



Le programme d'appui à la promotion de l'équité et de l'égalité  
entre les femmes et les hommes  
Mise en œuvre du Plan gouvernemental pour l'égalité, financé par l'Union européenne



9 BONNE SANTÉ  
ET BIEN-ÊTRE

## fascicule sectoriel 8

# la budgétisation sensible au genre dans le secteur de la santé

Royaume du Maroc



## La budgétisation sensible au genre dans le secteur la santé au Maroc.

Cette publication est éditée par le Centre de l'Excellence pour la Budgétisation Sensible au Genre (CE-BSG) du Ministère de l'Economie et des Finances dans le cadre du Programme d'appui à la promotion de l'équité et de l'égalité entre les femmes et les hommes, mise en œuvre du Plan Gouvernemental pour l'Egalité, financé par l'Union européenne.

Année de publication : 2019

Réalisation : GOPA

Mise en page et impression : le point sur le i

---

Publication financée par l'Union européenne

Cette publication a été produite avec le soutien financier de l'Union européenne. Son contenu relève de la seule responsabilité du Ministère de l'Economie et des Finances et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Union européenne.

---

3

BONNE SANTÉ  
ET BIEN-ÊTRE



fascicule sectoriel 8

**la budgétisation sensible  
au genre dans le secteur  
de la santé**

# Table des matières

<b>1. Introduction : le genre dans le secteur de la santé</b>	<b>8</b>
<b>2. Les données sur le genre dans le secteur de la santé</b>	<b>24</b>
2.1. État des lieux des inégalités de sexe dans le secteur de la santé dans le monde	24
2.2. Le cadre juridique et stratégique de référence	29
A. Le cadre de référence sur le plan international	29
B. Le cadre de référence national	37
1. Cadre de référence du secteur de santé	37
2. En matière de budgétisation sensible au genre	40
<b>3. Intégration de la dimension genre dans le processus de la planification stratégique et la programmation budgétaire</b>	<b>42</b>
3.1. Le diagnostic sensible au genre	44
3.2. Les statistiques sensibles au genre	48
3.3. La stratégie sectorielle sensible au genre	53

3.4. La programmation budgétaire sensible au genre dans le secteur de la santé	57
3.5. Les prescriptions de la nouvelle LOF concernant la prise en compte du genre dans les rapports de performance	62
3.6. La gen্দérisation des déterminants des dépenses du personnel	78
3.7. Marqueurs CAD/OCDE sur l'égalité femmes/hommes dans le secteur de la santé	83
<b>4. L'audit de performance sensible au genre</b>	<b>87</b>
4.1. Outil ex ante : l'évaluation de l'impact de genre (Gender Impact Assessment - GIA)	89
4.2. Outils ex post : le suivi et l'évaluation de la programmation budgétaire sensible au genre	93
A. Suivi selon les indicateurs de performance sensibles au genre	93
B. Analyse de l'incidence des bénéfiques des dépenses publiques ventilées par sexe	94
C. Enquêtes qualitatives, y compris évaluations des bénéficiaires des prestations de services publics et des priorités budgétaires, ventilées par sexe	95
<b>5. Annexes : Informations complémentaires</b>	<b>97</b>
<b>6. Bibliographie</b>	<b>112</b>

## Avant-propos

La publication de ce fascicule s'inscrit dans le cadre de l'accompagnement par le Centre de l'Excellence pour la Budgétisation Sensible au Genre des départements ministériels préfigurateurs de la nouvelle Loi Organique relative à la Loi de Finances n°130-13 promulguée en 2015.

La LOF, qui s'inscrit dans les réformes constitutionnelles menées par le Royaume du Maroc, contribue à renforcer le rôle du budget comme outil de mise en œuvre des politiques publiques et des stratégies sectorielles.

Les budgets publics ne sont pas uniquement des instruments économiques mais sont avant tout l'expression de priorités politiques. Dans cette perspective, la budgétisation sensible au genre vise à faciliter le rôle de chaque département ministériel dans la maîtrise de la dépense publique et dans l'analyse et l'évaluation de l'impact du budget sur l'ensemble des populations en tenant compte des besoins différenciés selon le genre appliqué à des critères tels que l'âge, le niveau socio-économique, ou le lieu de résidence.

L'intégration du genre dans le processus de planification et programmation budgétaire cherche donc à transformer le budget en outil de renforcement de l'égalité entre les femmes et les hommes et ne se limite donc pas à des secteurs en particulier.

Ce présent fascicule « la Budgétisation sensible au genre dans le secteur de la santé » a pour ambition de vulgariser la question de l'intégration du genre dans le processus budgétaire. Il propose ainsi un cadre flexible afin d'accompagner le département ministériel et les autres acteurs responsables du secteur en présentant : le cadre de référence international et national, le processus pas à pas pour intégrer la démarche de la performance sensible au genre et surtout des exemples concrets.

Enfin cette publication est le fruit du partenariat entre le Gouvernement du Maroc et l'Union européenne pour la promotion de l'égalité à travers une collaboration étroite avec, entre autres, le Centre de l'Excellence pour la Budgétisation Sensible au Genre.

**Centre de l'Excellence pour la Budgétisation Sensible au Genre**

# 1. Introduction

## le genre dans le secteur de la santé

### ■ Santé et objectifs du développement durable :

Le droit à la santé, reconnu par un nombre d'organismes et de conventions internationales, est un droit fondamental pour tous les êtres humains, et ce, quelles que soient leur race, genre, affiliation, religion, position sociale ou condition économique. Selon la convention de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la bonne santé ne couvre pas uniquement l'absence de maladies et d'handicaps, mais est plutôt définie comme le bien-être complet des individus, aux niveaux social, mental et physique. Cette définition, qui apparaît dans le préambule de 1946 à la constitution de l'OMS<sup>1</sup>, n'a pas changé depuis lors.

De plus, la question de la santé est un enjeu collectