF	5	0	1	0	4	0
KL	5	0	1	0	4	0
KG	4	0	1	0	3	0
KD	4	0	1	0	3	0
LG	9	0	1	0	7	1
MT	5	1	1	0	4	0
SL	5	1	1	0	3	1
SD	4	0	1	0	3	0
TC	8	0	1	0	7	0
TH	10	2	1	0	7	2
ZG	6	0	1	0	6	0
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>10</b>

Aux niveaux région et district, les hommes assurent, très majoritairement, la fonction de médecin chef. Sur un total de 96 médecins chefs de région et de district, les femmes ne représentent qu'un effectif de 8, soit 8% contre 92% d'hommes correspondant à 88 personnes.

Au niveau régional, aucune femme n'occupe, au moment de l'audit, la fonction de médecin chef. La seule femme, qui était médecin chef de région, a été promue directrice nationale au cours de l'audit.

Au niveau des districts, 10 femmes, soit 12,8% seulement occupent la fonction de médecin chef contre 87,1%, soit (68 chez les hommes.



4 4 NB. Les données traitées dans les tableaux utilisés pour apprécier les profils ont été collectées auprès des districts et régions médicales. Pour certains tableaux les données de base sont présentées en détail en annexe.

### 2.3.1.3 Représentation des femmes et des hommes dans les équipes-cadres de région et de district

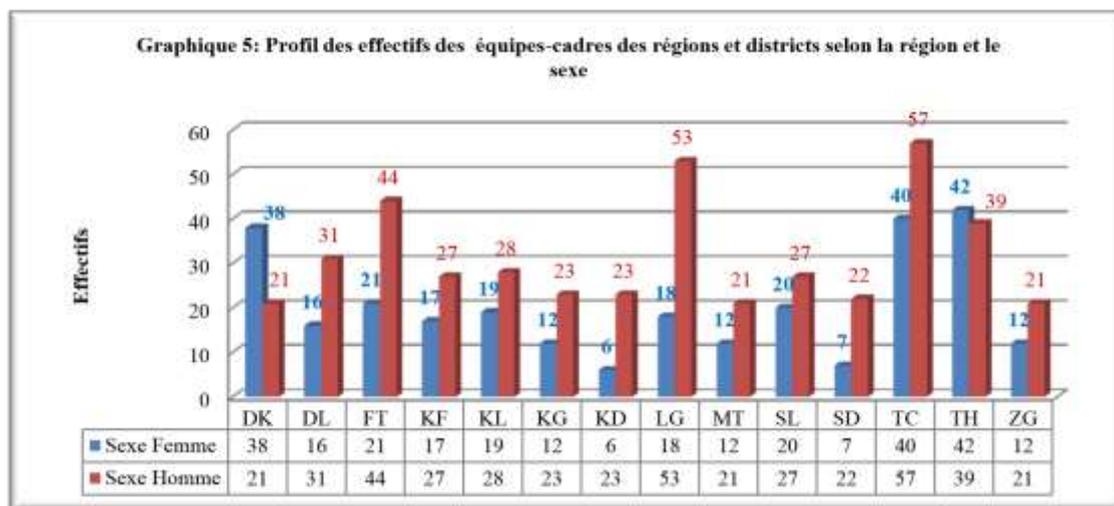
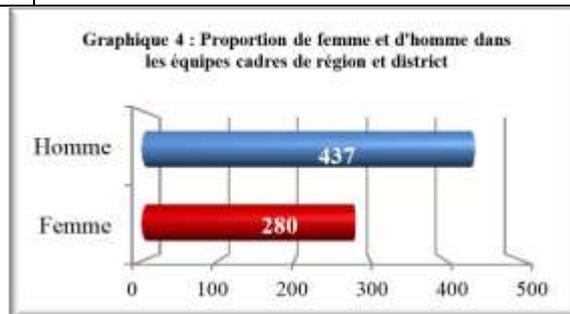
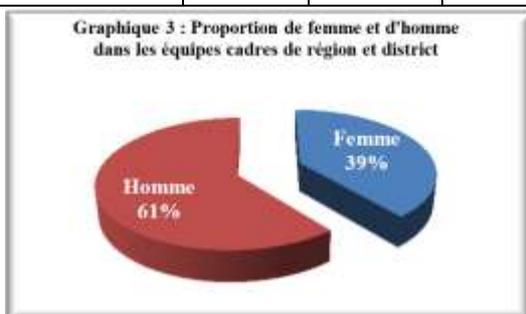
Régions	Sexe	TOTAL
---------	------	-------

	Femme	Homme	
Dakar	38	21	59
Diourbel	16	31	47
Fatick	21	44	65
Kaffrine	17	27	44
Kaolack	19	28	47
Kédougou	12	23	35
Kolda	6	23	29
Louga	18	53	71
Matam	12	21	33
Saint Louis	20	27	47
Sédhiou	7	22	29
Tambacounda	40	57	97
Thiès	42	39	81
Ziguinchor	12	21	33
<b>TOTAL</b>	<b>280</b>	<b>437</b>	<b>717</b>

Les équipes-cadres, des régions et districts, sont majoritairement dominées par les hommes qui représentent 61% avec un effectif de 437 contre 280 femmes, soit 39%.

Les régions de Dakar et Thiès sont les seules à enregistrer des effectifs de femmes plus élevés que ceux des hommes. Au niveau de Dakar les femmes représentent une proportion de 64% contre 36% pour les hommes. Pour Thiès, où la parité est presque enregistrée, les femmes représentent une proportion de 52% contre 48% pour les hommes.

Les plus faibles niveaux de représentation des femmes sont enregistrés dans les régions de Kolda avec 6 femmes contre 23 hommes et Sédhiou avec 7 femmes contre 22 hommes.



5 Les données utilisées pour apprécier le niveau de représentation des femmes et des hommes dans les équipes cadres ont été collectées lors des séances de travail au niveau régional et district. Indifféremment de l'appartenance à l'équipe cadre restreint ou l'équipe élargie, les tendances observées en termes de proportion majoritaire d'homme sont maintenues.

### 2.3.1.4 Représentation des femmes et des hommes dans les équipes-cadres de région

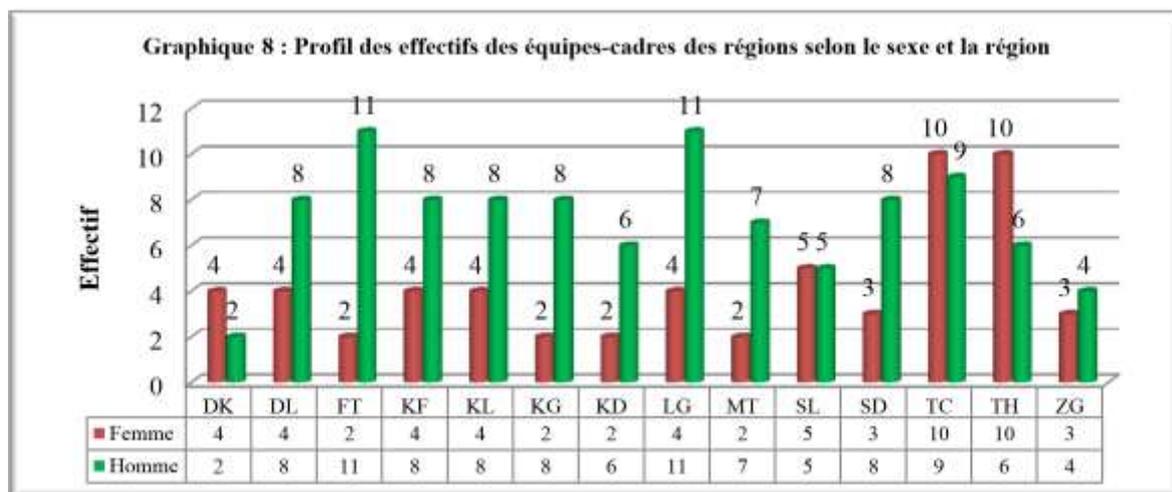
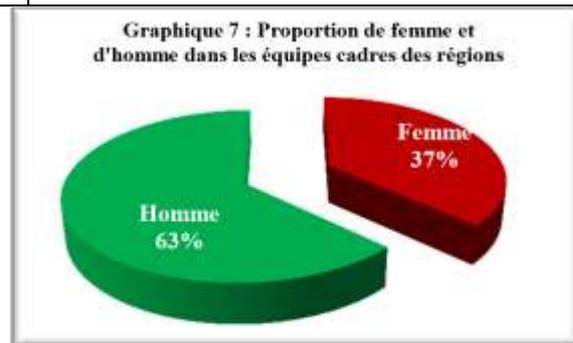
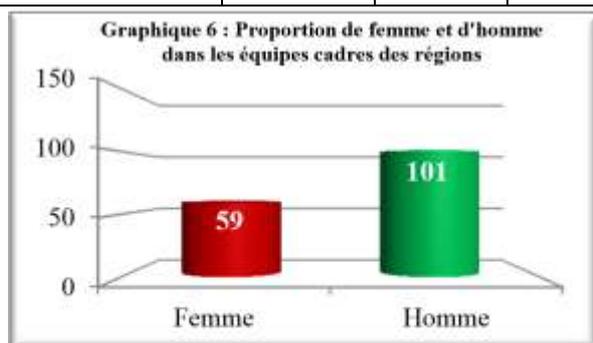
Régions	Sexe	TOTAL
---------	------	-------

	Femme	Homme	
Dakar	4	2	6
Diourbel	4	8	12
Fatick	2	11	13
Kaffrine	4	8	12
Kaolack	4	8	12
Kédougou	2	8	10
Kolda	2	6	8
Louga	4	11	15
Matam	2	7	9
Saint Louis	5	5	10
Sédhiou	3	8	11
Tambacounda	10	9	19
Thiès	10	6	16
Ziguinchor	3	4	7
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>101</b>	160

Les équipes-cadres des régions sont majoritairement composées d'hommes. Ces derniers représentent, sur un effectif total de 160 individus, 63%, soit 101 personnes contre 59 femmes correspondant à une proportion de 37%.

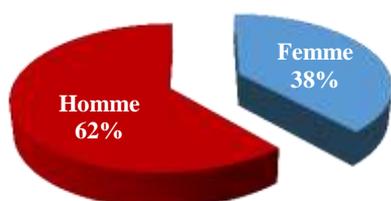
Les régions de Dakar, Tambacounda et Thiès sont les seules à enregistrer, au niveau de leurs équipes-cadres, des effectifs de femmes plus élevés que celles des hommes.

A Dakar, il a été enregistré un effectif de 4 femmes contre 2 hommes, à Thiès un effectif de 10 femmes contre 6 hommes et, à Tambacounda, un effectif presque paritaire de 10 femmes contre 9 hommes.



### 2.3.1.5 Représentation des femmes et des hommes dans les équipes-cadres de district

Graphique 9: Proportion d'homme et de femme dans les équipes-cadres des districts



Graphique 10 : Proportion d'homme et de femme dans les équipes-cadres des districts

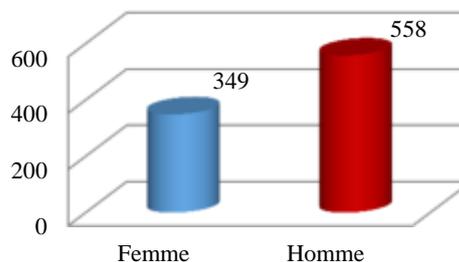


Tableau 4 : Profil des effectifs des équipes-cadres de district selon le sexe et la région

Régions	Sexe		TOTAL
	Femme	Homme	
Dakar	34	19	53
Diourbel	12	23	35
Fatick	19	33	52
Kaffrine	13	19	32
Kaolack	15	20	35
Kédougou	10	15	25
Kolda	4	17	21
Louga	14	42	56
Matam	10	14	24
Saint Louis	15	22	37
Sédhiou	4	14	18

Les équipes-cadres des districts sont majoritairement dominées par les hommes dont l'effectif est de 558, soit 62% contre 349 femmes, soit 38%.

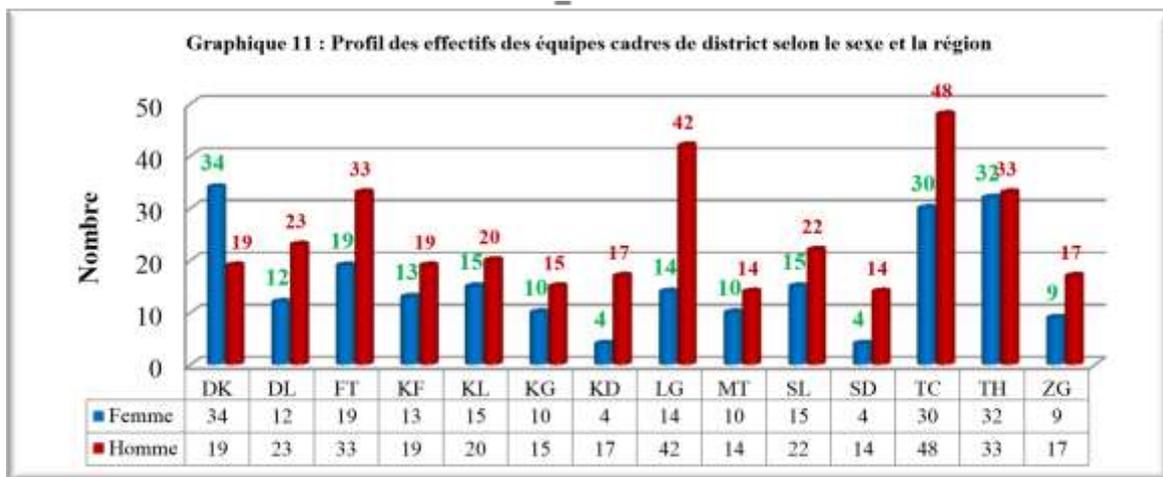
La région de Dakar est la seule où les femmes sont plus nombreuses que les hommes avec respectivement 34 contre 19. Au niveau de la région Thiès la parité est observée à une personne près en faveur des hommes.

Les régions de Kolda et Sédhiou, où les plus faibles taux de représentation des femmes dans les équipes-cadres sont notés, enregistrent, respectivement 19% de femmes

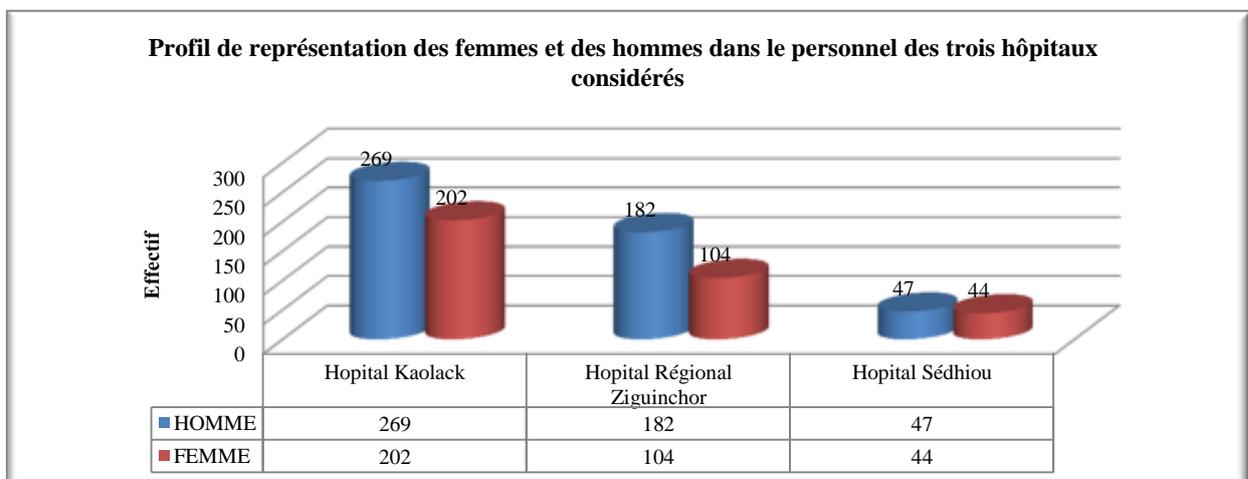
Tambacounda	30	48	78
Thiès	32	33	65
Ziguinchor	9	17	26
<b>TOTAL</b>	<b>221</b>	<b>336</b>	<b>557</b>

contre 81% hommes et 22% pour les femmes contre 78% pour les hommes.

La région de Tambacounda présente le plus grand effectif avec 78 agents composés de 48 hommes soit 62% et 30 femmes soit 38%.



### 2.3.1.6 Représentation des femmes et des hommes dans les effectifs des personnels des hôpitaux sélectionnés



A titre d'illustration portant sur trois hôpitaux dont on a pu disposer des données les effectifs sont majoritairement composés d'hommes. A l'hôpital de Kaolack 57% de l'effectif total sont des hommes contre 43% pour les femmes. A l'hôpital de Ziguinchor, les hommes représentent près double de l'effectif des femmes avec respectivement 64% et 36%. Par contre à l'hôpital de Sédhiou, on enregistre une représentation presque paritaire avec 47 hommes contre 44 femmes.

### 2.3.1.1. Représentation des femmes et des hommes dans les postes de santé

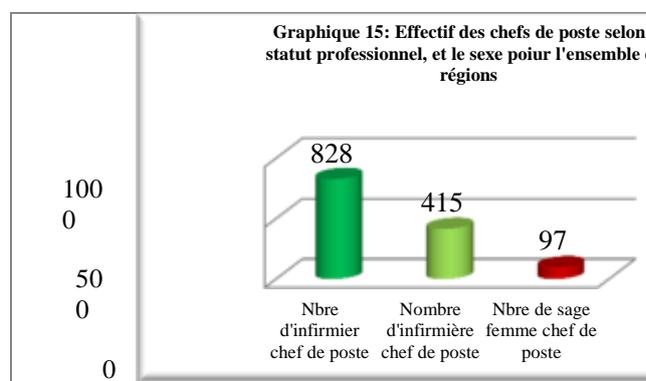
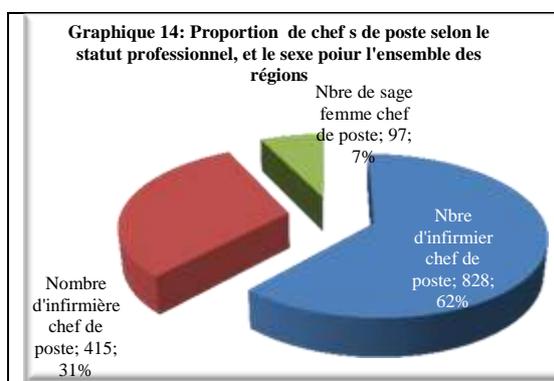
**Tableau 5 : Effectif des chefs de poste selon le statut professionnel et le sexe pour l'ensemble des régions**

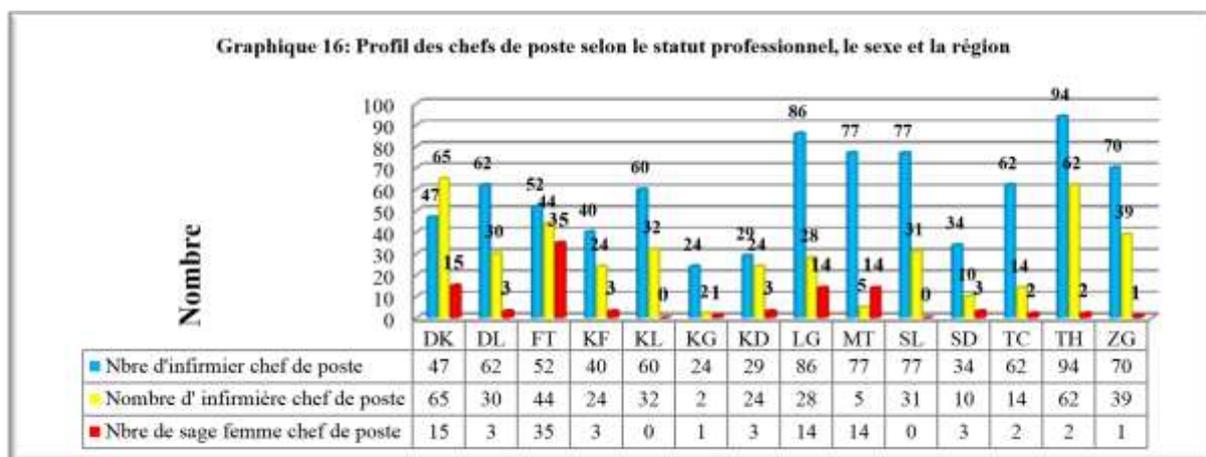
Régions	Nombre de poste de santé	Nombre d'infirmier chef de poste	Nombre d'infirmière chef de poste	Nombre de sage-femme chef de poste
Dakar	127	47	65	15
Diourbel	95	62	30	3
Fatick	131	52	44	35
Kaffrine	71	40	24	3
Kaolack	92	60	32	0
Kédougou	27	24	2	1
Kolda	54	29	24	3
Louga	106	86	28	14
Matam	82	77	5	14
Saint Louis	108	77	31	0
Sédhiou	47	34	10	3
Tambacounda	98	76	19	3
Thiès	157	94	62	2
Ziguinchor	110	70	39	1
<b>TOTAL</b>	<b>1305</b>	<b>828</b>	<b>415</b>	<b>97</b>

Le profil de femmes et d'hommes assumant la fonction de chef de poste, apprécié sur un total de 1305 structures laisse apparaître une nette majorité d'hommes. Au total, il a été relevé 828 hommes, soit 62% contre 512 femmes, soit 38%.

Les infirmières chefs de poste représentent, sur l'effectif global, une proportion de 31% alors que les sages-femmes chef de poste ne sont que 7%.

L'effectif de sages-femmes chefs de poste est globalement plus faible dans toutes les régions avec la région de Fatick qui enregistre le nombre de sages-femmes chef de poste le plus élevé. Chez les infirmières chefs de poste, l'effectif le plus important est enregistré à Dakar qui totalise, 65 infirmières contre 47 infirmiers et 15 sages-femmes.





### 2.3.1.7 Représentation des hommes et des femmes dans les comités de santé

Les comités de santé, régis par des textes juridiques qui restent à appliquer de manière uniforme, sont administrés par un bureau dont les membres sont élus par une assemblée générale regroupant les diverses sensibilités de la population.

Les comités de santé des districts, centres et postes de santé ont pour mandat, de gérer les ressources et soutenir le fonctionnement de ces structures et de veiller à la satisfaction correcte des besoins des populations.

Relativement à la représentation au sein des comités de santé, sur un échantillon de 75 comités de santé, tous niveaux confondus, il apparaît, de manière claire, une faible représentativité des femmes alors que celles-ci jouent un rôle prépondérant dans l'élection des hommes au bureau des comités de santé. Le taux de représentation des femmes dans les comités de santé des centres de santé est, au plus, de 20 %, soit une présence variant entre 0 et 2 femmes par bureau. Au niveau des postes de santé, on retrouve, au maximum, une femme dans la majorité des bureaux, soit un taux de représentation moyen variant de 11% à 16% selon la taille des bureaux. Il a été relevé quelques rares comités où la représentation homme – femme dans les bureaux est paritaire comme au centre de santé de Popenguine et au poste de santé d'Agnam Civol. Dans l'ensemble des comités considérés durant les entretiens et focus group, les hommes occupent les premiers postes alors que les femmes sont souvent élues au second rang pour la majorité des postes des bureaux.

Les facteurs consensuellement identifiés pour justifier la sous-représentation des femmes dans les bureaux des comités de santé renvoient à une forte influence du contexte socioculturel voire religieux, au poids des responsabilités familiales qu'assument les femmes et au faible niveau d'instruction de la grande majorité des femmes. Dans les régions visitées, ces facteurs qui constituent encore des contraintes majeures à la mobilité, à l'autonomie et au leadership des femmes limitent toujours leur représentation dans les instances communautaires. Egalement, le mode de désignation des membres des comités de santé qui reproduisent des modalités et pratiques plus favorables aux hommes est également à considérer parmi les contraintes à plus de candidatures féminines.

Toutefois, la mission a eu à percevoir quelques germes de changement favorables à une plus grande participation des femmes dans la gestion de la santé communautaire : l'effet de la loi sur la parité qui s'est traduit par une forte présence des femmes aux niveaux des instances de gouvernance locale, le nombre de femmes de plus en plus instruites, une organisation de plus en plus importante des femmes au sein des groupements et associations et une participation active

des femmes aux activités de sensibilisation et de mobilisation des populations. Ces constats ont été largement partagés dans les interviews réalisés avec les membres des comités de santé des centres et postes de santé.

Interrogés sur le niveau de prise en compte spécifique du genre dans l'expression des besoins, les acquisitions de matériels, équipements et logistiques, les membres des comités de santé ont unanimement déclaré se limiter plutôt à la couverture des besoins des centres ou postes de santé sans considération relative aux sexospécificités. Cependant, après échange sur l'intérêt à tenir compte du genre (statut et conditions de vie différenciés des hommes et des femmes) lors des acquisitions de biens et services relevant de la responsabilité des comités de santé, les membres de bureau rencontrés ont partout manifesté une volonté d'intégrer cette dimension dans l'exercice de leur mandat et un besoin de voir leurs capacités renforcées à cet effet. A l'avenir, il sera nécessaire d'impliquer les membres des bureaux des comités de santé dans les activités de sensibilisation/formation en genre qui seront menées dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'institutionnalisation. Ceci contribuerait à créer plus de synergie sur la question étant donné que l'exécution des responsabilités du comité de santé requiert, souvent les avis et conseils des chefs de poste et médecins chefs de district.

## **2.4. Analyse de la sensibilité genre de la gestion des ressources humaines**

L'analyse de la sensibilité genre de la gestion des ressources humaines a été basée sur un examen des contenus du profil des ressources humaines de la santé du Sénégal et du plan de développement des ressources Humaines d'une part, sur l'évaluation du critère relatif au sexe dans les descriptifs des postes à pourvoir et appels à candidatures ainsi que sur l'appréciation des questions de genre dans la mobilité des ressources humaines d'autre part.

### **2.4.1. Sensibilité genre du profil et du plan de développement des Ressources Humaines<sup>3</sup>**

L'appréciation du niveau de sensibilité genre de la gestion des ressources humaines est basée sur une analyse du niveau d'intégration du genre dans le plan de gestion des ressources humaines, le recrutement du personnel et la mobilité du personnel.

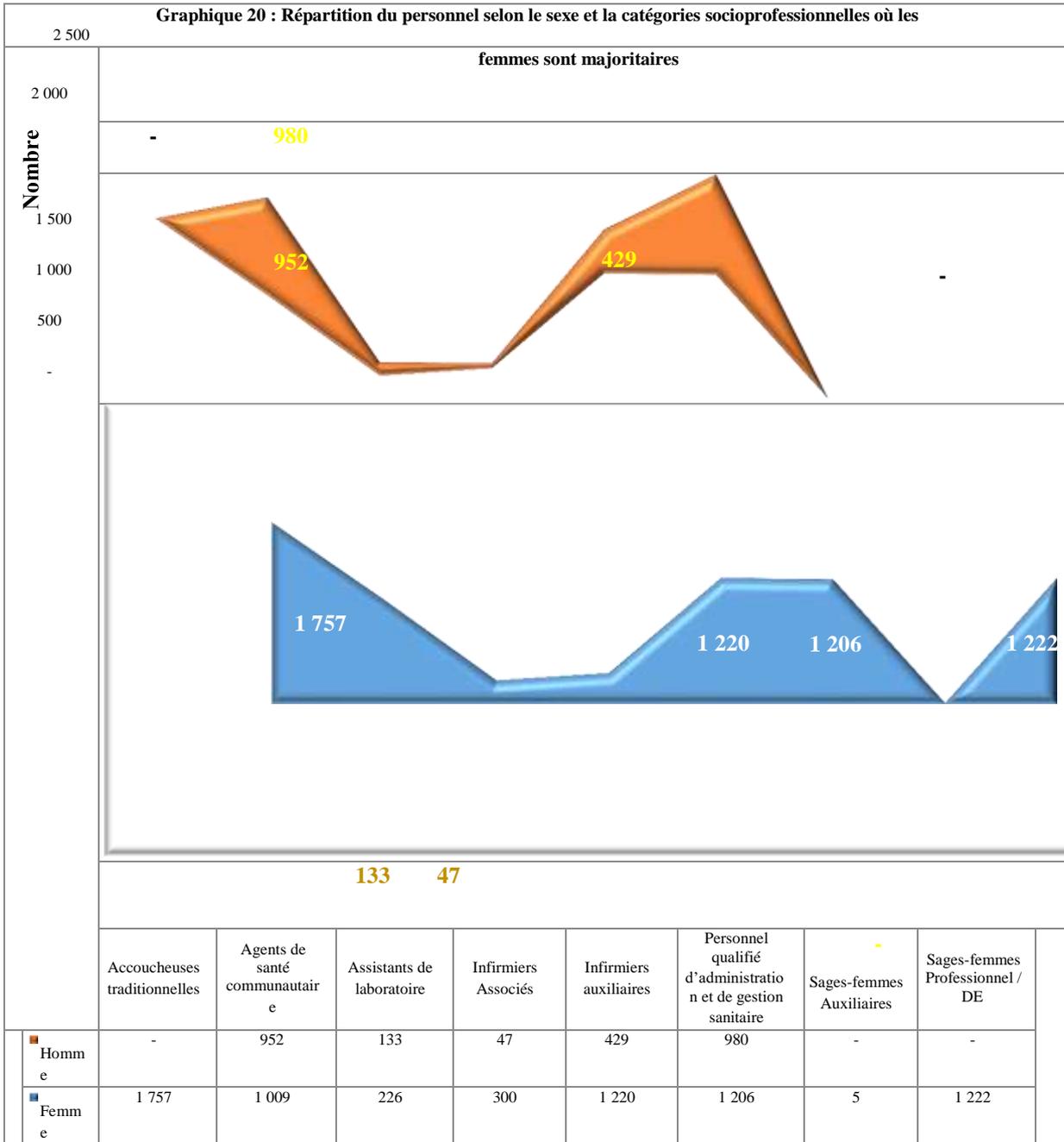
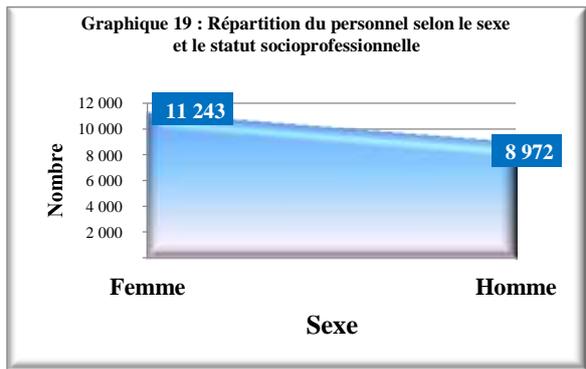
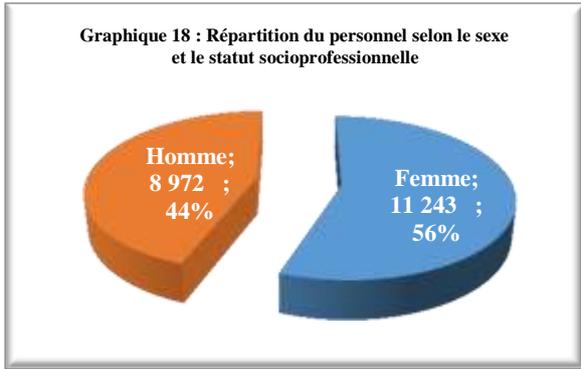
La revue des tableaux et graphiques présentés dans le plan de développement des ressources humaines et le profil des ressources humaines en santé du Sénégal pour mettre en exergue la situation du personnel et les estimations des besoins en ressources humaines, laisse apparaître très peu de différenciation selon le sexe des données présentées. Le tableau N° 02 et le graphique 02 relatifs à la répartition des personnels de soins, contenus dans le plan de développement des ressources humaines et le tableau 3.2 qui présentent la répartition du personnel de santé par sexe et occupation, sont les seuls à croiser la variable sexe avec d'autres variables, en l'occurrence, la région et la catégorie socioprofessionnelle comme indiqué par les graphiques ci-après.

Comme le laisse apparaître le tableau 3.2<sup>4</sup> contenu dans le document "Profil des ressources humaines de la santé" qui a été exploité pour établir les graphiques ci-contre, les femmes constituent la majorité du personnel du secteur toutes catégories confondues. Elles représentent, sur le total de 20215 agents, un effectif de 11 243 soit 53% contre 8 972 hommes soit 44%.

---

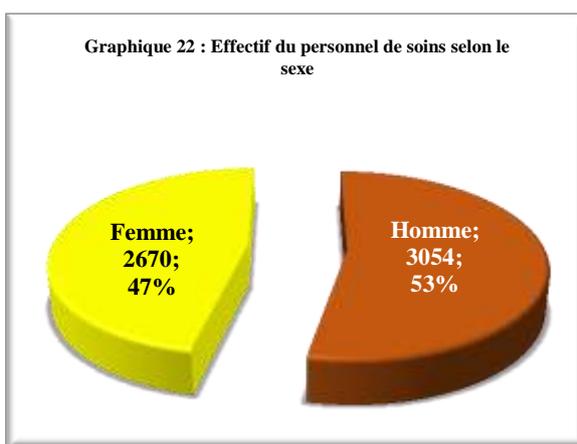
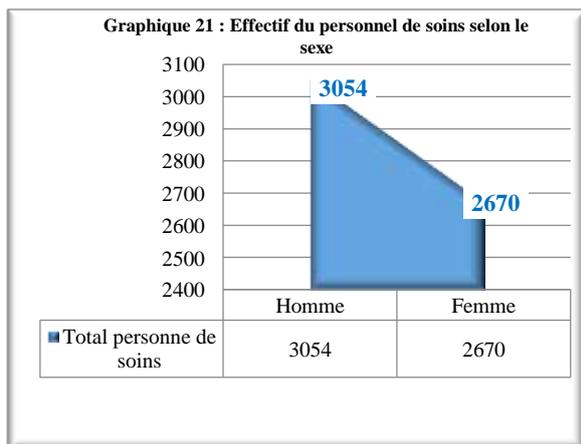
<sup>3</sup> Sources : Profil pays des ressources humaines 2013 et Plan de Développement des Ressources Humaines 2012

<sup>4</sup> Sources : Profil pays des ressources humaines 2013 et Plan de Développement des Ressources Humaines 2012

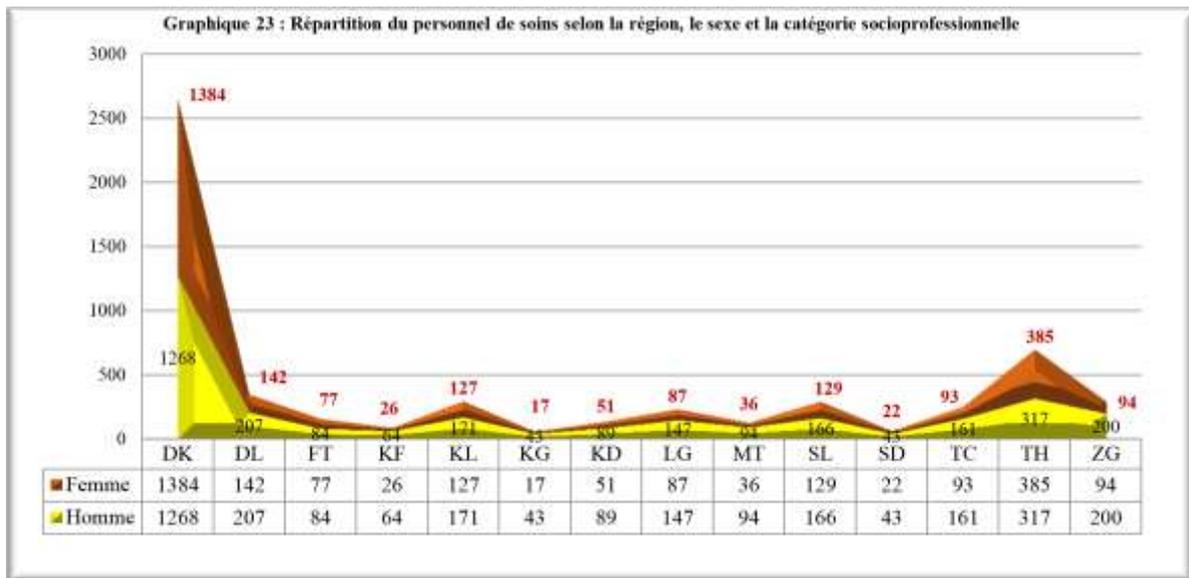


Comme le laisse apparaitre le tableau 3.2, présenté en annexe, qui donne la répartition du personnel de santé par sexe et occupation, les écarts entre hommes et femmes par catégorie socioprofessionnelle ne sont favorables aux femmes que pour les catégories professionnelles

visualisées dans le graphique 20, ci-dessus. L'effectif total des différentes catégories d'infirmiers, qui est de 4892 agents dont 2 954 femmes, soit 60% contre 1938 hommes, soit 40%, cache des disparités de genre puisque, au-delà des infirmières prof./diplômés d'Etat où le niveau de représentation selon le sexe est presque paritaire, les femmes qui représentent une proportion de 76% correspondant à un effectif de 1520 contre 476, soit 24% pour les hommes, sont majoritairement dans les catégories infirmiers auxiliaires et infirmières associées. Audelà des fonctions assumées exclusivement par les femmes comme accoucheuses villageoises et sages-femmes, elles ne sont majoritaires que dans la catégorie Assistant laboratoire avec un taux de disparité de 26% et personnel qualifié d'administration et de gestion sanitaire avec un écart de 10%



A titre d'illustration, une analyse des données du personnel de soins, à partir du seul tableau du plan de développement des ressources humaines, qui intègre la variable sexe, laisserait apparaître, comme indiqué par le graphique ci-dessus, que, dans les régions de Thiès et Dakar, le nombre de femmes, toutes catégories socioprofessionnelles réunies, est supérieur à celui des hommes alors qu'au niveau des catégories considérées, prises individuellement, on note, par exemple, chez les médecins, que le nombre d'hommes représente plus du double de celui des femmes comme d'ailleurs au niveau des TSS et chez les infirmiers où les hommes, qui représentent une proportion de 59%, sont plus importants que les femmes qui représentent 41%. Il est intéressant, par exemple, de croiser la variable sexe avec l'âge, le statut, la catégorie socioprofessionnelle. *Ainsi, les analyses seraient enrichies et affinées par la simple introduction de la variable sexe qui permet de questionner et intégrer le genre dans les analyses de situation des ressources humaines et les projections de besoins en ressources humaines.*



En définitive, les analyses des statistiques, qui figurent dans les contenus des deux documents, n'ont pas été faites dans une perspective genre, au-delà de la différenciation des données par sexe limitée aux deux tableaux et graphiques cités plus haut qui figurent dans le plan de développement des ressources humaines et le profil des ressources humaines en santé du Sénégal.

L'absence d'analyse genre des ressources humaines, qui peut être comblée par l'exploitation systématique de la base de données automatisée du personnel disponible au niveau central, a été aussi constatée aux niveaux intermédiaire et périphérique. Soulignons, avec acuité, que le décompte des effectifs des personnels différenciés selon le sexe, pour la réalisation des profils de représentation des hommes et des femmes dans les équipes-cadres des régions, districts, postes de santé et hôpitaux a mis en évidence l'absence de production et d'analyse des statistiques des ressources humaines sensibles au genre. Partout, il a fallu faire, sur place, le décompte de l'effectif du personnel différencié selon le sexe alors qu'il est nécessaire, dans une approche de gestion de ressources, de disposer, au quotidien des données, mises à jour régulièrement, pour la planification de leur utilisation et surtout des congés notamment des femmes qui peuvent être en situation de maternité alors que les hommes ne vivent jamais cette situation.

*L'approche d'analyse genre, une fois réalisée pour l'appréciation de la situation et besoins en ressources humaines, offrirait des bases de prise en compte des problématiques de genre dans la gestion des ressources humaines à l'échelle de la pyramide sanitaire.*

Conséquemment, les orientations stratégiques du plan national de développement des ressources humaines auraient pris en compte les questions de genre dans les étapes de recrutement, de gestion interne des ressources humaines étant donné que les femmes quel que soit leur milieu de travail, catégorie socioprofessionnelle et statut peuvent connaître des situations qui peuvent avoir des impacts sur la continuité du travail. En guise d'exemple, la prise en compte de la variable sexe et, partant, l'analyse genre des ressources humaines auraient permis de prendre en compte les sexospécificités, en particulier des femmes, au niveau de l'orientation stratégique « Amélioration des conditions de vie et de travail des personnels de santé » et « Développement de mesures incitatives pour les zones » à tous les niveaux et particulièrement les zones jugées éloignées et difficiles.

## **2.4.2. Questions de genre dans le recrutement du personnel et la mobilité des ressources humaines**

### **2.4.2.1. Le genre dans le recrutement**

Le recrutement de ressources humaines du MSAS se fait au niveau :

- de l'Etat, à travers le Ministère chargé de la Fonction publique qui recrute le personnel et le met ensuite à la disposition du Ministère de la Santé pour son utilisation.
- du MSAS qui recrute un personnel contractuel, régi par le Code du travail. Cette contractualisation obéit à une politique de couverture en ressources humaines des zones dites difficiles. Ces personnels de santé signent un contrat à durée déterminée avec le Ministère de la Santé pour servir dans un poste bien précis au niveau des zones dites difficiles. L'exécution du contrat court du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de la même année et son existence est liée au lieu d'emploi précisé dans ledit contrat.
- du Conseil d'Administration des Etablissements Publics de Santé (EPS) qui réserve une part importante du budget au recrutement de ressources humaines en santé.
- des Comités de Santé qui mettent à la disposition des centres de santé, des postes de santé et des maternités, des personnels dénommés Agents de Santé Communautaire (ASC).
- des collectivités locales qui recrutent des ressources humaines qui sont mises à la disposition des structures de santé de leurs localités.

A ces différents niveaux, le recrutement est uniquement basé sur les compétences. *L'égalité de chance d'accès aux postes pour lesquels les recrutements sont organisés a été partout évoquée comme préoccupation majeure.* Au-delà de la catégorie socioprofessionnelle des sages-femmes entièrement réservée aux femmes, aucune considération liée au sexe n'est prise en charge. Ceci a été confirmé par les résultats des exploitations des fiches d'appel à candidature et des entretiens en focus group et individuel. Bien qu'imposé par des dispositions juridiques, il ne serait pas exclu, dans bon nombre de milieux à forte influence musulmane, où les relations hommes-femmes sont normées, de considérer la variable sexe dans le recrutement et l'affectation du personnel dans certaines structures prestataires et unités de soin. A propos, le personnel féminin comme masculin a fait état de plusieurs formes de résistance des patients et patientes en lien avec le sexe ou l'âge du prestataire.

### **2.4.2.2. Genre et mobilité des ressources humaines**

Trois problématiques en lien avec le genre et la mobilité des ressources ont été identifiées au cours des échanges avec les différents acteurs du système de santé :

➤ **Problématique de genre dans l'affectation du personnel :**

Au-delà des besoins de mise à disposition de sages-femmes, très peu de référence à la différenciation du personnel selon le sexe a été évoquée, comme préoccupation au moment de l'affectation des agents qui viennent d'être recrutés et au moment des mutations. Aux niveaux central, intermédiaire et périphérique, l'unique critère privilégié est la catégorie socioprofessionnelle alors qu'il est important, pour la continuité et la qualité des services, de tenir compte du sexe, en particulier, dans des contextes comme, par exemple, celles des régions situées en Casamance, de Kédougou et une bonne partie de la région de Tambacounda qui vivent une situation d'insécurité et bien d'autres aspects liés aux influences religieuses.

➤ **Problématique de l'absentéisme du personnel :**

Dans les services et dans les structures sanitaires, au niveau central comme au niveau régional, il est soulevé la problématique du taux d'absentéisme plus élevé chez les femmes que chez les

hommes et de ses incidences sur la continuité des services et la qualité des prestations. Le statut différencié des femmes et des hommes dans la société apparaît comme déterminante dans les raisons évoquées pour justifier cette situation. Comme indicateur, il a été énoncé, presque partout, les multiples demandes d'autorisation d'absence des femmes qui évoqueraient, le plus souvent comme motif, des raisons sociales et surtout l'obligation d'assurer des responsabilités et rôles de genre.

➤ **Problématique du rapprochement des conjoints :**

Les femmes sont davantage confrontées à la difficulté de servir loin du foyer conjugal que les hommes. Ceci est lié au statut de la femme dans la société, statut qui ne lui confère pas le pouvoir de décision en ce qui concerne le choix du domicile conjugal et, dans bon nombre de cas, de son lieu de travail. C'est au mari, chef de famille, à qui il revient de décider du domicile conjugal, mais aussi, de donner son accord à son épouse qui veut travailler loin de son foyer. A cela s'ajoute, pour la plupart des femmes qui sont mariées, la pression de la belle-famille pour exiger, de la femme qui veut travailler, de ne pas le faire loin de son foyer afin qu'elle puisse assurer quotidiennement ses rôles d'épouse et de mère. Il s'y ajoute, lorsque ces dernières ont des enfants, l'obligation de les prendre en charge au domicile situé dans son milieu de travail ou de vivre une pression permanente lorsque les enfants sont ailleurs.

*Pourtant, des femmes exerçant dans des zones éloignées de leur domicile conjugal ont déclaré accepter le sacrifice d'être éloignées de leur foyer du fait des avantages, ainsi identifiés :*

- niveau de responsabilité plus grande dans la structure d'attache ;
- autonomie et affirmation de soi dans la gestion de son centre de responsabilité ;
- opportunités de renforcement de capacités plus nombreuses ;
- opportunités de réalisation d'activités génératrices de revenus supplémentaires, - vie moins chère même si les conditions des milieux sont parfois précaires.

*Les échanges avec ces femmes ont permis d'identifier quelques solutions à promouvoir pour atténuer les difficultés liées à la problématique du rapprochement du conjoint chez les femmes :*

- nécessité de soutien mutuel des conjoints et plus particulièrement des époux aux épouses pour surmonter les pressions qui sont plus pesantes pour les femmes ayant des enfants quel que soit le lieu d'habitation de ces derniers ;
- nécessité de considérer le rapprochement familial dans les deux sens : rapprochement du conjoint ou de la conjointe puisque, dans la majorité des cas, on s'attend à ce que ce soit la femme qui se rapproche du mari ;
- nécessité d'œuvrer pour le changement de l'approche culturelle des relations de pouvoir dans les ménages de manière à favoriser la complémentarité et la négociation au sein du couple.

➤ **Problématique conciliation vie familiale et vie professionnelle :**

Les échanges avec les différents niveaux de management du MSAS ont mis en exergue une problématique récurrente de la femme travailleuse, à savoir la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. Ceci s'explique d'une part, par le fait du triple rôle des femmes dans la sphère domestique, la sphère du travail productif et la sphère communautaire et, d'autre part, par l'absence de partage des tâches domestiques entre les conjoints et la non-prise en compte des questions de genre notamment, celles liées au statut de la femme dans la société et à la division sexuelle du travail, par les politiques publiques. Les femmes se retrouvent ainsi avec une charge de travail et de responsabilités plus importante que les hommes alors qu'ils sont, tous les deux, soumis à des charges et horaires de travail fondés sur l'égalité de traitement au-delà de la maternité.

*Ces contraintes, qui ne sont liées qu'à des relations et rapports de genre, sont à prendre en compte dans la gestion des ressources humaines du MSAS dans la mesure où elles peuvent affecter la productivité des femmes mais aussi la continuité du service en cas d'absences répétées liées, en grande partie, à des obligations familiales et sociales.*

Au niveau du MSAS, nombreuses ont été les femmes de l'administration et des unités de prestations de services à affirmer être dans de fréquents dilemmes leur imposant de chercher à satisfaire, concomitamment, les responsabilités familiales, sociales et professionnelles. Nombre d'entre-elles qui n'y parviennent pas, ont eu à déclarer se retrouver dans l'obligation de choisir entre l'emploi et la famille. *C'est ce qui explique, sans doute, la réticence de nombreuses femmes à prendre des postes de responsabilités et à avoir un plan de carrière.* Quelques-unes qui ont eu l'opportunité de se marier avec des collègues intervenant dans le même service ou non loin des postes respectifs ont eu à déclarer échapper davantage à la tyrannie de la conciliation de la vie familiale et la vie professionnelle.

A cet effet, des mesures sont proposées pour soutenir la femme dans la conciliation de ses multiples responsabilités :

- aménagement, au niveau des services, d'un espace d'accueil des bébés et des enfants (Nursery/garderie) en particulier dans des zones éloignées comme à Matam et Kédougou où il est difficile, selon les témoignages reçus, d'avoir une femme de ménage et une nounou. Un tel espace est à prévoir dans toutes les nouvelles constructions de structures sanitaires.
- réorganisation de certains services pour une meilleure gestion du temps de travail qui tient compte des responsabilités familiales des femmes au-delà des horaires conventionnelles.
- doubler, dans certains cas, les postes de responsabilités pour tenir compte des contraintes des femmes allaitantes et des congés de maternité, de l'absentéisme et des contraintes culturelles.
- mettre en place une stratégie qui permette de renforcer les capacités du personnel quel que soit le lieu d'affectation pour plus d'équité dans l'accès aux opportunités de formation et d'évolution des carrières.
- plaider à faire pour une meilleure gestion des tâches domestiques et des contraintes sociales.

*Les questions de genre au sein de la gestion des ressources humaines ont été examinées au niveau de l'ensemble de l'organisation et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour l'essentiel, le genre n'est pas explicitement et clairement pris en compte dans les processus de recrutement.*

La faible sensibilité genre des ressources humaines constitue l'une des principales difficultés du Ministère, tant au niveau central qu'au niveau des structures déconcentrées pour une intégration effective et transversale des questions liées au statut et contraintes différenciés des femmes et des hommes. Ainsi même si l'on relève des avancées dans la promotion des femmes à des postes de responsabilités au sein du Ministère, plusieurs problématiques de genre qui subsistent en milieu et situation de travail et plus particulièrement dans les relations et rapports entre agents des deux sexes pourraient constituer des obstacles à l'institutionnalisation du genre dans le dispositif de gestion des ressources humaines au point d'influer négativement sur la productivité des ressources humaines.

### **2.4.3. Questions de genre dans le milieu de travail et protection du personnel**

Le degré de prise en compte du genre dans le milieu de travail et la protection a été apprécié par questionnaire des types de contrats de travail dont bénéficient les agents intervenant dans le

secteur, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, les conditions de sécurité au travail, les relations et rapports dans les situations de travail et les violences basées sur le genre au travail.

Principalement, les types de contrat recensés dans le secteur de la santé sont : le contrat à durée déterminée et le contrat à durée indéterminée. Les fonctionnaires bénéficient de contrats à durée indéterminée alors qu'une partie relativement importante a conclu des contrats à durée déterminée plus communément regroupés sous le vocable «contractuels ». A côté de ces deux types, il y a le personnel intervenant à titre de bénévole. Au titre des employeurs, il y a, l'Etat, les partenaires techniques et financiers, les établissements publics de santé et les comités de santé qui interviennent, dit-on, au profit des collectivités locales.

Pour le personnel dit contractuel, pour lequel les durées des contrats sont variables, des mesures sont annoncées pour leur reversement, au terme de la durée de leur contrat, dans la fonction publique. Ces mesures, qui concernent autant les femmes que les hommes, ne sont pas systématiquement appliquées. Au niveau périphérique, nombreux ont été les agents à s'interroger sur leur perspective de carrière en lien avec leur statut de contractuel dont les termes initiaux liés à l'échéance de fin de contrat, ne sont plus en vigueur.

Lié aux types de contrat, il y a lieu de s'interroger, au-delà des termes initiaux (dates de fin de contrat), sur l'existence réelle de contrat formel ou du moins sur le caractère du contrat à durée déterminée si l'on se réfère aux dispositions en vigueur en matière de législation du travail. Au niveau des centres et postes de santé, la majorité du personnel, femmes et hommes, recrutés pour assurer des prestations couvrant, de plus en plus, plusieurs domaines de spécialités sont employés sans contrat formel avec les comités de santé alors que, dans son état actuel, la personnalité juridique et la capacité de ces derniers à contractualiser est à confirmer. A la limite, il aurait été plus recommandé de voir ces types de contrats conclus avec les collectivités locales à qui les compétences en matière de santé sont transférées.

La considération de ces aspects, déterminants pour la sécurisation professionnelle des agents concernés doit être étendue à des problématiques de genre qui renvoient à *des questions d'équité de traitement des femmes assurant les mêmes fonctions et services dans les mêmes milieux et situations de travail*. En effet, le personnel féminin mis en situation de travail, qui bénéficie de contrat dit communautaire, ne bénéficie pas, pour la grande majorité, de traitement salarial destiné à couvrir *les prestations sociales en cas de maternité* alors que celles relevant du statut de fonctionnaire ne vivent pas de tels désavantages. Ce constat peut être étendu aux hommes bénéficiant de ce même type de contrat puisque, n'étant pas soumis à des traitements salariaux, qui leur donneraient des opportunités de couverture sociale leur permettant *de bénéficier comme leur collègue fonctionnaire, lorsqu'ils sont mariés, de prestations familiales pour les enfants*.

Concernant l'ambiance de travail, des relations et rapports de travail difficiles entre femmes et hommes ont été signalés au cours des entretiens individuels et focus group. De certains témoignages reçus, il est ressorti, comme facteurs favorisant une ambiance de travail peu propice à l'expression des compétences, au dévouement au travail et à l'amélioration de la productivité, *l'excès d'autorité fondée sur l'expression de la relation hiérarchique et les exigences des rapports fonctionnels* qui sont, d'ailleurs, de plus en plus clarifiés grâce aux efforts de définition des fiches de postes dont l'affichage a été noté sur le terrain. Aussi, a-t-il été signalé, dans les divers milieux de travail, *de fréquents conflits interpersonnels qui interpellent des dimensions de genre reliées aux statuts professionnels et autorités de chefs*. A titre d'exemple, on peut signaler les conflits entre les hommes assurant la fonction d'infirmier ou d'assistant infirmier chef de poste et les sages-femmes, ceux vécus entre les femmes infirmières chef de poste et les

sages-femmes agissant sous leur responsabilités mais également entre les hommes, médecins chef et des femmes travaillant sous leur responsabilité.

*La pratique de contrat à durée limitée, à laquelle le personnel payé par le comité de santé et même au niveau des autres employeurs est surtout soumis, serait source de pression et de chantage défavorable aux femmes qu'il faudrait étudier davantage. Dans le même sens, des actes d'harcèlement sexuel en milieu de travail ont été signalé pour les deux sexes. Toutefois, les témoignages reçus ont fait plus état de cas vécus par les femmes en situation de travail. A propos, il faut signaler, l'inexistence de système d'évaluation du niveau de prévalence de ce type de violence basée sur le genre tout au long des situations de travail à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.*

Concernant *la sécurité des agents de santé* de manière plus globale, il a été noté, au niveau des zones dites éloignées et difficiles que les femmes sont plus exposées que les hommes. Elles le sont davantage lorsqu'elles sont seules dans le poste au point de recourir, dans bon nombre de cas, à l'assistance du personnel communautaire masculin.

*En définitive, la prise en compte des questions de genre dans le milieu de travail et la protection du personnel n'est pas effective. Des efforts sont à faire pour la sécurisation formelle des relations entre employeurs et travailleurs, par des contrats dûment signés et renouvelés selon les dispositions en vigueur, une prise en compte des questions sociales dans le traitement salarial et la mise en place de modalités d'écoute et de traitement des questions de violences en milieu de travail.*

## **2.5. Existence de capacités techniques à assurer l'intégration du genre**

### **2.5.1. Prise en compte de l'approche genre dans les programmes de formation de base**

L'appréciation du niveau d'intégration des questions de genre dans les programmes des établissements de formation des agents du secteur de la santé a été faite par analyse documentaire et interviews directs avec les équipes pédagogiques des structures concernées.

Ont été concernés, à titre principal, l'ENTSS et l'ENDSS à Dakar, l'école de Khombole pour la formation des agents de services d'hygiène et les Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS). Pour ce qui est des établissements privés et du niveau universitaire, les points de vue évaluatifs ont été tirés des interviews des personnes ayant été formées à ces niveaux.

Globalement, l'ENTSS est la seule structure qui dispose, dans son programme de formation, d'un module axé sur l'approche genre. Doté d'un crédit horaire de 45 heures, représentant la moitié du budget temps des principaux modules qui est de 90 heures, le module portant sur le genre est administré sous forme de séminaire, avant le déploiement des étudiants sur le terrain en voyage d'études. Bien que permettant d'initier les étudiants aux problématiques de genre qu'ils pourraient rencontrer en situation de travail, *le modèle devrait être revu dans le but de le rendre plus orienté, entre autres thématiques, aux réalités du secteur de la santé.*

Au niveau de l'ENDSS, où des tentatives de développement de modules axés sur genre et VIH/Sida ont été initiées, il n'existe pas de modules de formation spécifique portant sur l'approche genre et santé. Cependant, il a été déclaré que les modules traitant de la santé communautaire et des questions anthropologiques abordent quelques aspects des problématiques de genre dans le secteur de la santé. En perspective, il a été relevé, au niveau des quatre programmes développés par l'OOAS pour l'harmonisation des curricula des établissements de formation, *un module de formation intitulé « genre et leadership » dont le*

*contenu devrait être plus orienté sur des problématiques de genre et des thématiques spécifiques du secteur de la santé. Les programmes proposés par l'OOAS, dont le contenu détaillé reviendrait aux pays membres, offrent des opportunités de développement de modules axés sur « genre et santé » que les institutions publiques et privées pourront utiliser.*

Au niveau des CRFS, où les programmes de formation ont été évalués et des interviews réalisés avec les équipes pédagogiques, il n'existe pas de module axé sur l'approche genre et santé. A propos, les équipes pédagogiques de tous les CRFS ont été unanimes à reconnaître, lors des focus group, la pertinence à développer des modules thématiques portant sur les questions de genre et santé.

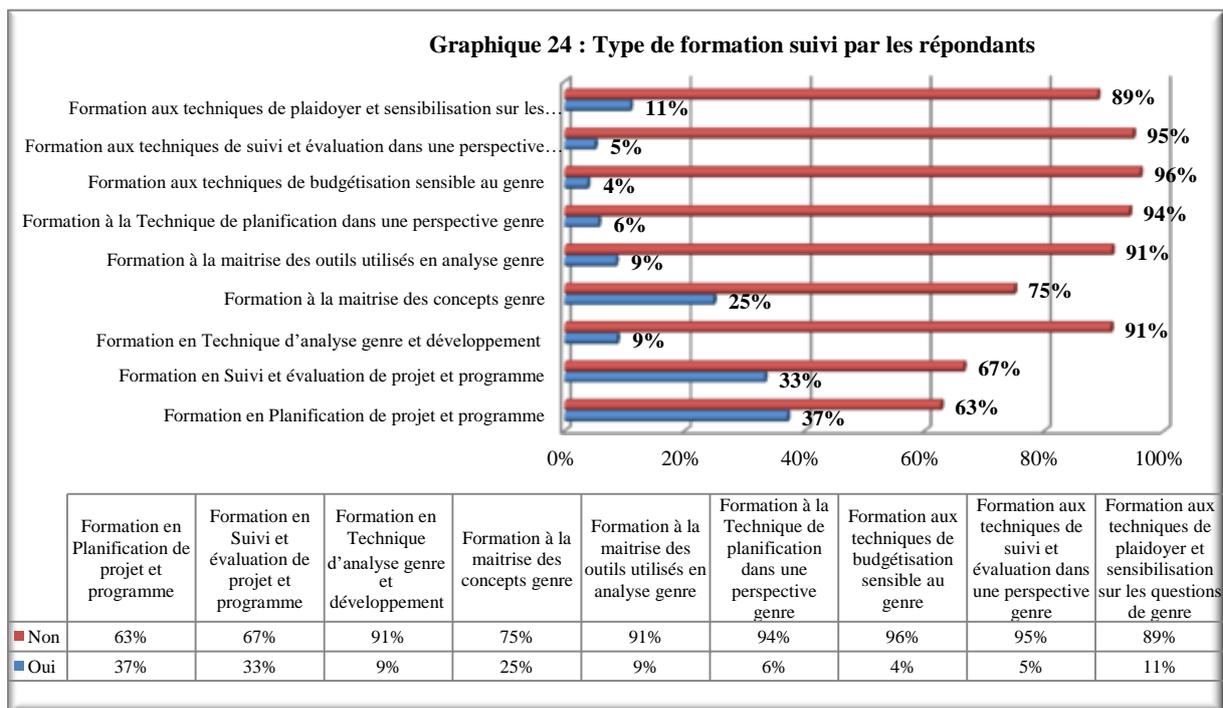
Concernant les écoles privées, les personnes interviewées, qui y ont été formés, ont été unanimes à affirmer n'avoir pas suivi de modules de formation portant sur le genre durant leur cycle d'étude au cours de leurs études,

*En définitive, il s'avère nécessaire de créer les conditions d'une intégration effective de l'approche genre dans les programmes de formation permanente et périodique. A cet effet, la division chargée de la formation devrait, en relation avec la Cellule genre et les équipes pédagogiques des établissements de formation, développer des initiatives pour l'institutionnalisation du genre dans les curricula de formation.*

### **2.5.2. i**

L'appréciation de l'intégration du genre dans la formation continue des personnels du MSAS s'est faite sur la base des résultats révélés par les questionnaires adressés au personnel relativement à l'acquisition des connaissances reçues et des capacités acquises sur le concept genre et les techniques d'analyse, de planification, de budgétisation et de plaidoyer sensibles au genre.

#### **2.5.2.1. Appréciation des connaissances acquises en matière de genre par les personnels du MSAS**



L'évaluation des connaissances du personnel de santé en matière d'intégration du genre dans les interventions faite à partir de l'évaluation de la sensibilité genre du système de planification et autres aspects pertinents a été complétée par les résultats d'un échantillon de 496 questionnaires individuels reçus des niveaux central, intermédiaire et périphérique. Au total, 262 hommes soit 53% et 234 femmes soit 47% ont répondu à l'enquête. Au niveau région médicale, 33% des répondants sont des femmes contre 67% d'hommes, au niveau district, 40% sont des femmes contre 60% d'hommes, au niveau des centres de santé 62% des répondants sont des femmes contre 38% d'hommes, au niveau des hôpitaux régionaux visés, 72% sont des femmes contre 28% d'hommes et pour les postes de santé, 54% de femmes contre 46% d'hommes.

Le graphique 24, ci-dessus, qui porte sur les types de formation, révèle que globalement, les répondant-e-s ont déclaré n'avoir pas reçu de formation dans les différents domaines considérés. Une faible proportion a pu bénéficier de formation dans les domaines clés en matière de genre. Toutefois, il y a lieu de noter que ceci est encore largement en deçà du niveau requis pour permettre au MSAS de disposer d'un noyau significatif de compétences en genre.

Concernant le développement des capacités en planification de projets et programmes où le meilleur score a été obtenu en termes de proportion d'agents ayant déclaré avoir été formé, on note que 37% des répondant-e-s ont affirmé avoir bénéficié de formation contre 63% qui n'ont jamais été formés. Relativement au suivi-évaluation des projets et programmes, on enregistre presque les mêmes proportions avec respectivement 33% et 67%. Concernant les formations touchant les domaines de l'approche genre, la tendance globale fait ressortir des proportions de personnes affirmant avoir bénéficié de formation variant entre 4% et 25%. Pour ce qui est de la formation sur les concepts, 25% des répondants ont affirmé avoir bénéficié de formation dans ce domaine contre 75% qui n'ont jamais suivi de formation. Pour ce qui est des techniques d'analyse genre et développement, 9% seulement des 496 répondants ont affirmé avoir suivi une formation contre 91% de l'effectif qui n'ont jamais bénéficié de formation. Pour ce qui est de la maîtrise des outils utilisés en approche genre, 9% seulement ont affirmé avoir reçu une formation contre 91% qui ont affirmé n'avoir jamais été formés. Relativement aux techniques de planification dans une perspective genre, important pour l'intégration du genre dans le MSAS,

6% seulement ont déclaré avoir suivi une formation contre 94% qui ont affirmé n'avoir jamais suivi une formation. Il en est quasiment de même pour la formation en techniques de budgétisation sensible au genre où il n'a été enregistré que 4% d'affirmation contre 96% de personnes n'ayant pas suivi de formation. A propos des techniques de suivi et d'évaluation dans une perspective genre, 5% ont déclaré avoir suivi une formation contre 95% qui n'ont pas bénéficié de formation. Enfin, pour les techniques de plaidoyer et de sensibilisation sur les questions de genre, qui enregistrent le meilleur score après les concepts genre, qui était de 25%, il a été noté 11% de répondants affirmant avoir suivi une formation contre 89% qui ont estimé n'avoir jamais reçu de formation dans ce domaine.

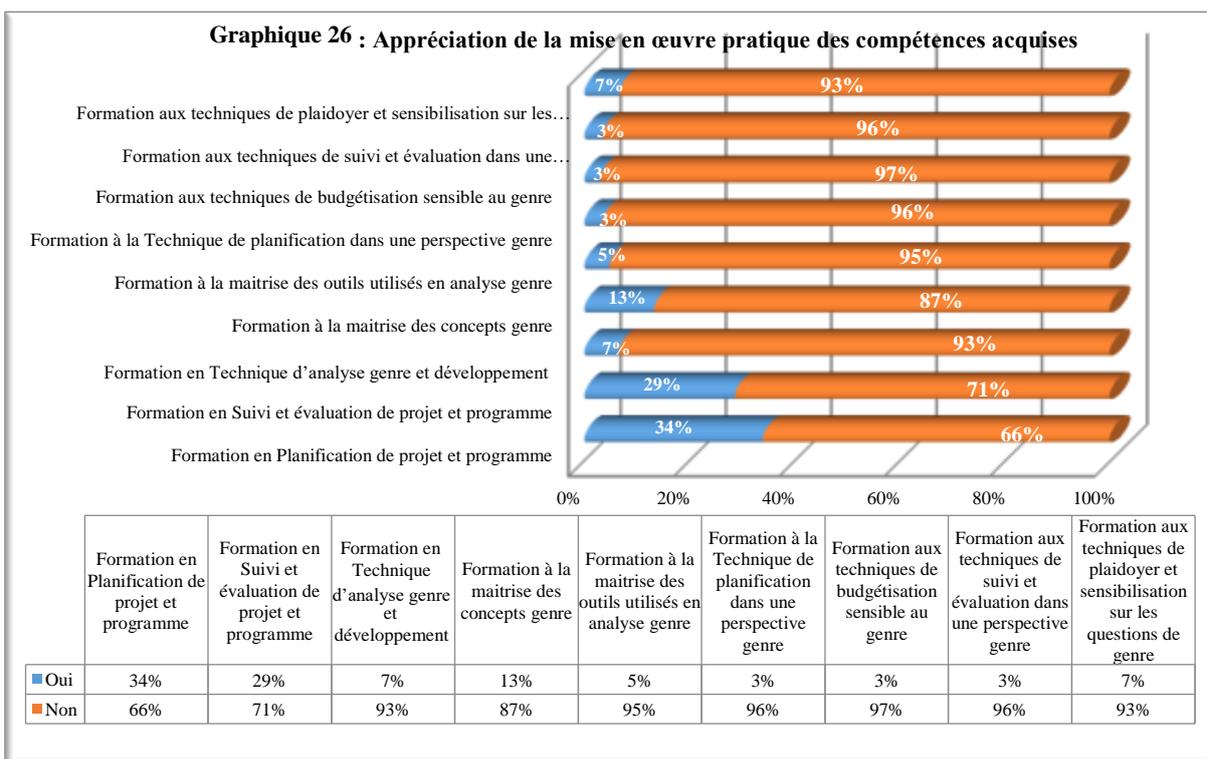
### **2.5.2.2. Appréciation des formations reçues par les répondant-e-s**

La qualité des formations reçues a été également adressée par le questionnaire. Le graphique, 25, ci-contre, renseignent sur les réponses recueillies. Tout d'abord, il faut noter qu'entre 62 et 96% des répondant-e-s ne se sont pas prononcés sur le caractère théorique ou pratique des formations reçues. Toutefois, 16% des personnes ayant suivi la formation en planification de projets et programmes a trouvé les contenus théoriques, contre 7% qui ont déclaré que la formation était pratique et 15% à la fois théorique et pratique. Quant à la formation en suivi et évaluation des projets et programmes, 14% ont trouvé la formation théorique, 7% l'ont trouvée pratique et 12% théorique et pratique. Pour les techniques d'analyse genre et développement, 5% l'ont trouvée théorique, 1% seulement l'a trouvée pratique et 3% théorique et pratique. Pour ce qui est des concepts genre, 16% des répondants l'ont trouvée théorique, 3% pratique et 6% théorique et pratique. A propos de la connaissance des outils utilisés en analyse genre, 4% l'a trouvée théorique, 2% pratique et 2% théorique et pratique. Il en a été quasiment de même pour les techniques de planification dans une perspective genre et de budgétisation sensible au genre avec, respectivement, 3% théorique, 2% pratique et 1% théorique et pratique pour le premier et 2% théorique, 1% pratique et 1% théorique et pratique pour le second. Concernant les techniques de suivi et d'évaluation dans une perspective genre et les techniques de plaidoyer et sensibilisation sensibles au genre, les taux enregistrés respectivement sont 3% théorique, 2% pratique et 1% théorique et pratique.

### **2.5.2.3. Degré de mise en pratique des capacités acquises en approche genre**

Globalement, les 496 répondants au questionnaire ont très peu mis en pratique les capacités acquises pour les neuf (9) thèmes évalués puisqu'au maximum, une proportion de 34% ayant suivi une formation en planification de projets et programmes a répondu affirmativement. Spécifiquement, à ce thème, 66% ont déclaré n'avoir jamais mis en pratique leurs connaissances. Il en est presque de même pour la formation en suivi et évaluation des projets et programmes avec 29% de réponse affirmative et 71% de réponse négative.

**Graphique 26 : Appréciation de la mise en œuvre pratique des compétences acquises**

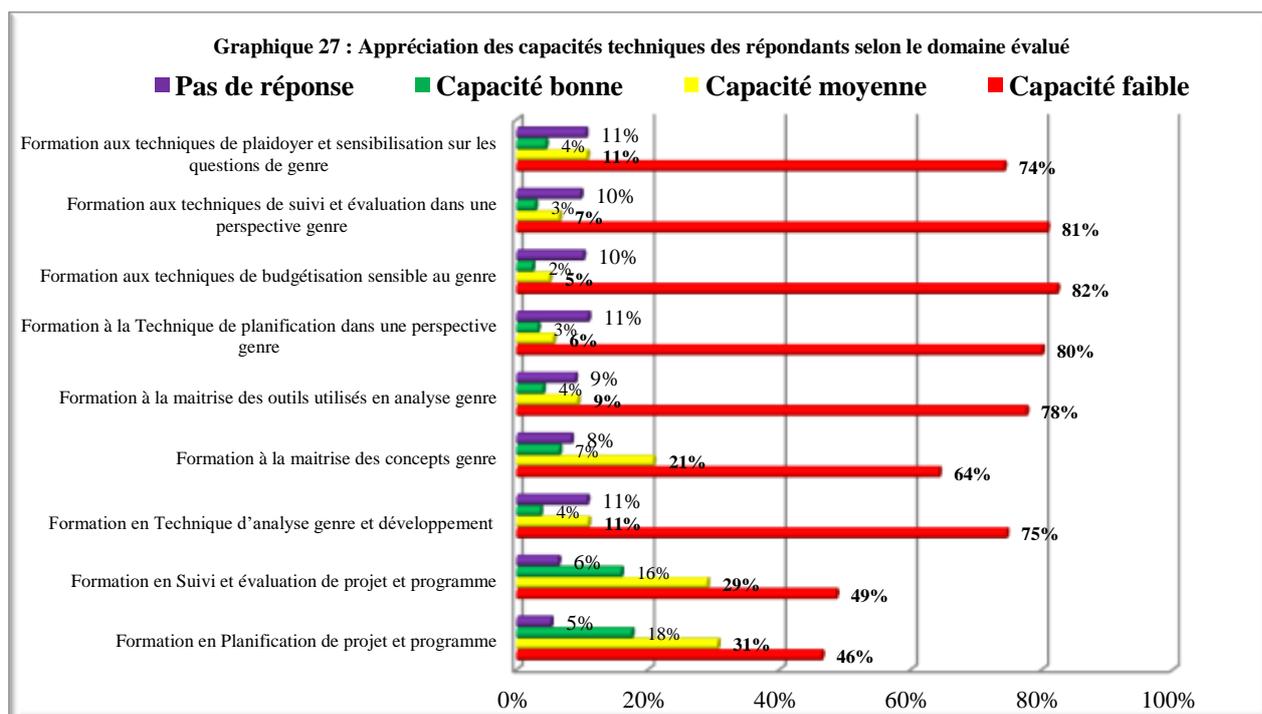


Pour la formation axée sur l'analyse genre et développement, 7% seulement ont déclaré avoir mis en pratique leurs connaissances contre 93% qui ont répondu non. Pour ce qui est de la formation à la maîtrise des concepts, 13% ont affirmé avoir mis en pratique leur connaissance contre 87% qui ont estimé n'avoir pas mis en pratique leur connaissance alors que pour la maîtrise des outils utilisés en approche genre, 5% ont déclaré avoir mis en pratique contre 95% qui ont répondu négativement. Concernant les techniques de planification dans une perspective genre 3% seulement ont déclaré avoir mis en pratique leurs connaissances contre 96% qui ont déclaré n'avoir jamais mis en pratique leurs compétences et, pour les techniques de budgétisation sensible au genre, 3% seulement qui ont déclaré avoir mis en pratique leurs connaissances contre 97% et, enfin, pour les deux derniers aspects, portant sur les techniques de suivi et d'évaluation sensibles au genre et les techniques de plaidoyer et de sensibilisation sensible au genre, il a été relevé, pour le premier, 3% qui ont déclaré avoir mis en pratique contre 96% et pour le dernier 7% affirmatif et 93% qui ont déclaré n'avoir jamais mis en pratique leurs connaissances dans ce domaine.

#### 2.5.2.4. Appréciation des capacités acquises en approche genre

Les résultats de l'exploitation des questionnaires ont également mis en évidence des défis importants en termes de disponibilité de compétences techniques en approche genre.

Tel que présenté par le graphique 27, ci-dessus présenté, le niveau des capacités relatives aux différents domaines de formation suivis par les répondants est resté partout très faible. Les capacités en planification de projets et programmes sont jugées fiables pour une proportion de 46% des répondants, moyenne pour une proportion de 31%, bonne pour 18% et 5% n'ont pas donné d'avis. A propos des capacités en suivi et évaluation des projets et programmes, la tendance, quasi similaire à la précédente, laisse apparaître 49% de capacité faible, 29% de capacité moyenne, 16% de capacité bonne et 6% de non répondant.



Au-delà de ces deux domaines, les résultats sur les thématiques de formation portant sur l'approche genre, sont marqués par un accroissement de la proportion ayant déclaré que leurs capacités étaient faibles. Pour les techniques d'analyse genre et développement, 75% ont trouvé que leurs capacités étaient faibles, 11% moyenne, 4% seulement bonne et 11% n'ont pas donné d'avis sur ce domaine. Pour ce qui est de la maîtrise des concepts genre, 64% des répondants ont trouvé leurs capacités faibles, 21% moyenne, 7% seulement bonnes et 8% ne se sont pas prononcés.

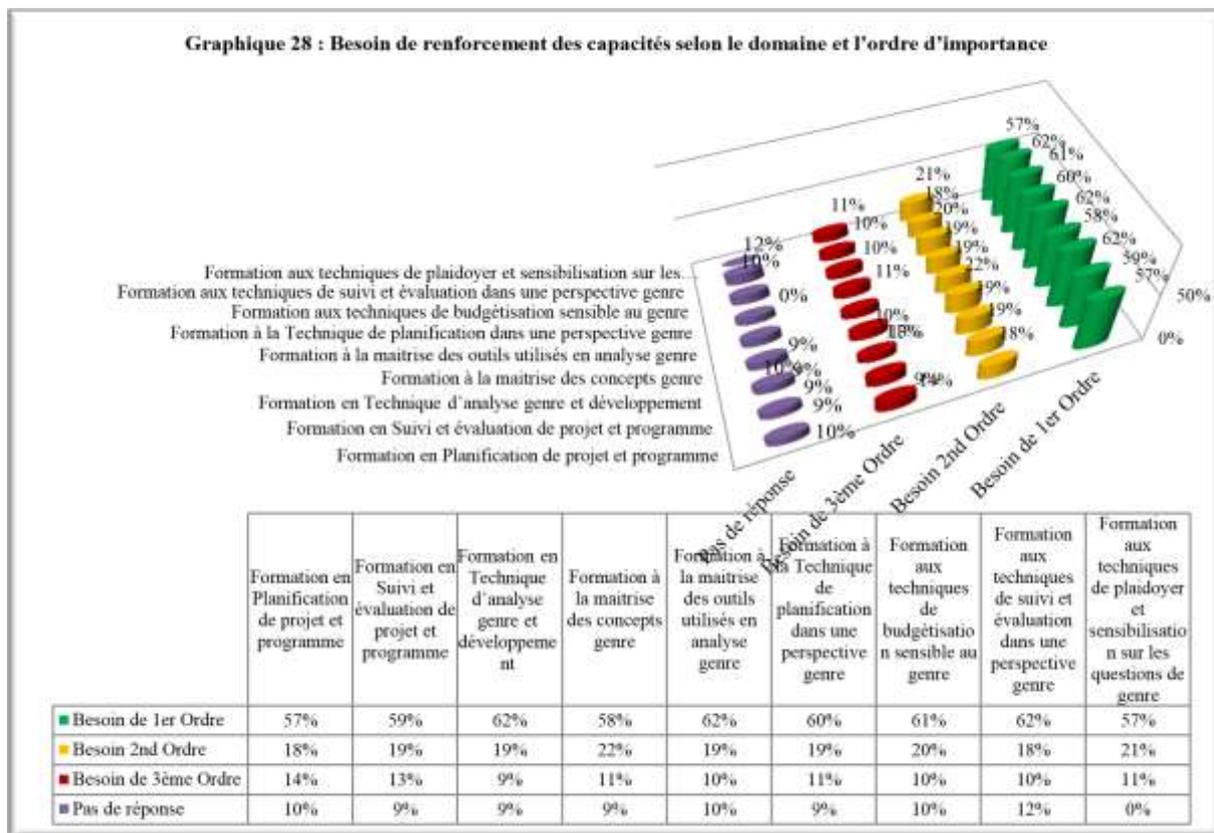
A propos de la maîtrise des outils utilisés en analyse genre, 78% ont déclaré que leurs connaissances étaient faibles, 9% moyenne, 7% seulement bonne et 8% n'ont pas répondu. Pour les techniques de planification dans une perspective genre, 80% ont estimé que leurs capacités étaient faibles, 6% moyenne, 3% seulement bonne et 9% n'ont pas donné d'avis. Concernant la budgétisation sensible au genre, 82% des répondants ont trouvé que leurs capacités étaient faibles, 5% moyenne, 3% seulement bonne et une proportion de 10% ne s'est pas prononcé.

Relativement aux techniques de suivi et d'évaluation dans une perspective genre, 81% des répondants a trouvé que les capacités étaient faibles contre 7% qui a estimé que ces dernières étaient moyennes, 3% seulement a déclaré que les capacités acquises étaient bonnes et 10% n'ont pas donné d'avis. Enfin, pour les techniques de plaidoyer et de sensibilisation sensibles au genre, 74% des répondants ont déclaré que les capacités acquises dans ce domaine étaient faibles contre 11% qui ont trouvé que celles-ci étaient moyennes, 4% seulement ont estimé qu'elles étaient bonnes et 11% n'ont pas donné d'avis.

*Les informations ainsi présentées, confirment la faiblesse des capacités des répondant-e-s en matière de maîtrise des techniques nécessaires pour assurer l'intégration des questions de genre dans les programmes du MSAS. Conséquemment, on peut en déduire, un besoin important de renforcement des capacités dans chacun des domaines évalués.*

## 2.6. Appréciation des besoins de renforcement des capacités en approche en genre

## 2.6.1. Besoins de renforcement des capacités selon les répondants



Au titre des besoins de formation, classés par ordre d'importance, le graphique 28, ci-dessus, qui confirme bien les constats relevés plus haut, dégage de réels besoins de renforcement des capacités sur l'ensemble des domaines évalués. Spécifiquement aux différents thèmes, il a été enregistré pour le thème portant sur la planification des projets et programmes, 57% des répondants qui estiment que c'est une priorité de 1er ordre contre 18% qui considèrent que c'est un besoin de 2<sup>nd</sup> ordre et 14% de 3<sup>ème</sup> ordre à côté des 12% qui n'ont pas donné de réponse alors que pour le deuxième aspect relatif au suivi et à l'évaluation des projets 59% le considèrent comme besoin de 1er ordre contre 18% qui le considèrent comme secondaire, 19% qui pensent que c'est un besoin de 3<sup>ème</sup> ordre et 10% qui ne se sont pas prononcés.

Pour les techniques d'analyse genre et développement, 62% ont estimé que c'est un besoin de 1er ordre contre 19% comme besoin de 2<sup>ème</sup> ordre et 13% comme besoin de 3<sup>ème</sup> ordre et 9% n'ont pas répondu. Pour ce qui est de la maîtrise des concepts genre, 58% ont estimé que c'est un besoin prioritaire, 22% un besoin de 2<sup>ème</sup> ordre, 11% comme besoin de 3<sup>ème</sup> ordre et 9% n'ont pas répondu. En ce qui concerne la maîtrise des outils utilisés en analyse genre, 62% ont déclaré que c'est un besoin de 1<sup>er</sup> ordre contre 22% qui le considèrent comme besoin de 2<sup>ème</sup> ordre, 11% comme besoin de 3<sup>ème</sup> ordre et 9% sans réponse.

Relativement aux techniques de planification dans une perspective genre, 62% ont déclaré que c'est un besoin de 1er ordre contre 19% qui le considèrent comme besoin de 2<sup>ème</sup> ordre, 10% comme besoin de 3<sup>ème</sup> ordre et 9% sans réponse. Concernant la budgétisation sensible au genre,

61% ont déclaré que c'est un besoin de 1er ordre contre 19% qui le considèrent comme besoin de 2<sup>ème</sup> ordre, 11% comme besoin de 3<sup>ème</sup> ordre et 10% sans réponse. Relativement aux techniques de suivi et d'évaluation dans une perspective genre, 62% ont déclaré que c'est un besoin de 1er ordre contre 19% qui le considèrent comme besoin de 2<sup>ème</sup> ordre, 10% comme besoin de 3<sup>ème</sup> ordre et 10% sans réponse. Enfin, pour les techniques de plaidoyer et de sensibilisation sensibles au genre, 57% ont déclaré que c'est un besoin de 1er ordre contre 21% qui le considèrent comme besoin de 2<sup>ème</sup> ordre, 11% comme besoin de 3<sup>ème</sup> ordre et 12% sans réponse 11% n'ont pas donné d'avis.

Pour pallier les insuffisances notées, *il serait nécessaire de prévoir, dans les programmes continus et périodiques de formation du personnel, le renforcement des capacités en techniques d'intégration et de promotion du genre. Dans le même sens, un accent particulier devrait être accordé à la production de guides opérationnels d'aide à la prise en compte du genre et l'adoption de directives destinées à orienter et offrir au personnel des moyens d'assurer l'intégration du genre.* Faut-il le rappeler les résultats des interviews directs et focus group ont mis en exergue l'inexistence d'outils et directives destinés à faciliter la mise en pratique de l'approche genre et la nécessité de combler les limites notées.

### **2.6.2. Besoins de développement de modules pour la formation de base et la formation continue**

Au terme de l'analyse des programmes de formation, dispensés par les écoles et centres régionaux de formation des agents du secteur de la santé et des échanges avec le responsable de la division formation, les besoins de renforcement de capacité identifiés touchent, à la fois, la formation continue et les formations périodiques.

Au titre de la formation de base, assurée par les écoles et centres régionaux de formation, il est nécessaire, au regard des constats énoncés dans le paragraphe traitant de l'existence de modules axés sur l'approche genre dans ces établissements, d'intégrer des modules destinés à doter les futurs agents du secteur de la santé de capacités techniques à intégrer le genre dans leurs activités professionnelles futures. A cet effet, les directions des écoles et centres régionaux de formation publique relevant du MSAS et celles des écoles privées pourraient être mises à profit pour engager la réflexion et l'élaboration desdits modules. Autant que possible, les modules à produire devraient être envisagés de manière à offrir aux étudiants la possibilité d'acquérir les connaissances devant leur permettre de considérer les problèmes de genre de manière transversale dans les différents thèmes d'enseignement dispensés.

A côté des modules destinés aux structures de formation, il est apparu nécessaire de concevoir des modules thématiques relatifs au renforcement des capacités d'intégration du genre dans différents domaines de santé et des actions de planification, suivi et évaluation des programmes du MSAS. *En référence aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, les modules à produire devraient, au plan pédagogique, tenir compte de la qualité des cibles à former. Ce qui suppose, une bonne catégorisation des cibles à former et une adaptation appropriée des contenus aux capacités d'apprentissage. Dans le même sens, il est impératif de veiller à rendre pratique les modules et plus adaptés aux activités des futurs bénéficiaires.*

A titre d'exemple, des modules thématiques pourraient être développées avec comme thème, « Techniques de collecte, d'analyse et d'utilisation des données dans une perspective genre ». Un tel module qui serait destiné à renforcer les capacités d'utilisation des données produits par le système d'information sanitaire pourrait être dispensé à l'équipe de la DSIS qui pourrait, grâce au renforcement de leurs capacités à produire, analyser et utiliser des données sensibles au genre,

assurer, dans le cadre des formations dispensées aux acteurs de la chaîne de production (SSP et SSI), des formations axées sur ce module. Il en serait de même avec la planification, où l'équipe chargée de l'élaboration des PTA et du suivi, bénéficierait d'un module sur « les techniques de planification sensible au genre appliquées aux différents domaines du secteur de la santé ».

Comme autre besoin identifié, il y a l'élaboration et la diffusion d'outils et guides pratiques d'intégration du genre dans la planification, mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes du MSAS. Dans ce sens, il est nécessaire, en plus des outils spécifiques à produire, si possible, à différents niveaux, de procéder à la révision du Guide d'élaboration des PTA pour en faire, à la fois, un outil technique d'aide à la maîtrise des techniques de planification et un instrument d'intégration et de contrôle du niveau de sensibilité genre. Egalement, un module spécifique « Genre et management des ressources humaines », destiné à renforcer les capacités des chargés spécifiquement de la gestion des ressources ou ayant des responsabilités de management stratégique et opérationnel aux niveaux central, intermédiaire, périphériques et aussi, dans les Etablissements Publics de Santé et autres structures relevant du MSAS.

En définitive, le développement d'un vaste programme de renforcement des capacités en genre, à l'intention de tous les personnels du MSAS, pour une plus réelle internalisation du concept genre, une plus grande maîtrise des techniques ou outils de l'approche genre et son utilisation dans les interventions du MSAS, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, s'avère nécessaire pour soutenir la constitution d'une masse critique de compétences au sein du ministère.

Pour la mise en œuvre des actions de renforcement des capacités, la cellule genre devra collaborer avec la division chargée de la formation et les équipes pédagogiques des établissements de formation, *pour l'institutionnalisation du genre dans les curricula de formation et la mise en œuvre des différentes recommandations visant le développement des capacités en techniques d'intégration genre dans le secteur de la santé.*

## **2.7. Existence et opérationnalité des mécanismes de redevabilité et d'imputabilité spécifique au genre**

Le MSAS a mis en place un important dispositif destiné à prendre en charge la promotion de l'intégration du genre au niveau central, intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire. Ledit dispositif est principalement composé de la Conseillère technique genre située au Cabinet, de la Cellule genre rattachée à la Direction de la Planification, de la Recherche et du Statistique, des vingt-quatre (24) points focaux situés dans les différentes directions, services nationaux et programmes, des quatorze (14) points focaux situés dans les régions médicales et soixante-seize (76) points focaux localisés dans les différents districts. *Le rattachement de la Cellule genre à la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques est pertinent si l'on se réfère aux opportunités offertes par la fonction de planification pour l'intégration du genre et aux défis de disponibilité et d'utilisation de données statistiques sensibles au genre.*

Cependant, il faut noter qu'une telle option peut présenter des limites qui peuvent être induites par les normes hiérarchiques et fonctionnelles établies par le cadre organique. *Ainsi, l'efficacité de la Cellule genre serait fortement dépendante de l'engagement des points focaux et aussi des directeurs, chefs de services centraux, régionaux et périphérique et coordonnateurs de programmes, à assumer le rôle qui lui revient pour l'efficacité de l'intégration du genre.*

A cet effet, la Conseillère technique genre devra, de par sa position, jouer un rôle important pour la mobilisation et la convergence des efforts d'institutionnalisation du genre auxquels

devrait contribuer chacune des composantes de la Cellule. Au niveau management stratégique et pour soutenir l'effort d'ensemble de la Cellule, *la prise en compte du genre au sein de l'organisation devrait être inscrite comme point d'ordre du jour des réunions de coordination des niveaux central, intermédiaire et périphérique.*

Régie par l'arrêté N°01454, du 03/03/02/2015, portant création et fixant ses règles d'organisation et de fonctionnement, la cellule genre est composée de trois (3) organes que sont : la coordination, le comité national des points focaux et le comité régional des points focaux.

L'option de dotation de la cellule de trois organes est destinée à favoriser une synergie et coordination efficace des actions requises pour l'institutionnalisation du genre. Au titre des responsabilités, le dispositif mis en place est conçu de manière à assurer, aux différents niveaux, une prise en charge de la promotion et de l'impulsion de l'intégration du genre.

A cet effet, la cellule genre devra : i) élaborer, chaque année, le cadre d'action annuel de toutes les parties prenantes des questions de genre ; ii) veiller à la prise en compte des besoins et intérêts des femmes et des hommes dans les cadres de planification, de programmation et de budgétisation des activités ; iii) constituer une base de données ventilées par sexe sur la situation des groupes cibles du secteur en relation avec le mécanisme national genre ; iv) contribuer à la préparation de la revue annuelle de la Stratégie nationale pour l'équité et l'égalité de genre, faciliter la formulation et le suivi des indicateurs de résultats tenant compte du genre dans les domaines d'intervention du secteur ; v) élaborer et mettre en œuvre un programme de renforcement des capacités en genre au profit des agents du ministère et de ses partenaires ; vi) appuyer le plaidoyer du ministère pour la promotion du genre et la mobilisation des ressources destinées à financer la stratégie genre du secteur ; vii) faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication genre au sein du département et, enfin, viii) un plan d'institutionnalisation du genre dans le MSAS.

*Dans ce cadre, il revient à la coordonnatrice de diriger la cellule en assurant, spécifiquement, la charge d'élaborer le plan le plan d'institutionnalisation du genre du ministère, d'assurer la responsabilité de la coordination et du suivi de la bonne exécution de dudit plan, de participer à la mobilisation des ressource et de la planification et du suivi de l'ensemble des activités développées.*

*Le comité national des points focaux, dont la présidence est assurée par la conseillère technique genre, est chargé, au niveau central, de l'appui, de l'impulsion et de la validation de la stratégie sectorielle genre alors qu'au niveau intermédiaire le comité régional, présidé par le médecin chef, veille à la mise en œuvre de la stratégie genre au niveau local et coordonne les activités développées par les points focaux genre dans la région.*

Ainsi, le dispositif mis en place, en 2014, pour la prise en compte des questions de genre dans le MSAS, matérialisé par un maillage exhaustif de la structure organisationnelle, est pertinent.

Il pourrait jouer, pleinement, le rôle de promotion de l'intégration du genre dans le secteur. Aux différents niveaux de responsabilités de l'organisation, il existe des points focaux appelés à relayer, impulser et suivre, en tant que *mécanisme de redevabilité et d'imputabilité spécifique, les actions d'intégration du genre.* Tel que décrit par l'arrêté portant organisation de la cellule genre et par la nomination d'une centaine de points focaux, le dispositif mis en place offre, aux trois niveaux de la pyramide sanitaire, d'importantes opportunités de prise en charge des actions de promotion du genre dans le secteur de la santé. Toutefois, il a été relevé que la majorité des points focaux interviewés, en focus groupes ou individuellement, a déclaré méconnaître les rôles et responsabilités qui leurs sont dévolus. Aussi, ont-ils exprimé le besoin de voir leurs capacités

renforcées pour une bonne maîtrise de l'approche genre et, en particulier, pour son application dans le secteur de la santé.

Ainsi, les rôles et responsabilités attendus des points focaux pour l'intégration du genre sont à préciser, dès à présent, à tous les niveaux de responsabilités, des modalités d'évaluation devraient être adoptées pour apprécier les performances de chacun et globalement. Dans le même sens, il est impératif de prendre les dispositions nécessaires pour *doter les points focaux de capacités à assurer le leadership* sans lequel la promotion de l'intégration du genre risque de prendre une place limitée dans les priorités du management stratégique, l'exécution opérationnelle des programmes et les impératifs de gestion administrative et financière. Pour cela, la circulation de l'information relative aux problématiques de genre dans le ministère voire dans le secteur devrait être assurée aux niveaux, central, intermédiaire et périphérique, pour permettre à l'ensemble des points focaux d'être au courant des activités de la Cellule genre et des performances réalisées.

## **2.8. Questions de genre dans la culture organisationnelle**

L'intégration des questions de genre dans la culture organisationnelle du MSAS est peu perceptible. Pour la majorité des répondant-e-s aux questions soulevées lors des entretiens individuels et focus groupes, organisés à divers niveaux, il n'existe pas d'initiatives de traduction et de vulgarisation des questions d'équité et d'égalité de genre en tant que valeur organisationnelle bien que l'expression « l'équité et le genre » soit mentionnée dans les principes qui guident la mise en œuvre du PNDS. *Pour l'essentiel, les aspects pris en compte dans la culture organisationnelle sont essentiellement focalisés sur le statut de travailleur sans distinction fondée sur le sexe.*

Conséquemment, la compétence et l'aptitude à réaliser les fonctions dévolues aux postes sont uniquement prises en compte dans les missions et efforts de réalisation des objectifs programmatiques et les prestations offerts aux différents niveaux. Incidemment, les processus et situations de travail ne sont pas évalués, périodiquement, pour apprécier les questions de genre dans l'organisation, le milieu, les situations de travail et l'existence de stéréotypes de genre et comportements discriminatoires fondés sur le sexe. *L'absence de directives claires, de modalités et systèmes d'évaluation continue des disparités de genre au sein de l'organisation et du personnel* peut expliquer la non prise en compte des problématiques de genre au sein dans la gestion des ressources humaines à l'échelle de la pyramide sanitaire et, de manière plus globale, dans l'ambiance et les situations de travail.

Pour combler les limites notées, il est nécessaire d'ériger l'équité et l'égalité de genre aux rangs des valeurs organisationnelles du MSAS et veiller à son effectivité dans toutes les situations de travail. Ce qui impliquerait, par ailleurs, la nécessité de développer des campagnes continues de vulgarisation des valeurs d'équité et d'égalité auprès de l'ensemble du personnel du MSAS. *Aussi, serait-il déterminant de veiller à ce que les initiatives développées, dans ce domaine, soient intégrées aux mandats des responsables de ressources humaines des niveaux central, intermédiaire et périphérique.* Dans ce cadre, il est à signaler que l'intégration de l'équité et l'égalité de genre au rang des valeurs de management des ressources humaines engendrera des implications d'ordre matériel à incidence financière qu'il conviendra de prendre en charge.

## **2.9. Analyse de la sensibilité genre des infrastructures, équipements et moyens logistiques du MSAS**

### 2.9.1. Le genre dans les infrastructures et équipements

#### Au niveau du siège :

Initialement, le bâtiment du siège du MSAS était conçu en bureaux spacieux sur cinq niveaux : un rez-de-chaussée et quatre étages. L'arrivée de nouvelles recrues et l'élargissement de l'organigramme engendré par l'introduction de nouvelles directions et services a conduit à une restructuration de l'espace de travail induisant, une réduction des parties communes et la fermeture de voie d'accès, un cloisonnement de plusieurs bureaux et une occupation partagée des bureaux par au moins deux agents.

Cette nouvelle option a eu des conséquences non négligeables sur la qualité des conditions et situations de travail : promiscuité et réduction de l'espace de circulation à l'intérieur des bureaux et une mobilité rallongée entre les bureaux, liés à la suppression de certains accès. Relativement au genre, l'occupation mixte des bureaux est un fait et plusieurs bureaux sont partagés par des agents de sexe différent. Si dans l'ensemble cette situation ne pose pas problème, plusieurs agents, femme et homme, ont déclaré préférer être seuls dans leur bureau ou le partager avec un collègue de même sexe. Les raisons les plus couramment évoquées font état de l'incompatibilité éventuelle, des difficultés de concentration et de certaines pratiques comme l'utilisation de l'encens ou encore l'accueil fréquent de visiteurs, l'utilisation du téléphone et les échanges à haute voix.

#### Au niveau des directions et programmes situés hors siège :

Les directions et programmes sont logés dans des bâtiments diversement structurés et donc bénéficient de conditions de travail variables d'une structure à une autre. Les agents rencontrés jugent leurs conditions de travail acceptables. Le partage des bureaux entre collègues est laissé à l'initiative de chacun qui peut porter son choix sur un collègue de même sexe à l'instar de la Direction des Laboratoires.

#### Au niveau des régions médicales et districts

Au niveau des régions médicales et districts, les locaux sont variables d'une région à une autre. Quelques régions médicales sont installées dans des locaux loués dont la majorité était structurée et construite pour servir d'habitation. Il en découle des difficultés d'adaptation aux exigences de milieu et environnement de travail adaptés. Pour ce qui est des districts, les locaux, pour l'essentiel, logés au sein des centres de santé, la qualité des locaux est fortement tributaire de l'état des bâtiments. Certains qui ont bénéficié de programmes de rénovation ou de constructions nouvelles disposent d'un milieu de travail plus acceptable alors que ceux installés dans des locaux initialement utilisés comme postes de santé sont installés dans des espaces et locaux qui sont à améliorer.

Aux deux niveaux, où l'exiguïté des locaux est accentuée, dans certains cas, par l'accroissement des effectifs consécutifs aux nouveaux recrutements, il est noté, d'importants besoins d'amélioration des locaux ainsi que la prise en compte de la confidentialité par rapport à certains services (PF et VIH). *A l'avenir, les programmes de construction et de rénovation des régions médicales et districts devront accorder une attention particulière aux normes requises pour un milieu et environnement de travail propice pour la productivité qui tient compte des sexospécificités des femmes et des hommes qui y travaillent.*

Au niveau de la Direction de l'Action Sociale, les agents féminins comme masculins vivant avec un handicap ont émis le souhait de voir leurs conditions et situations de travail améliorées car non adaptées à leur handicap. Les difficultés évoquées réfèrent à l'accès au bâtiment surtout pour les malvoyants (entrée parsemée de dalles et de cailloux) et la circulation dans les espaces de travail

à l'intérieur du bâtiment qui est rendue difficile avec l'existence d'escaliers et la localisation de plusieurs bureaux à l'étage, en l'occurrence, le secrétariat et le bureau du Directeur.

#### Au niveau des prestataires

La structuration des locaux de la maternité ne milite pas en faveur de la présence des maris lors de l'accouchement de leur épouse, qui peut se dérouler en même temps que d'autres femmes. L'état des salles de garde, variable d'une structure à une autre, est à améliorer en particulier au niveau des maternités où des sages-femmes sont obligées d'assurer la garde en compagnie de leurs enfants. Pour disposer de conditions plus acceptables, des agents ont eu à se payer quelques équipements comme des réfrigérateurs et réchaud à gaz même si cela peut engendrer des risques, des ventilateurs et petits matériels de préparation des repas durant la garde. A propos de l'utilisation de ces appareils, les services de maintenance devraient, dans leur revue et entretien des équipements, veiller à la régularité des raccordements électriques et usages de certains types d'équipements qui peuvent engendrer des risques pour le personnel de garde et les structures.

En ce qui concerne les équipements, la table d'accouchement fixe a été relevée comme un facteur de risque pour la femme et son bébé. Elle est non seulement à un niveau élevé mais elle est étroite et il a été partout reconnu que les femmes ont souvent des difficultés à monter dessus et risquent fréquemment de tomber du fait des mouvements en cours d'accouchement. A noter qu'au poste de santé de Léona, situé à Louga, le modèle de table d'accouchement utilisé n'est pas modulable mais a l'avantage d'être plus basse que le standard jusque-là adopté par la majorité des prestataires. Si l'on prend en compte la situation des femmes à mobilité réduite, la table d'accouchement fixe pose également problème en termes d'accessibilité et d'utilisation.

Dans ce cadre, en attendant la pleine maîtrise de l'accouchement humanisé et sa généralisation, il est proposé à la DIEM de tenir compte des risques identifiés dans les futures acquisitions en optant pour des tables ajustables selon les patientes.

Les bancs d'attente, de par leur conception, rigide et à angle droit, ne sont pas adaptés pour tout malade à fortiori pour la femme enceinte qui peut rester de longs moments à attendre leur tour lors des consultations prénatales. Des améliorations sont à prévoir dans les nouvelles acquisitions de mobiliers de ce type pour lesquelles les cahiers de charge doivent intégrer des spécificités techniques qui tiennent compte des questions de genre dans l'utilisation des équipements.

La séparation des toilettes par sexe est inégalement appliquée dans les différentes structures du MSAS au niveau central comme au niveau décentralisé. Au siège, elles sont réparties par sexe à chaque palier du siège alors que dans les directions et autres services, la séparation par sexe n'est pas systématique à l'exception de l'Agence nationale de la couverture maladie universelle (ANCMU ex CACMU) et de la Direction des Laboratoires. A la Direction de l'Action sociale, il existe une seule toilette au rez-de-chaussée qu'utilisent les agents tous sexes confondus. Globalement, les conditions d'hygiène sont jugées insupportables lorsqu'il n'existe pas de toilettes séparées pour les femmes et les hommes.

#### **2.9.2. Le genre dans les moyens logistiques**

Quant aux moyens de transport, le personnel féminin a partout déclaré être soumis à de difficiles conditions que les hommes sentent très peu. Il s'agit des conditions matérielles d'accès à certains types de véhicules de service non équipés de rampes de facilitation des montées et des descentes mais aussi d'utilisation des motos bicyclette qu'une bonne partie des femmes se voient obliger d'utiliser grâce au concours des hommes et assez souvent de l'infirmier ou assistant infirmier au

risque de perturber la continuité du service. Dans ce sens, l'absence de prise en compte des spécificités des femmes lors de l'acquisition des mobiliers de bureau a été évoquée pour déplorer certaines contraintes qu'elles vivent contrairement aux hommes.

Nombreuses ont été les femmes à regretter l'absence de prise en compte de leurs conditions spécifiques dans les équipements, conditions de travail et milieu de travail.

L'évaluation des chaises et tables utilisées par les femmes a fait ressortir la nécessité d'acquérir des équipements ergonomiquement plus adaptés aux conditions et spécificités des femmes qui, lorsqu'elles sont en état de grossesses sont soumises à des contraintes difficilement supportables en milieu de travail. Dans le même sens, il a été relevé que les conditions et modalités de mobilisation du personnel pour les missions, ateliers et séminaires ne tiennent aucunement compte des femmes allaitantes qui sont obligées de supporter personnellement, dans certains cas, des frais de prise en charge d'accompagnantes ou de renoncer à la pratique de l'allaitement exclusif temporairement. A propos de la possibilité de voyager avec le bébé, il faut noter que les véhicules de services ne sont pas équipés à recevoir les enfants selon les normes de sécurité requise et il n'existe pas de base légale pour transporter les bébés encore moins leur accompagnante. A l'avenir, il est nécessaire de tenir compte du rôle de parent des agents et, en conséquence, adopter des dispositions qui leur permettraient de répondre à certaines exigences familiales partant de trouver les moyens idoines pour concilier vie familiale-vie professionnelle.

La DIEM et la DAGE sont interpellées pour tenir compte des améliorations suggérées dans les spécifications techniques lors de l'élaboration des cahiers de charge pour les projets de construction et l'acquisition d'équipements de bureau et logistique.

### **CHAPITRE III : ANALYSE DE LA SENSIBILITE GENRE DES INTERVENTIONS DU MSAS**

L'analyse de la sensibilité genre des interventions du MSAS est basée sur l'évaluation des contenus des documents de planification stratégique et opérationnelle que sont : le plan national de développement sanitaire (PNDS), le document de programmation pluriannuelle des dépenses (DPPD) et les documents de base et d'appui des programmes.

#### **3.1. L'intégration du genre dans la politique sanitaire et d'actions sociales**

L'analyse de la sensibilité genre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 20092018), est basée sur un examen des trois éléments de base. Il s'agit du diagnostic du secteur qui a servi de base de repérage des enjeux et défis du secteur, la vision et les objectifs sectoriels et, enfin, les onze (11) orientations stratégiques et le système de suivi et d'évaluation de la politique sanitaire.

**L'analyse situationnelle**, qui figure dans la partie qui traite du contexte et bilan dans le PNDS, n'a pas fait référence aux modes, capacités et moyens d'accès respectifs des femmes, des hommes et de leurs ménages aux services offerts par les prestataires. Or, Ceci s'avère nécessaire puisque les femmes et les hommes ont des pouvoirs et rôles différents dans la prise en charge des problèmes de santé des personnes à charge, quel que soit leur âge. *Ainsi, l'énoncé de la politique de santé, contenu dans le PNDS aurait pu annoncer, dans l'un des (8) points déclinés qui traitent, entre autres, de l'accès aux soins, la perspective de différenciation des réponses à la demande de services des différentes composantes de la population.* Faut-il le rappeler, le rôle de la femme dans la prise en charge des besoins sanitaires des membres de la famille est primordial et dépend en grande partie du pouvoir social et économique des hommes.

Au niveau **des enjeux et défis** explicités au chapitre 3 du PNDS 2009-2018, l'énoncé de la nécessité de « *veiller au renforcement de l'offre, mais aussi et surtout à la solvabilité de la demande et à l'adoption d'une stratégie volontariste de promotion de la multisectorialité* », bien que pouvant être compris comme élément important, devait être étendu, de manière plus explicite, aux obstacles d'ordre socioculturel qui continuent de plomber, dans plusieurs zones l'accès des femmes à certains services touchant la santé de la reproduction comme la planification familiale et les consultations prénatales et postnatales. A l'affirmation des difficultés d'accès des populations rurales aux services de santé surtout spécialisés, justifiées par la concentration des structures de santé à Dakar et au niveau des capitales régionales, *on devait intégrer, les inégalités et facteurs d'ordre socioculturel qui apparaissent comme des obstacles majeurs pour la santé de la mère, de l'enfant et même des autres membres des ménages*. En somme, il serait important de désagréger les facteurs explicatifs des fréquentes plaintes des populations relatives à l'accueil, à la qualité des services et plus particulièrement aux coûts de prise en charge jugés inaccessibles.

A l'avenir, il serait important de considérer et placer les individus, femmes et hommes, selon les âges et milieux de résidence et situation matrimoniale, au cœur d'une approche systémique qui permettrait d'analyser dans une perspective genre les enjeux et défis à prendre en compte dans la politique sanitaire.

Par contre, l'énoncé **de la vision du PNDS** présente **des avancées** dans la volonté de prise en compte des questions de genre bien que la perspective de différenciation des usagers des services selon le sexe soit à apprécier par déduction. En effet l'énoncé de la vision « *Un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif* » offre des opportunités de désagrégation des communautés selon le sexe et d'autres variables permettant de bâtir une analyse genre de la demande et de l'utilisation des services de santé.

Quant aux **objectifs sectoriels**, il reste établi, du fait des éléments qui ont servi de base de formulation, que le niveau de sensibilité genre est à l'image des constats relevés précédemment sur les éléments d'analyse de situation, des enjeux et défis. Malgré tout on peut relever l'existence d'une base d'accroissement de la sensibilité genre si l'on considère la perspective de réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile comme éléments de la demande et les trois autres objectifs qui portent plus sur l'amélioration de l'offre.

Les **principes directeurs** du PNDS, qui introduisent, entre autres, le cinquième chapitre relatif aux orientations stratégiques, énoncent comme élément devant guider la mise en œuvre « *l'équité et le genre* » à côté de la transparence, de la multisectorialité, de la solidarité et de la participation. Bien qu'importante parce que rappelant la nécessité de tenir compte des femmes et des hommes et de promouvoir l'équité qui semble plus compris au plan géographique, la mention « genre » devrait être précisée et explicitée de manière à dégager, succinctement et selon des termes convenables, les modalités de sa traduction opérationnelle à tous les niveaux de la mise en œuvre du PNDS. *A la limite, il serait plus pertinent de référer à « l'approche genre » comme principe qui renvoie à la nécessité de veiller à utiliser des données différenciées selon le sexe, de réaliser des analyses comparatives, de planifier, programmer, exécuter, suivre et évaluer dans une perspective genre*. Ainsi, la nécessité d'adopter et d'utiliser l'approche genre, tout au long de la conception et de la mise en œuvre des programmes sectoriels, du management des directions et services, du niveau central à la périphérie, serait mieux perçue et les défis de son application mieux pris en charge. *Aussi, serait-il possible de réunir les bases de légitimité*

*des actions à développer pour rendre sensible au genre le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD).*

**Les onze orientations stratégiques (OS)**, qui annoncent les options programmatiques du PNDS, ne mentionnent pas, de manière explicite, les modalités de traduction opérationnelle du concept genre énoncé comme principe directeur devant guider, entre autres, la mise en œuvre de la politique sanitaire. A propos, ***les limites notées pourraient être expliquées par l'absence de sensibilité genre du diagnostic*** d'où ont été tirés les enjeux et défis qui ont servi de base de formulation des orientations stratégiques. En pratique, il était nécessaire d'intégrer les problématiques de genre dans les différents points établis pour expliciter le contenu de chacune des onze orientations stratégiques.

A titre d'illustration, l'effort d'intégration du genre est explicité dans les orientations stratégiques ci-dessous ciblées.

**Au niveau de l'OS 1**, qui renvoie à « la perspective d'accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles néonatales et infanto juvéniles », à travers l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité, ***peut être rendue plus sensible au genre par une mention spécifiant la modalité de prise en compte des facteurs socioculturels*** qui influent sur les capacités des femmes à faire face aux conditions d'accessibilité des services de santé.

**Relativement à l'OS 2**, qui vise « l'amélioration de la promotion de la santé, avec un accent particulier sur les facteurs devant faciliter et renforcer l'apprentissage, la motivation, la participation et la responsabilisation des individus et qui insiste, aussi, sur la nécessité de créer un environnement socioculturel, politique, économique, fiscal et législatif favorable pour accompagner le développement sanitaire et lutter contre les inégalités en matière de santé », doit être plus tranchée sur ***le contenu de « création d'un environnement socioculturel » et les types d'inégalités en matière de santé*** ». Au demeurant, les inégalités de genre, expliquées par bon nombre de facteurs d'influence économique, politique et sociale auraient pu être mentionnées comme problématique de genre à prendre en charge puisque l'essentiel des aspects pris en compte pour faire référence aux perspectives d'équité renvoie à des disparités non fondées sur le sexe.

**Au niveau de l'OS 5**, axé « sur le développement des ressources humaines, qui vise principalement à assurer aux différents niveaux, la disponibilité en ressources humaines en quantité et en qualité suffisantes pour l'assurance d'un bon fonctionnement des divers services de santé tenant compte de la nécessité de mettre un accent particulier sur les zones périphériques et difficiles pour lesquelles il a été souhaité d'adopter des mesures incitatives pour fixer le personnel et de recourir à la contractualisation pour améliorer le niveau de disponibilité de ressources humaines de qualité », ***doit intégrer, de manière explicite la perspective de traitement équitable des femmes et des hommes dans la gestion et l'utilisation des ressources humaines***. Faut-il le rappeler, les hommes et femmes qui composent les ressources humaines vivent différemment leur situation de travail du fait des responsabilités assumées au plan biologique et socioculturel.

**Concernant l'OS 6** traitant des équipements et infrastructures, ***il est important de mentionner la nécessité de veiller à ce que les acquisitions et réalisations tiennent compte des spécificités de genre***.

**Au niveau de l'OS 8** qui vise « le renforcement du système d'information et de la recherche en santé par l'entremise d'un dispositif de stockage fonctionnel et une coordination des acteurs fondée sur une politique d'information sanitaire », ***l'introduction d'une perspective de***

*différenciation, d'analyse et d'utilisation de données différenciées selon le sexe à tous les niveaux est nécessaire.* Tout de même, il faut signaler, malgré une telle précision, que le système d'information produit des statistiques de données différenciées selon le sexe, qui ne sont pas analysées malheureusement dans une perspective genre.

**Concernant l'OS 9** visant « la promotion de la gestion axée sur les résultats » qui privilégie la démarche de planification à la base dans le but de rendre le système d'allocation des ressources plus équitable grâce à l'utilisation de critères partagés et la systématisation de contrats de performance et du contrôle, *doit intégrer la mention « sensible au genre ».* Ainsi, *on devrait mentionner, explicitement, « gestion axée sur les résultats sensible au genre ».* Ce qui rappellerait, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, *la nécessité de planifier, exécuter, suivre et évaluer les interventions dans une perspective genre.*

**Enfin, l'OS 11** dont l'objectif est le « renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent particulier sur les groupes vulnérables », fait référence de manière explicite à la solvabilité de la demande et adresse des mécanismes de solidarité comme les mutuelles de santé, fondées largement sur la participation communautaire qui interpelle à la fois les femmes et les hommes. A ce niveau, il est important d'introduire un point référant à la nécessité de *veiller à la prise en compte des questions de genre dans la promotion, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé du fait de l'existence de facteurs d'influence socioculturels et économiques qui pourraient peser sur le niveau de participation des femmes à ce dispositif* qui vise l'équité dans l'accès aux soins.

### **3.2. Analyse de la sensibilité genre du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses**

Le niveau de sensibilité genre du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), qui consacre l'utilisation de l'approche de gestion sectorielle axée sur les résultats, est naturellement à l'image des *constats relevés dans l'appréciation du contexte, du bilan, des enjeux et défis présentés plus haut.* Un tel constat est expliqué par l'absence d'analyse de la demande de services de santé qui aurait permis d'interroger les comportements et conditions d'accès des membres des ménages à l'offre de services. Plus spécifiquement, il faut mentionner, malgré les avancées notées par rapport au document du PNDS, *la non-prise en compte des rôles et responsabilités respectifs des femmes et des hommes dans la prise en charge des besoins sanitaires dans le diagnostic du secteur et l'analyse des enjeux et défis considérés.*

A titre d'illustration des efforts de prise en compte du genre, on peut relever, dans le diagnostic contenu dans le DPPD, la référence aux facteurs sociaux, psychologiques et biologiques des adolescentes qui ont une part non négligeable dans la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales et l'analyse différenciée selon les sexes de la prévalence des IST et du VIH. Par contre, *le DPPD devrait, dans le diagnostic du secteur de l'action sociale, utiliser l'approche genre pour mieux cerner, grâce à l'utilisation systématique de l'approche comparative entre les sexes qui aurait permis de mettre en évidence et prendre en compte des disparités de genre dans les problématiques auxquelles sont confrontés les groupes cibles.* Une telle approche permettra de mieux orienter les actions envisagées dans le cadre du PAPA, de la RBC et des instruments en cours de développement comme la carte d'égalité de chance. A cet effet, il serait important de prévoir, dans les actions proposées, *des appuis pour le développement d'une sensibilité genre de la base de données mis en place à la DGAS et au niveau des services régionaux.*

Au niveau des analyses des forces, faiblesses et opportunités, il a été relevé, dans le paragraphe traitant de la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent **des références aux « barrières socio-culturelles » et « l'accessibilité géographique et financière limitée » qui auraient dues être explicitées pour faire ressortir les défis liés aux problématiques de genre à prendre en charge dans le programme y afférant.** Au niveau des forces mises en exergue dans le même point, il est nécessaire de considérer, à côté de la variable âge, celle du sexe pour ce qui est des enfants et des adolescents. Ce qui reviendrait à étendre les angles d'analyse à une perspective de genre comme l'a d'ailleurs envisagé d'une part, le PNT qui a réalisé une étude spécifique pour comprendre davantage l'influence des déterminants socioculturels dans la lutte contre la tuberculose et d'autre part, le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui a réalisé une étude spécifique sur « Genre et VIH ». Au demeurant, il reste établi que la production de données différenciées selon le sexe est effective au niveau du système d'information sanitaire plus particulièrement au niveau des unités de prestation des services, des équipes-cadres de district et superviseurs des soins infirmiers (SSI) des hôpitaux. Cependant, ***l'exploitation et l'utilisation des informations fondées sur une approche genre restent un défi majeur à relever pour l'effectivité de l'institutionnalisation du genre.*** Au niveau du point traitant des faiblesses dans la lutte contre le VIH/SIDA, l'utilisation d'une approche genre permettrait de mettre en exergue et prendre en compte les facteurs liés aux questions de genre qui peuvent limiter l'accès de nombreuses femmes enceintes aux services offerts dans le domaine de la PTME.

Les différentes parties du DPPD, qui constitue, pour le MSAS, le cadre d'opérationnalisation du PNDS, a permis de noter ***un faible traitement des questions de genre*** dans toutes les parties alors que les femmes qui constituent, en grande partie, les cibles majeures des interventions envisagées ou des points d'entrées pour les approches communautaires sont soumises à des contraintes liées au relation et rapport de genre. En plus des limites notées, précédemment, dans l'appréciation du contenu du PNDS, il y a ***l'absence de référence à la Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre (SNEEG),*** adoptée pour la période 2005-2015 par le gouvernement, comme cadre de référence pour l'institutionnalisation du genre et la promotion de la femme dans les différents secteurs. Il s'y ajoute, ***l'inexistence de stratégie genre du ministère*** alors que la directive primatorale, instruisant les différents départements à rendre sensible au genre leurs politiques, le recommande. Ainsi, il était nécessaire, d'inscrire la SNEEG, au rang des cadres de référence évoqués dans les documents déclinant la politique sanitaire que sont le PNDS-2009-2018 et le DPPD 2009-2015. ***L'adoption de la SNEEG, comme cadre de référence, jetterait les bases d'une intégration pratique du genre dans les schémas de planification des programmes inscrits dans le DPPD sectoriel et les outils élaborés pour sa mise en œuvre.***

Malgré tout, ***le DPPD est apparu, par endroit, plus sensible au genre que le PNDS.*** A l'image de ce dernier, il est rappelé, dans le DPPD, les principes directeurs devant guider la mise en œuvre de la politique sanitaire, à savoir, ***l'équité et le genre*** à côté de la participation, de la multisectorialité, de la transparence et la solidarité. La vision, les objectifs et les stratégies d'intervention annoncées pour les prochaines années ***« qui doivent être véritablement tournées vers la réalisation du bien-être des familles sénégalaises par l'amélioration de la qualité de l'offre de services »*** doit intégrer, plus explicitement, les problématiques de genre dont la non-prise en compte pourraient affecter, négativement, les performances des programmes. Ceci est d'autant plus justifié par le fait qu'il est envisagé de passer par ***« un système de santé accessible à tous, avec des collectivités locales et des agents de santé responsables et qui rendent compte, des populations organisées qui participent et contrôlent, des partenaires techniques et financiers qui s'alignent aux priorités nationales ».*** Rappelons le, l'accessibilité à tous du système de santé exige ***l'adoption de méthodologie d'analyse de situation, de définition de modes d'intervention, de choix des critères et de détermination de modalités d'offre qui***

*tiennent compte des femmes et des hommes* et plus particulièrement de leurs pouvoirs personnels, de leur capital humain, social et économique.

Autant d'aspects nécessaires d'être considérés pour s'attaquer efficacement aux réels facteurs réduisant les taux d'accès aux offres de services visant les femmes et plus globalement les ménages.

Concernant le renforcement du système de santé, où sont mentionnées, entre autres comme faiblesse, le non-respect des normes pour les équipements et les infrastructures, la faible fonctionnalité du système d'information sanitaire à des fins de prise des décisions et l'inaccessibilité géographique, financière et socio culturelle, ***il était nécessaire de mettre en évidence les répercussions différenciées selon le sexe quant à la couverture de besoin en matière de santé.***

Le programme relatif à la gouvernance sanitaire, qui établit les composantes du système de planification du secteur de la santé et de l'action sociale, à savoir, le plan stratégique décennal PNDS (2009-2018), un plan triennal glissant DPPD et le PTA qui prend en compte les plans opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé), doit mentionner, de manière explicite, que ***la sensibilité genre des processus, des contenus et des modalités de suivi et d'évaluation est essentielle voire un impératif de gouvernance.*** Ceci est incontournable pour l'approche de budgétisation sensible au genre de plus en plus promue comme modalités à privilégier lorsqu'on adopte la gestion axée sur les résultats.

Faut-il le rappeler, ***les facteurs déterminants les « trois retards (3R) » affectant différemment les femmes et les hommes,*** il est nécessaire d'en tenir compte de manière différenciée dans les analyses de situation soucieuses d'une réponse appropriée aux besoins des usagers et usagères des services de santé.

En définitive, ***le niveau de sensibilité genre des cinq programmes déclinés dans le DPPD sera fonction du niveau de prise en compte des problématiques de genre dans les initiatives qui seront prises durant l'exécution des activités.*** A cet effet, les programmes qui ne l'auraient pas fait, devraient réaliser ***des études genre*** pour soutenir leurs efforts de traduction du principe d'équité de genre dans leurs interventions.

### **3.3. Analyse de la sensibilité genre des programmes d'appui des partenaires**

Les programmes d'appui à la mise en œuvre de la politique sanitaire présentent des niveaux de sensibilité genre variables. Dans l'ensemble, on relève, chez les différents partenaires de réelles volontés de prise en compte des questions de genre dans l'exécution des programmes. Cependant, la traduction de cette volonté, reste à consolider dans bon nombre de programmes d'appui à la politique sanitaire. Ceci a été confirmé par les constats rapportés dans les études réalisées par l'USAID, la Coopération Technique Belge et les conclusions des travaux de formulation du programme d'appui de la coopération luxembourgeoise.

*Pour ce qui est de la Coopération Technique Belge, les documents Techniques et Financiers (DTF), ont explicitement défini des modalités et actions à développer pour renforcer le niveau d'intégration du genre. A cet effet, l'intégration effective et concrète du 'genre' dans la gouvernance sanitaire au niveau national et local a été envisagée à partir des conclusions de l'étude spécifique menée dans le cadre de l'analyse de situation. Il en est découlé d'importantes recommandations dont une partie avaient été prise en compte. Dans ce sens, on peut évoquer l'intérêt porté sur la création de système d'assurance maladie universelle apprécié comme moyens de défense des droits des femmes à plusieurs niveaux et par ailleurs, comme instrument*

pouvant augmenter l'accessibilité financière des groupes les plus vulnérables dans la société, notamment les femmes et les enfants. Dans ce sens, il a été explicitement mentionné, dans le document technique et financier (DTF) que, presque l'entièreté du volet de la demande bénéficiera particulièrement aux femmes et aux enfants à côté de l'option volontaire privilégiant, dans ledit volet de la demande, *la mise en place d'un fonds d'indigents dont les membres (familles) les plus pauvres de la société peuvent profiter pour s'acheter un accès aux soins que bon nombre de femmes supportaient ou se résignaient à ne pas fréquenter les structures sanitaires par manque de moyens*. Concernant le volet offre, des actions ont été envisagées pour le renforcement des capacités et la décentralisation des soins obstétricaux et chirurgicaux liés à la grossesse (césariennes), aspect de l'offre jugé crucial pour la réduction de la mortalité maternelle. Egalement, en dehors de la problématique des césariennes et de la planification familiale où l'implication des hommes a été une préoccupation, le programme a pris en charge les violences basées sur le genre en appuyant les actions de lutte contre les mutilations génitales féminines. Aussi est-il à signaler l'initiative « Gender-budgeting » qui a permis d'introduire, dans les efforts de prise en charge du genre, l'estimation des coûts au regard des résultats attendus.

*Pour les programmes d'appui de la Coopération luxembourgeoise*, l'engagement à améliorer le niveau de sensibilité genre est réel. Il s'est traduit par une option d'appuyer les efforts de renforcement de l'institutionnalisation du genre qui s'est traduit par un appui aux activités de la cellule genre du ministère, une dotation en moyen de locomotion et un soutien à la réalisation de l'audit genre, objet du présent rapport. Spécifiquement, il a été relevé, que la stratégie de suivi-évaluation retenue au niveau des composantes SEN/28, SEN/29 et SEN/30 s'efforceraient d'intégrer le genre pour rendre compte du déroulement du processus d'institutionnalisation du genre et renseigner les changements obtenus en faveur de l'équité et de l'égalité de genre dans les secteurs et au niveau des communautés. La composante SEN/27, considérant que le secteur santé dispose d'un système national d'information sanitaire, qui a clairement opté pour une intégration des indicateurs sexospécifiques dans le système existant devrait considérer les recommandations formulées à cet effet dans le chapitre IV. Par ailleurs, il a été noté que la SEN/30 consacre la promotion du leadership des femmes comme une stratégie nécessaire pour garantir une meilleure prise en compte des questions de genre qui affectent la qualité de leur participation dans la gouvernance locale.

*Concernant les appuis de l'USAID*, mis en œuvre par différents partenaires, la prise en compte du genre est inscrite au rang des priorités au point de figurer explicitement, comme élément des contrats signés avec les maîtres d'œuvre (Intrahealth, abt, FHI, Chidfund). En atteste, l'évaluation de la dimension genre du Programme de santé de l'USAID/Sénégal, réalisée pour jeter les bases de renforcement de l'intégration de la dimension genre dans les programmes mis en œuvre pour l'amélioration des résultats sanitaires équitables pour les hommes et les femmes. En effet, le document de la Stratégie de coopération pour le développement du pays (CDCS), 2012-2016, reconnaît les contraintes liées au genre à prendre en charge par le programme à travers les différentes composantes. Spécifiquement, il y a été indiqué que les programmes doivent impliquer les hommes et les garçons en raison des idéaux et des rôles de genre dominants selon lesquels les hommes sénégalais sont les décideurs ultimes au sein des ménages et des communautés. Ainsi, *le programme a reconnu la nécessité d'une approche multisectorielle pour maximiser les résultats du développement d'égalité des sexes appelé « Ordre de mission sur le genre »*. Elle établit des normes de bonnes pratiques sur l'intégration du genre en indiquant que chaque mission pays devrait : 1) intégrer les objectifs explicites d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes dans la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du programme ; 2) avoir un budget consacré au genre dans les plans et budgets d'intervention ; 3) disposer d'indicateurs de genre dans les rapports, les plans et rapports de performance et 4) avoir

un personnel spécialisé possédant une expertise dans le domaine du genre pour mettre en œuvre les engagements pris en la matière. De telles lignes directrices ont été considérées comme moyen de mesure de la qualité et du niveau d'intégration du genre dans les programmes de santé.

S'inscrivant dans la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du niveau d'intégration du genre, les partenaires de mise en œuvre du programme USAID ont unanimement manifesté leur engagement et disponibilité à améliorer, substantiellement, le niveau de sensibilité genre des actions à développer. A cet effet, *le développement d'outils pratiques* a été évoqué comme nécessité pour traduire concrètement les exigences qu'imposent les orientations ci-dessus.

L'Unicef, qui dispose d'un plan d'action 2014-2017 pour l'égalité des sexes (PAES) entend promouvoir l'égalité des sexes dans toutes les actions de l'organisation à l'échelle mondiale, régionale et nationale. Ce plan, qui accorde une attention particulière aux sexospécificités, comprend trois axes prioritaires, considère particulièrement l'impact accru de l'égalité de genre relativement à la survie de l'enfant, santé mère, vaccination, eau et assainissement, malnutrition. Dans le même sens, il a été relevé, dans le nouveau plan d'action genre un cadre programmatique clair qui n'existait pas avant et qui fixe quatre actions prioritaires à même d'avoir un impact réel sur l'égalité de genre : i) la santé des adolescents (15 -19 ans) et le genre (accès aux services et leurs besoins spécifiques) ; ii) le mariage précoce + grossesses ; iii) Education des filles au secondaire pour élargir le champ ; et iv) les violences basées sur le genre avec un focus sur les situations d'urgence. Dans l'optique de traduire ces orientations, l'Unicef mobilise des ressources destinées à soutenir le renforcement des capacités institutionnelles, l'appui à l'intégration du genre dans ses secteurs d'intervention.

Enfin, pour ce qui est de *l'Organisation Mondiale de la santé (OMS)*, il a été relevé une réelle disponibilité à appuyer les efforts de traduction de l'engagement du MSAS à rendre effective l'institutionnalisation du genre. A cette fin, l'OMS qui dispose d'outils de promotion de l'utilisation de l'approche genre a inscrit trois lignes d'actions destinées à soutenir l'institutionnalisation du genre au niveau du MSAS. Il s'agit de : i) l'appui au technique pour l'analyse de la prise en compte du genre dans les programmes ; ii) l'appui au renforcement des capacités du staff en genre et approche droits humains ; iii) l'appui à la prise en compte du genre dans les processus de revue et d'élaboration de politique sanitaire.

### **3.4. Analyse de la sensibilité genre du dispositif de suivi et d'évaluation**

L'analyse du niveau de différenciation des données a été menée tout au long de l'examen des contenus des documents programmatiques, des rapports d'exécution, de suivi et d'évaluation des produits, effets et impacts des programmes et projets mis en œuvre ou envisagés. Naturellement, l'analyse a porté aussi sur les principales productions du système d'information sanitaire. L'objectif était de répondre à la question : « *dans quelle mesure et de quelle manière, les données collectées et présentées aux niveaux central, intermédiaire et périphérique sont-elles différenciées selon les sexes et utilisées de manière comparative entre les sexes pour analyser les problèmes de santé considérés par les plans et documents de programmation visant l'accès à l'offre de services sanitaires ?* ». Ainsi, le degré de désagrégation selon le sexe des données produites et utilisées pour diagnostiquer le secteur et envisager l'offre de services sanitaires aux femmes et hommes a été considéré. En définitive il reste établi que l'exécution de la politique sanitaire a été soutenue par un système de suivi et d'évaluation, très opérationnel, destiné à permettre à tous les acteurs, parties prenantes à la mise en œuvre du PNDS, d'accéder aux données collectées et statistiques établies pour apprécier les performances réalisées. ***Pour l'essentiel, le niveau de désagrégation des données de base et des statistiques présentées aux différents niveaux de centralisation des informations sanitaires a pris en compte la***

***différenciation selon le sexe et l'âge.*** Cependant, l'analyse et l'utilisation des données dans une perspective genre sont très peu perceptibles dans les documents. Il en découle, un défi important de l'utilisation des données différenciées selon le sexe que d'ailleurs la revue annuelle (RAC 2013) avait explicitement inscrit à l'ordre du jour des questions à examiner et présentations « l'Introduction du genre dans le DPPD et la désagrégation des données selon le genre ». Dans ce sens, la RAC 2013 avait même formulé la recommandation N°R12 intitulé « Intégrer la démarche genre dans toutes les stratégies et activités de planification ou de suivi évaluation ».

*A l'avenir, des dispositions devraient être prises pour établir des bases de redevabilité de la traduction concrète de cette recommandation des RAC régionales et nationales qui doivent intégrer, en bonne place, un point portant sur l'examen des progrès en matière d'intégration du genre. A cet effet, le tableau de bord de suivi des indicateurs traceurs du PNDS, la feuille de route du Compact et la grille de suivi des engagements du Compact doivent être considérés comme outil de base pour l'introduction d'indicateur d'évaluation du niveau d'institutionnalisation du genre au niveau du MSAS.*

## CHAPITRE IV : CONSTATS D'ENSEMBLE ET RECOMMANDATIONS

### 4.1. CONSTATS D'ENSEMBLE

L'audit genre du Ministère de la santé et de l'action sociale relatif à l'appréciation de la sensibilité genre du cadre organisationnel du ministère et du degré d'intégration du genre dans ses instruments programmatiques, a permis de faire les constats suivants :

#### Relativement à la compréhension du concept genre au sein du MSAS

##### ➤ *Faible compréhension du genre par la majorité des personnels du MSAS*

Globalement les personnels du MSAS, tous niveaux confondus, n'ont pas une compréhension commune du concept genre et de ses implications opératoires dans le secteur de la santé. Ils ont en majorité reconnu avoir des difficultés à en cerner les contours et à en avoir une claire perception. Ceci est dû au fait qu'ils sont peu nombreux à avoir suivi une formation sur l'approche genre et la maîtrise des techniques d'intégration du genre dans le secteur de la santé.

#### Relativement à la sensibilité genre de la gouvernance et du leadership du management du MSAS

##### Au niveau central

##### ➤ *Engagement effectif en faveur du genre au niveau du top management du MSAS*

Ce constat est corroboré par l'inscription de l'institutionnalisation du genre dans les orientations stratégiques du ministère et la prise de mesures opératoires avec la création de la cellule Genre, la nomination de sa coordinatrice, la nomination d'une conseillère technique genre au sein du cabinet et l'instauration d'un point focal genre dans toutes les structures du MSAS aux niveaux central et déconcentré. Cette volonté politique forte est à retenir comme bonne pratique à promouvoir au niveau des instances de décision pour soutenir l'effectivité d'une culture de l'équité et de l'égalité de genre au sein de toutes les institutions publiques et privées du Sénégal

##### ➤ *Faible niveau de prise en compte et de traitement des questions de genre, au rang des priorités, au niveau des directeurs, coordonnateurs de programmes et agents du MSAS*

Ceci est lié à la faible connaissance et maîtrise du concept genre reconnue par plusieurs interlocuteurs.

Excepté, les domaines d'intervention ciblant directement les femmes, à l'instar de la mortalité maternelle, prise en charge dans le cadre de la SR et les initiatives de lutte contre le VIH/Sida, les questions de genre ne font pas l'objet d'interrogations spécifiques dans les discussions et décisions de gouvernance au niveau stratégique et, en conséquence, ne sont pas mis en exergue pour une prise en charge effective au niveau opérationnel.

##### Au niveau déconcentré

##### ➤ *Faible perception du genre chez la majorité des équipes-cadres de région*

Au niveau des équipes-cadres de région, il est reconnu des difficultés à cerner les contours du genre et d'en avoir une claire compréhension. Au-delà du déficit de connaissance, on note une

certaine réserve voire une certaine suspicion face au caractère abstrait du concept. Il en résulte un leadership peu sensible au genre et donc une faible interrogation et prise en compte des questions de genre dans la gestion administrative des régions médicales.

- ***Sensibilité genre plus élevée et perception beaucoup plus claire du genre et de ses incidences au niveau de l'offre et de la demande chez les équipes de district***

Le management du district fait état d'une plus grande capacité à identifier les besoins différenciés des femmes et des hommes ainsi que les contraintes liées au genre qui les sous-tendent. Ceci s'explique par leur proximité avec les populations et par les orientations et directives des partenaires techniques et financiers du MSAS en faveur du genre dans les programmes et projets qu'ils développent sur le terrain.

- ***Perception des questions de genre variable selon les niveaux d'intervention des prestataires.***

Au niveau des hôpitaux, il est noté une faible perception et sensibilité genre. Ceci est justifié par une compréhension encore confuse des concepts genre, équité et égalité et de l'intérêt de tenir compte du genre dans le secteur de la santé. Pour les directeurs et staff techniques, il n'y a pas de discrimination directement liée au sexe dans la mesure où l'accès aux fonctions se fait suivant le profil de formation et la qualification.

Au niveau des centres et postes de santé, l'audit révèle une sensibilité genre et un engagement plus importants à prendre en charge les problèmes liés au genre. Les prestataires des centres et postes de santé, même s'ils reconnaissent avoir un faible niveau de connaissance du concept genre adoptent une démarche qui tient compte des spécificités des femmes au niveau de la prise en charge des patients. Ainsi, les prestataires sont amenés à prendre en charge certaines contraintes que les femmes vivent en lien avec leur statut au sein de la famille et de la communauté.

### **Relativement à la sensibilité genre du dispositif institutionnel**

- ***Non intégration du genre dans le cadre organique du Ministère de la Santé et de l'action sociale***
  - Les textes de base et procédures du MSAS ne tiennent pas compte de la perspective genre ;
  - Aucune inscription explicite et formelle du genre dans les mandats et les textes portant création et organisation de l'institution n'a été notée ;
  - De même, il est noté l'absence de modalités d'évaluation régulière du niveau d'application et de respect des normes d'intégration du genre ;
  - La rédaction des arrêtés portant organisation et fonctionnement des directions et services est une opportunité à saisir pour introduire les propositions relatives à une meilleure prise en compte de l'équité et de l'égalité de genre.

### **Relativement à la sensibilité genre des ressources humaines**

- ***faible sensibilité genre de la gestion des ressources humaines***

Le management stratégique et opérationnel et la gestion des ressources humaines, à l'échelle centrale, intermédiaire et périphérique ne sont pas basés sur des modalités, critères et processus sensibles au genre. Le genre n'est pas explicitement et clairement pris en compte dans les processus de recrutement. Il n'y a pas de référence au sexe sauf pour les sages-femmes ; la qualification et la compétence sont les seuls critères pris en compte au moment du recrutement.

➤ ***Les postes de responsabilités sont majoritairement occupés par les hommes à l'échelle centrale, intermédiaire et périphérique***

Au niveau central et des directions des hôpitaux les hommes dominent. Cependant, on note, une tendance à l'accroissement du nombre de femmes promues comme directeur. Au niveau régions et districts réunis, les hommes assurent, très majoritairement, la fonction de médecin chef. Au niveau régional, aucune femme n'est médecin chef de région. La seule femme qui était médecin chef de région a été promue directrice nationale au cours de l'audit. Au niveau des districts, on dénombre seulement sept (7) femmes médecins chefs pour 71 hommes.

Au niveau des postes de santé, on décompte une majorité d'hommes, chefs de poste. Sur un total de 1305 structures, il a été relevé 828 hommes soit 62% contre 512 femmes soit 38%. Les infirmières chef de poste représentent une proportion de 31% alors que les sages-femmes, chefs de poste ne sont que 7%.

➤ ***Forte disparité dans la représentation des hommes et des femmes dans les bureaux des comités de santé***

Relativement à la représentation au sein des comités de santé, sur un échantillon de 75 comités de santé, tous niveaux confondus, il apparaît de manière claire une faible représentativité des femmes. Le taux de représentation des femmes dans les comités de santé des centres de santé est en moyenne de 20 %, soit une présence variant entre 0 et 2 femmes par bureau. Au niveau poste de santé, on retrouve au maximum une femme dans la majorité des bureaux, soit un taux de représentation moyen variant de 11% à 16%, selon la taille des bureaux.

### **Relativement à la mobilité du personnel**

➤ ***Existence d'une forte incidence du genre sur la gestion de la mobilité du personnel*** Trois problématiques ont été consensuellement identifiées par le management et les agents au niveau central comme au niveau déconcentré :

- La problématique du taux d'absentéisme plus élevé chez les femmes que chez les hommes et ses incidences sur la continuité des services et la qualité des prestations.
- La problématique du rapprochement des conjoints pour les femmes plus que pour les hommes. Les femmes sont davantage confrontées à la difficulté de servir loin de leur foyer conjugal que les hommes.
- La problématique récurrente de la femme travailleuse à concilier ses responsabilités familiales, sociales et professionnelles. Le triple rôle des femmes dans la sphère domestique, la sphère du travail productif et la sphère communautaire font peser sur elles une charge de travail et de responsabilités plus importante que pour les hommes.

Ces contraintes affectent la productivité de la femme mais également sa santé. Aussi, y-a-t-il urgence à prendre les mesures idoines pour répondre à ces contraintes dans le cadre de la gestion des ressources humaines du MSAS.

### **Relativement aux questions de genre dans le milieu de travail et la protection du personnel du MSAS**

Les milieux, situations, conditions et moyens de travail du personnel du MSAS sont très peu sensibles au genre. L'amélioration de la situation passera par la prise en charge en priorité de la problématique des contrats à durée déterminée, reconnue comme une contrainte majeure à l'équité de traitement des femmes et des hommes travailleurs en termes de sécurité dans l'emploi et de couverture sociale.

Il est également noté les risques de violences en milieu de travail pouvant affecter les relations de travail entre les hommes et les femmes avec des incidences négatives sur l'ambiance de travail et la productivité. Les causes évoquées sont entre autres l'excès d'autorité de la hiérarchie, les exigences des relations fonctionnelles et les pressions voire chantages en direction des femmes qui sont davantage en situation d'insécurité du fait de leur statut.

### **Relativement à l'existence des capacités techniques d'intégration du genre au sein du MSAS**

#### **➤ *Faible prise en compte de l'approche genre dans les programmes de formation de base***

L'intégration du genre dans les programmes des établissements de formation des agents du secteur de la santé n'est pas effective. Une seule institution de formation, relevant du MSAS a intégré, dans ses programmes et curricula de formation, un module de formation à l'approche genre.

La pertinence à développer des modules thématiques portant sur les questions de genre et santé a été largement partagée avec les différents responsables des institutions de formation.

#### **➤ *Prise en compte de l'approche genre dans la formation continue***

Peu d'offres de formation ponctuelle en genre et techniques d'analyse, planification et programmation sensibles au genre. Une faible proportion a pu bénéficier de formations dans les domaines clés en matière de genre mais ceci est encore largement en deçà du niveau requis pour permettre au MSAS de disposer d'un noyau significatif de compétences en genre. Les formations développées restent encore théoriques de l'avis des répondant-e-s au questionnaire sur l'appréciation des capacités des agents et l'évaluation de leurs besoins de formation en genre

#### **➤ *Degré de mise en pratique des capacités acquises en approche genre***

Faible disponibilité de compétences techniques en approche genre capable de mettre en pratique. Ceci est corroboré par la faiblesse du niveau de maîtrise de l'approche genre et de ses techniques pour majorité des agents avec comme conséquence des limites dans le développement de capacités à mettre en pratique les connaissances acquises dans l'exécution des attributions des différents centres de responsabilité.

### **Mécanismes de redevabilité et d'imputabilité des responsabilités en matière de promotion de l'intégration du genre**

Existence d'un important dispositif autour de la Cellule genre, matérialisée par un maillage exhaustif de points focaux de la structure organisationnelle des niveaux central, intermédiaire et périphérique, destiné à prendre en charge la promotion de l'intégration du genre au sein du MSAS et dans le secteur de la santé.

Le rattachement de la Cellule genre à la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques est pertinent si l'on se réfère aux opportunités offertes par la fonction de planification pour l'intégration du genre et aux défis de disponibilité et d'utilisation de données statistiques sensibles au genre.

Les rôles et responsabilités attendus des points focaux pour l'intégration du genre sont à préciser à tous les niveaux de responsabilités et des modalités d'évaluation devraient être adoptées pour apprécier les performances de chacun et globalement.

Les points focaux ont sollicité un renforcement de leurs capacités en genre afin de soutenir leur leadership dans l'exécution de leurs missions de promotion de l'intégration du genre dans les priorités du management stratégique, l'exécution opérationnelle des programmes et les impératifs de gestion administrative et financière.

### **Relativement à la sensibilité genre des infrastructures, équipements et moyens logistiques du MSAS**

Absence de prise en compte de la sexospécificité dans les constructions, les équipements et moyens logistiques. Les spécifications techniques liées aux sexospécificités des usagers et utilisateurs doivent être intégrées de manière claire dans les cahiers de charge pour les projets de construction et l'acquisition d'équipements de bureau et logistique.

### **Relativement à l'intégration du genre dans la culture organisationnelle**

L'intégration des questions de genre dans la culture organisationnelle du MSAS est peu perceptible. Il n'existe pas d'initiatives de traduction et de vulgarisation des questions d'équité et d'égalité de genre en tant que valeurs organisationnelles bien que l'expression « l'équité et le genre » soit mentionnée dans les principes qui guident la mise en œuvre du PNDS. Les aspects pris en compte dans la culture organisationnelle sont essentiellement focalisés sur le statut de travailleur sans distinction fondée sur le sexe.

L'absence de directives claires, de modalités et systèmes d'évaluation continue des disparités de genre au sein de l'organisation et du personnel peut expliquer la non prise en compte des problématiques de genre dans la gestion des ressources humaines à l'échelle de la pyramide sanitaire et, de manière plus globale, dans l'ambiance et les situations de travail.

### **Relativement à la sensibilité genre des interventions du MSAS**

#### **➤ *Sensibilité genre du système de planification et de mise en œuvre des programmes du MSAS***

La planification, la programmation, l'exécution, le suivi et l'évaluation des programmes et projets du MSAS sont peu sensibles au genre. Cependant, certains programmes ont eu à développer des initiatives d'intégration du genre, sous l'impulsion des partenaires techniques et financiers, qui en ont fait une exigence explicite dans leur document d'appui.

#### **➤ *Sensibilité genre du système d'information sanitaire***

Les statistiques collectées par les prestataires de services sont sensibles au genre mais ne sont pas analysées et utilisées dans une perspective Genre. Au fur et à mesure qu'on remonte la chaîne du système d'information sanitaire la différenciation des données selon le sexe, nécessaires pour bâtir une analyse genre, n'est plus faite.

### **Relativement à la sensibilité genre des supports et actions d'information, de communication et d'éducation à la santé :**

Les supports d'information, de communication et d'éducation à la santé, utilisés dans le MSAS, sont davantage sensibles au genre. En effet, il a été relevé, sur plusieurs supports de communication, d'information et de sensibilisation une réelle volonté de prise en compte des questions de genre. Cela s'est traduit par la recherche d'équilibre visuel sur la représentation des femmes et des hommes dans les images, mais aussi sur le contenu des textes qu'il faudra surveiller davantage pour éviter de véhiculer des stéréotypes sexistes.

## **4.2. RECOMMANDATIONS**

Sur la base des résultats de l'audit genre du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans ses volets organisationnels et programmatiques, **les recommandations suivantes** sont formulées à l'effet de soutenir l'effectivité de l'institutionnalisation du genre et son opérationnalisation dans les interventions du ministère tout au long de la pyramide sanitaire :

### **☞ Renforcer l'engagement et la redevabilité des centres de responsabilité en faveur de l'équité et de l'égalité de genre au niveau central et au niveau déconcentré à travers :**

- l'élaboration d'une lettre circulaire, à la signature de l'autorité, à l'intention de tous les centres de responsabilité du MSAS (i) pour la prise en compte du genre dans les mécanismes, procédures, pratiques administratifs et financiers, outils de gestion du personnel y compris dans le cycle d'analyse, de conception, de programmation, d'exécution et de suivi-évaluation des interventions en matière de santé et (ii) pour l'implication effective de la Cellule genre et des points focaux genre dans les activités stratégiques et programmatiques ;
- l'inscription d'une directive claire pour la prise en compte du genre dans les attributions spécifiques des conseillers techniques ;
- l'introduction des critères d'équité et d'égalité des sexes dans les normes d'appréciation utilisées par les inspections techniques ;
- l'assignation d'un indicateur de résultat lié au genre à chaque direction et programme ;

### **☞ Accélérer l'institutionnalisation du genre dans les instruments organisationnels et les mécanismes d'évaluation du MSAS par :**

- l'intégration du genre dans les textes de base et manuels de procédures administratives et programmatiques ;
- l'intégration du genre dans les textes et procédures de gestion du personnel ;
- l'intégration de la variable sexe dans toute la gestion des ressources humaines et l'adoption d'une directive instaurant l'analyse comparée selon les sexes des situations des travailleurs à tous les niveaux des formations sanitaires.
- la mise en place de modalités d'analyse périodique de la sensibilité genre des milieux, situation et moyens de travail utilisés au sein des structures du MSAS

- l'intégration de la variable sexe dans tous les supports de collecte de données et l'adoption d'une directive instaurant l'analyse comparée selon les sexes des situations des femmes et des hommes à tous les niveaux des formations sanitaires.

☞ **Renforcer les capacités en approche genre et techniques sensibles au genre à travers :**

- le développement d'un vaste programme de renforcement des capacités en genre à l'intention de tous les personnels du MSAS pour une plus grande internalisation du concept genre, une plus grande maîtrise de l'approche genre et son utilisation dans les interventions du MSAS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- la conception de modules thématiques de formation dans les différents domaines en matière de santé ;
- l'introduction systématique d'un module genre et santé dans les curricula des structures de formation
- l'élaboration et la diffusion d'outils et guides d'intégration du genre dans la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes du MSAS ;

☞ **Soutenir le changement de comportement en faveur du genre, la lutte contre les stéréotypes et les violences basées sur le genre à travers :**

- l'élaboration d'études socioculturelles dans les 14 régions du Sénégal pour une meilleure perception et compréhension des facteurs d'influence des contextes social, culturel et religieux ;
- le développement d'une stratégie de communication pour rompre définitivement avec les préjugés et stéréotypes sexistes et créer des relations saines de partenariat entre les femmes et les hommes ;
- la mise en place de modalités d'analyse de la sensibilité genre des contenus et supports de communication et d'information des programmes du MSAS ;
- la mise en place d'un mécanisme d'échanges et de communication sur le genre dans le secteur de la santé entre les acteurs et partenaires du MSAS ;
- l'élaboration d'un code de conduite aux fins de lutter contre les discriminations, le harcèlement et autres abus sexuels en milieu professionnel.

☞ **Soutenir la femme dans la conciliation de ses multiples responsabilités familiales et professionnelles à travers :**

- l'aménagement d'un espace d'accueil-garderie pour recevoir les enfants du personnel en cas de besoin (rendez-vous chez le médecin, absence de la nounou) mais aussi permettre aux travailleuses allaitantes ayant repris le service après accouchement de réunir les conditions d'observer l'allaitement maternel exclusif de leur bébé ;
- l'adoption de dispositions administratives et financières permettant aux femmes travailleuses ayant des enfants en situation d'allaitement de pouvoir participer aux missions et plus particulièrement pendant les séminaires et ateliers.

# Annexes

## **Annexe 1 : Profil de représentation des femmes et des hommes dans les équipes cadres par région**

### **Tableaux par région**

**DAKAR : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district**

Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	4	2	6	H
Distr.Nord	4	2	6	H
Distr.Sud	4	1	5	H
Distr.Keur Massar	2	2	4	H
Distr.Diarniadio	3	2	5	F
Distr.Ouest	4	2	6	H
Distr.Guédiawaye	2	2	4	H
Distr.Pikine	3	3	6	H
Distr.Mbao	3	3	6	F
Distr. Centre	5	0	5	F
Distr.Rufisque	4	2	6	H
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>21</b>	<b>59</b>	

**Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste**

Niveaux	District										TOTAL
	Nord	Sud	K.Massar	Diarniadio	Ouest	Gédiawaye.	Pikine	Mbao	Rufisque	Centre	
Nombre de poste de santé	13	5	14	15	8	12	13	14	24	9	<b>127</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	3	2	9	8	6	3	5	3	7	1	<b>47</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	9	3	1	7	2	7	7	7	16	6	<b>65</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	1	0	4	0	0	2	1	4	1	2	<b>15</b>

**DIORBEL : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district**

Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	4	8	12	H
Distr.Diourbel	4	6	10	H
Distr.Bambey	2	6	8	H
Distr.Mbacké	3	5	8	F
Distr.Touba	3	6	9	H
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>31</b>	<b>47</b>	

**Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste**

Niveaux	District				TOTAL
	Diourbel	Bambey	Mbacké	Touba	
Nombre de poste de santé	23	25	22	25	<b>95</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	12	11	17	22	<b>62</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	9	14	5	2	<b>30</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	2	0	0	1	<b>3</b>

<b>FATICK : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district</b>				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	2	11	13	H
Distr.Fatick	6	6	12	H
Distr.Dioffior	3	6	9	H
Distr.Foundiougne	3	5	8	F
Distr.Gossas	1	5	6	H
Distr. Niakhar	3	1	4	F
Distr.Sokone	2	6	8	H
Distr.Passy	1	4	5	H
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>65</b>	

<b>Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste</b>								
Niveaux	District							TOTAL
	Fatick	Dioffior	Foundiougne	Gossas	Passy	Niakhar	Sokone	
Nombre de poste de santé	31	22	14	16	13	9	26	<b>131</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	11	9	7	5	6	1	13	<b>52</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	20	4	3	5	4	5	3	<b>44</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	0	9	4	6	3	3	10	<b>35</b>

<b>KAOLACK : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district</b>				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	4	8	12	H
Distr.Guinguineo	4	4	8	H
Distr.Nioro	3	4	7	H
Distr.Ndoffane	1	4	5	H
Distr.Kaolack	7	8	15	H
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>47</b>	

<b>Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste</b>					
Niveaux	District				TOTAL
	Guinguinéo	Nioro	Ndoffane	Kaolack	
Nombre de poste de santé	20	31	16	25	<b>92</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	15	26	8	11	<b>60</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	5	5	7	15	<b>32</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	0	0	0	0	<b>0</b>

<b>KAFFRINE : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district</b>				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd. Chef
	Femme	Homme		
Région médicale	4	8	12	H
Distr.Koungheul	5	6	11	H
Distr.Birkelane	2	6	8	H
Distr.Malem Hoddar	2	4	6	H
Distr.Kaffrine	4	3	7	H
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>44</b>	

Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste					
Niveaux	District				TOTAL
	Koungheul	Birkelane	M.Hoddar	Kaffrine	
Nombre de poste de santé	1 : 9	15	17	20	<b>71</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	14	6	8	12	<b>40</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	4	5	8	7	<b>24</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	1	0	1	1	<b>3</b>

KOLDA : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	2	6	8	H
Dist.Kolda	2	6	8	H
<b>Distr.Vélingara</b>	1	8	9	<b>H</b>
Distr.Méd Yoro Foula	1	3	4	H
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	

Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste				
Niveaux	District			TOTAL
	Kolda	Vélingara	M.Y Foula	
Nombre de poste de santé	23	19	12	<b>54</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	12	10	7	<b>29</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	11	9	4	<b>24</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	2	0	1	<b>3</b>

KEDOUGOU : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	2	8	10	H
Distr.Kédougou	4	7	11	H
Distr.Saraya	4	5	9	H
Distr.Salemata	2	3	5	H
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	

Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste				
Niveaux	District			TOTAL
	Kédougou	Saraya	Salemata	
Nombre de poste de santé	11	10	6	<b>27</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	9	9	6	<b>24</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	2	0	0	<b>2</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	0	1	0	<b>1</b>

LOUGA : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	4	11	15	<b>H</b>
Distr.Louga	2	6	8	<b>H</b>
Distr.Sakal	2	3	5	<b>F</b>
Distr.Koki	1	6	7	<b>H</b>
Distr.Keur Mo.Sarr	3	2	5	<b>H</b>
Distr Dahra	2	5	7	<b>H</b>
Distr. Kebemer	1	8	9	<b>H</b>
Distr. Dar.Mousty	2	6	8	<b>H</b>

Distr.Linguere	1	6	7	<b>H</b>					
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>53</b>	<b>71</b>						
<b>Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste</b>									
Niveaux	District								
	Dahra	Linguère	Kébémér	Louga	K.M.Sarr	Kold	Sakal	D.Mousty	TOTAL
Nombre de poste de santé	14	13	17	16	13	10	10	13	<b>106</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	12	11	15	15	9	8	4	12	<b>86</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	2	2	5	8	1	5	5	0	<b>28</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	2	1	1	2	3	1	2	2	<b>14</b>

<b>MATAM : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district</b>				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	2	7	9	<b>H</b>
Distr.Matam	3	3	6	<b>H</b>
Distr.Kanel	2	3	5	H
Distr.Ranérou	2	4	6	H
Distr.Thilogne	3	4	7	H
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>33</b>	

<b>Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste</b>					
Niveaux	District				TOTAL
	Matam	Kanel	Ranérou	Thilogne	
Nombre de poste de santé	21	35	14	12	<b>82</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	19	34	14	10	<b>77</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	2	1	0	2	<b>5</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	0	0	0	0	<b>0</b>

<b>SAINT LOUIS : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district</b>				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	5	5	10	<b>H</b>
Distr.Saint Louis	4	2	6	<b>F</b>
Distr.Dagana	5	5	10	H
Distr.Podor	1	5	6	H
Distr.Pété	2	4	6	H
Distr.Richard-Toll	3	6	9	H
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>47</b>	

<b>Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste</b>						
Niveaux	District					TOTAL
	S.Louis	Dagana	Podor	Pété	Rich.Toll	
Nombre de poste de santé	18	12	33	24	21	<b>108</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	5	8	30	21	13	<b>77</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	13	4	3	3	8	<b>31</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	0	0	0	0	0	<b>0</b>

<b>SEDHIOU : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district</b>				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	3	8	11	H
Distr.Boukiling	2	4	6	H
Distr.Sédhiou	1	3	4	H
Distr.Goudomp	1	7	8	H
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	

<b>Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste</b>				
Niveaux	District			TOTAL
	Boukiling	Sédhiou	Goudomp	
Nombre de poste de santé	20	14	13	<b>47</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	16	9	9	<b>34</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	1	5	4	<b>10</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	3	0	0	<b>3</b>

<b>TAMBACOUNDA : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district</b>				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
<b>Région médicale</b>	10	9	19	H
Distr.Tambacounda	5	6	11	H
Distr.Koumpentoum	7	8	15	H
Distr.Makacolibantan	3	7	10	H
Distr.Dia.Makha	2	8	10	H
Ditr.Goudiry	4	6	10	H
Distr.Kidira	5	5	10	H
Distr.Bakel	4	8	12	H
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>57</b>	<b>97</b>	

<b>Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste</b>								
Niveaux	District							TOTAL
	Tamba	Koumpt	M.Coulib.	D.Makha	Bakel	Goudiry	Kidira	
Nombre de poste de santé	<b>0</b>	14	10	5	19	15	15	<b>78</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	<b>0</b>	12	8	5	15	11	11	<b>62</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	<b>0</b>	1	2	0	3	4	4	<b>14</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	<b>0</b>	1	0	0	1	0	0	<b>2</b>

<b>THIES : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district</b>				
Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	10	6	16	H
Distr. Joal	5	2	7	<b>F</b>
Distr.Khombole	2	3	5	H
Distr.Mbour	3	5	8	F
Distr.Mékhé	2	6	8	H
Distr.Popenguine	1	4	5	H
Distr.Pout	2	2	4	H
Distr.Thiadiaye	4	6	10	H
Distr.Thiès	7	3	10	H

<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>81</b>
--------------	-----------	-----------	-----------

Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste

Niveaux	District									TOTAL
	Joal	Khombole	Mbour	Mekhé	Popeng.	Pout	Thiadiaye	Thiès	Tivaouane	
Nombre de poste de santé	10	16	24	21	9	9	13	33	22	<b>157</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	5	12	15	18	5	7	8	11	13	<b>94</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	4	4	9	3	4	2	5	22	9	<b>62</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	0	0	0	0	0	0	0	0	2	<b>2</b>

**ZIGUINCHOR : Profil des membres des équipes cadre selon le sexe, la région et district**

Niveaux	Sexe		TOTAL	Sexe Méd.chef
	Femme	Homme		
Région médicale	3	4	7	H
Distr.Ziguinchor	2	3	5	H
Distr.Bignona	1	4	5	H
Distr.Oussouye	4	2	6	H
Distr.Thionk Essyl	1	4	5	H
Distr.Diouloulou	1	4	5	H
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>33</b>	

Nombre de poste de santé et d'homme et femme selon le statut de chef de poste

Niveaux	District					TOTAL
	Ziguinchor	Bignona	Oussouye	Thionk Essyl	Diouloulou	
Nombre de poste de santé	33	31	14	13	19	<b>110</b>
Nombre d'infirmier chef de poste	12	24	12	7	15	<b>70</b>
Nombre d'infirmière chef de poste	21	7	1	6	4	<b>39</b>
Nombre de sage-femme chef de poste	0	0	1	0	0	<b>1</b>
Distr.Tivaouane	6	2	8	H		

## **Annexe 2 : Répartition du personnel de santé par sexe et occupation**

Catégories professionnelles d'occupation	Sexe		Total	% des femmes	% des hommes	Ecart entre Homme et Femme
	Femme	Homme				
Accoucheuses traditionnelles	1 757	-	1 757	100%	0%	-100%
Agents de santé communautaire	1 009	952	1 961	51%	49%	-2%
Assistants de laboratoire	226	133	359	63%	37%	-26%
Assistants dentaires	7	7	14	50%	50%	0%
Autres personnels de soutien général	2 188	2 912	5 100	43%	57%	14%
Autres Techniciens et Catégories sanitaires	133	330	463	29%	71%	42%
Dentistes professionnels	48	62	110	44%	56%	12%
Infirmières prof./diplômés d'Etat	1 434	1 462	2 896	50%	50%	0%
Infirmiers Associés	300	47	347	86%	14%	-72%
Infirmiers auxiliaires	1 220	429	1 649	74%	26%	-48%
Médecins (généralistes)	72	222	294	24%	76%	52%
Médecins (spécialistes)	219	498	717	31%	69%	38%

Personnel qualifié d'administration et de gestion sanitaire	1 206	980	2 186	55%	45%	-10%
Pharmaciens	63	68	131	48%	52%	4%
Physiothérapeutes	19	50	69	28%	72%	44%
Professionnels de salubrité et de santé publique	-	70	70	0%	100%	100%
Prothésiste dentaire	10	18	28	36%	64%	28%
Sages-femmes Auxiliaires	5	-	5	100%	0%	-100%
Sages-femmes Professionnel / DE	1 222	-	1 222	100%	0%	-100%
Scientifiques de laboratoire	7	7	14	50%	50%	0%
Techniciens de salubrité/ de santé publique	34	560	594	6%	94%	88%
Techniciens de laboratoire	16	23	39	41%	59%	18%
Techniciens de pharmacie	8	28	36	22%	78%	56%
Techniciens de Radiographie	23	59	82	28%	72%	44%
Techniciens dentaires	17	55	72	24%	76%	52%
<b>Total</b>	<b>11 243</b>	<b>8 972</b>	<b>20 215</b>	<b>56%</b>	<b>44%</b>	<b>-12%</b>

Source : Profil des ressources humaines en la santé du Sénégal, 2013

### **Annexe 3 : Répartition du personnel de soins selon le sexe, la région et la catégorie professionnelle**

Régions	Médecin		TSS		Infirmier		Sage-femme		Chirurgiendentiste		TOTAL		
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Total
Dakar	404	201	283	162	552	569	0	418	29	34	1268	1384	2652
Diourbel	47	7	48	16	107	54	0	64	5	1	207	142	349
Fatick	7	3	15	3	61	40	0	29	1	2	84	77	161
Kaffrine	4	0	8	2	51	10	0	13	1	1	64	26	90
Kaolack	35	11	32	6	101	62	0	45	3	3	171	127	298
Kédougou	8	0	5	2	29	8	0	7	1	0	43	17	60
Kolda	15	0	20	1	50	31	0	18	4	1	89	51	140
Louga	28	6	28	9	85	27	0	45	6	0	147	87	234
Matam	14	0	18	0	60	12	0	16	2	8	94	36	130
Saint Louis	41	6	26	11	98	69	0	43	1	0	166	129	295

Sédhiou	4	0	7	1	31	8	0	13	1	0	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>65</b>
Tambacounda	21	1	29	3	105	48	0	34	6	7	<b>161</b>	<b>93</b>	<b>254</b>
Thiès	79	33	55	30	168	175	0	145	15	2	<b>317</b>	<b>385</b>	<b>702</b>
Ziguinchor	37	4	22	8	136	42	0	40	5		<b>200</b>	<b>94</b>	<b>294</b>
<b>TOTAL</b>	<b>744</b>	<b>272</b>	<b>596</b>	<b>254</b>	<b>1634</b>	<b>1155</b>	<b>0</b>	<b>930</b>	<b>80</b>	<b>59</b>	<b>3054</b>	<b>2670</b>	<b>5724</b>

Source : Plan national de développement des ressources humaines en santé, 2010.

#### Annexe 4 : Liste des institutions visitées

##### NIVEAU CENTRAL

1. Ministre
2. Secrétaire Général
3. Directeur de Cabinet
4. Conseillers techniques
5. Inspection technique
6. Cellule Informatique
7. Cellule Passation Marché
8. Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
9. Direction des Etablissements de Santé
10. Direction Générale de la Santé
11. Direction Générale de l'Action Sociale
12. Direction des Infrastructures, Equipements et de la Maintenance
13. Direction de la Lutte contre la Maladie
14. Direction de la Prévention
15. Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
16. Direction des Ressources Humaines
17. Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
18. Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
19. Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés
20. Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle/ ANCMU
21. Division de la Recherche
22. Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
23. Division du Partenariat
24. Service d'Assistance Médicale d'Urgence
25. Service National de l'Éducation et de l'Information pour la Santé
26. Service National d'Hygiène
27. Cellule Santé Communautaire

- 28. Division du Système d'Information Sanitaire et Social
- 29. Gestionnaire du Siège
- 30. Syndicats de travailleurs
- 31. Association des Femmes du MSAS

## **NIVEAU DECONCENTRE**

- 32. **DAKAR**
  - Région Médicale de Dakar
  - District Nord
  - District de Rufisque
  - Hôpital Général de Grand Yoff
- 33. **DIORBEL**
  - Région Médicale de Diourbel
  - District de Diourbel
  - District de Mbacké
  - Poste de Santé de Gawane
  - Poste de Santé de Darou Marnane
  - Hôpital régional de Diourbel
  - Centre national de formation des techniciens en maintenance hospitalière
  - Service Régional de l'Action Sociale
  - Service Régional de l'Hygiène
- 34. **FATICK**
  - Région Médicale de Fatick
  - District de Gossas
  - District de Dioffior
  - Poste de Santé de Toucar
  - Poste de Santé de Thiaré
  - Hôpital régional de Fatick
  - Service Régional de l'Action Sociale
  - Service Régional de l'Hygiène
- 35. **KAFFRINE**
  - Région Médicale de Kaffrine
  - District de Kounghoul
  - Hôpital régional de Kaffrine - Poste de Santé d'Ida Mouride
  - Poste de Santé Keur Mbouki
- 36. **KEDOUGOU**
  - Région Médicale de Kédougou
  - District de Kédougou
  - Hôpital régional de Kédougou
  - Poste de Santé de Tomborokoto
- 37. **KOLDA**
  - Région Médicale de Kolda
  - District Sanitaire de Médina Yoro Fouta
  - District Sanitaire de Kolda
  - Poste de Santé de Dioulacolon - Hôpital régional de Kolda - Service Régional de l'Action Sociale
  - Service Régional de l'Hygiène
- 38. **KAOLACK**
  - Région Médicale de Kaolack
  - District de Ndoffane
  - District de Kasnack
  - Poste de Santé de Kabatoki
  - Poste de Santé de Koutal
  - Hôpital régional de Kaolack
  - Centre Régional de Formation - Service Régional de l'Action Sociale
  - Service Régional de l'Hygiène
- 39. **LOUGA**
  - Région Médicale de Louga
  - District de Louga

- District de Kébémér
- Poste de Santé de Niomré
- Poste de Santé de Léona
- Hôpital régional de Louga
- 40 MATAM
  - Région Médicale de Matam
  - District de Matam
  - District de Thilogne
  - Poste de Santé de Agnam Civol
  - Poste de Santé de Soumbalo - Hôpital régional de Matam - Service Régional de l'Action Sociale
  - Service Régional de l'Hygiène
- 41 SAINT LOUIS
  - Région Médical de Saint Louis
  - District de Saint Louis
  - District de Richard Toll
  - Poste de Santé de Savoigne
  - Poste de Santé de Thiago
  - Hôpital régional de Saint Louis
  - Centre régional de formation
- 42 SEDHIOU
  - Région Médicale de Sédhiou
  - District de Sédhiou
  - Hôpital régional de Sédhiou - Service Régional de l'Action Sociale
  - Service Régional de l'Hygiène
- 43 THIES
  - Région Médicale de Thiès
  - District de Thiès
  - District de Popenguine
  - Poste de santé de Sindia
  - Poste de santé de Kaba
  - Ecole de formation du Service National d'Hygiène (Khombole)
  - Centre Régional de Formation
- 44 TAMBACOUNDA
  - Région Médical de Tamba
  - District de Tamba
  - District de Dianké Makha
  - Poste de Santé de Kothiary
  - Poste de Santé de Malem Niani
  - Hôpital régional de Tamba
- 45 ZIGUINCHOR
  - Région Médical de Ziguinchor
  - District de Ziguinchor
  - Hôpital régional (NEMA)
  - Poste de santé de Santhiaba
  - Poste de santé de Kandialang - Service Régional de l'Action Sociale
  - Service Régional de l'Hygiène
  - Centre Régional de Formation

#### PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

- 46 Coopération Technique Belge (CTB)
- 47 Coopération Luxembourgeoise (Luxdev)
- 48 Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- 49 Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population (UNFPA)
- 50 Fonds des Nations Unies pour l'Enfance UNICEF
- 51 Intra Health/USAID
- 52 Abt/USAID
- 53 FHI/USAID

54 Child Fund/USAID

55 Banque mondiale

#### PROGRAMMES

56 Programme d'Appui à la Gouvernance Sanitaire/PAGOSAN

57 Programme d'Appui à l'Offre et à la Demande de Santé/PAODES

58 SEN 027

59 Programme Financement Basé sur les Résultats

60 Programme National de Lutte contre le Paludisme

61 Programme National de lutte contre la Tuberculose

#### **Annexe 5 : Liste des documents consultés**

1. Gender mainstreaming in BTC, 2010
2. CTB-PAODES, Dossier Technique et Financier /Composante «Appui à la Gouvernance Sanitaire »/
3. CTB-PAODES, Dossier Technique et Financier/Composante « Appui à l'offre et la demande de soins  
CTB, Dossier Technique et Financier/Renforcement des Capacités Institutionnelles par l'Octroi de Bourses
4. de Formation/CTB
5. IntraHealth, Grille d'audit genre
6. MSAS, Arrêté portant nomination du Coordonnateur de la Cellule Genre du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.
7. MSAS, Arrêté portant création de la Cellule Genre du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.
8. MSAS, Arrêté portant et fixant les règles d'organisation et fonctionnement de la Cellule Genre  
MSAS, Backstopping Genre/Mission d'appui à la mise en œuvre des activités relatives au genre pour le
9. PAGOSAN-CTB
10. MSAS, Cadre de dépenses sectoriel à moyen terme, 2012
11. MSAS, Capitalisation des expériences communautaires au Sénégal
12. MSAS, Carte sanitaire 2011
13. MSAS, Compte rendu Revue Annuelle Conjointe Nationale du PNDS
14. MSAS, Compte rendu : revue annuelle conjointe nationale du plan national de développement sanitaire
15. MSAS, Décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé  
MSAS, Décret portant création et fixant les règles d'organisation et de fonction de l'Agence Nationale de la
16. MSAS, Couverture Maladie Universelle
17. MSAS, Diagnostic institutionnel et organisationnel de la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant 2014
18. MSAS, Dispositif institutionnel de pilotage et coordination du PNDS
19. MSAS, Document de présentation du Dispositif Institutionnel de Pilotage, de Coordination et de Suivi et d'Evaluation du PNDS

20. MSAS, Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme, 2012
21. MSAS, Document de programmation pluriannuelle des dépenses/Santé, 2014-2016
22. MSAS, Guide d'élaboration des Plans de Travail Annuel
23. MSAS, Guide du prestataire pour la prise en charge des traumatismes dus aux violences basées sur le genre
24. MSAS, Guide de la mobilité du personnel de santé, DRH/MSAS, 2011.
25. OMS, Inclure des hommes et des garçons dans la lutte contre les inégalités de genre en matière de santé : enseignements tirés des programmes d'intervention.
26. OMS, Intégrer dans l'action de l'OMS, des approches soucieuses d'équité entre les sexes.
27. MSAS, Lettre Circulaire relative à la mission d'audit genre.

28. MSAS, Liste des points focaux au niveau central et Régional.
29. MSAS, Loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.
30. MSAS, Loi n° 98-12 du 2 mars 1998, relative à la création à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.
31. MSAS, Méthodologie pour le Renforcement des Capacités en Genre des membres de la Cellule Genre.
32. MSAS, Note de présentation des canaux de communication du SNEIPS.
33. MSAS, Outil d'évaluation genre niveau opérationnel: Diagnostic des domaines à améliorer au niveau des régions médicales et district sanitaire.
34. UNICEF, Plan d'action 2014-2017 pour l'égalité des sexes.
35. MSAS, Plan d'Action National de Planification Familiale 2012-2015.
36. MSAS, Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé.
37. MSAS, Plan National de Développement Sanitaire 2009 – 2018.
38. MSAS, Plan Stratégique de Santé Sexuelle et de Reproduction des Adolescent-e-s au Sénégal (2014-2018).
39. MSAS, Politique Nationale de Santé Communautaire 2013.
40. MSAS, Politique Nationale du Genre et VIH/CNLS-Sénégal.
41. MSAS, Politique Nationale sur Genre et VIH.
42. MSAS, Politique nationale sur le VIH.
43. OMS, Guide des ressources en matière de paludisme selon une problématique homme-femme.
44. MSAS, Profil des Ressources Humaines de la Santé du Sénégal,
45. Luxdev, Programme de Santé de Base des trois Régions du Nord des trois Régions du Nord.
46. Programme santé USAID Santé communautaire.
47. MSAS, Projet de décret portant organisation du MSAS version du 31 juillet 2012
48. MSAS, Rapport de capitalisation des expériences communautaires au Sénégal.
49. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde.
50. MSAS, Recommandations RAC 2015.
51. MSAS, Référentiel du PNLP 2011.
52. MSAS, Situation des Points Focaux de districts à la date du 07 novembre 2014
53. MSAS/Support pour le Renforcement des Capacités des membres de la Cellule Genre
54. OMS, Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre homme et femme dans les activités de l'OMS.



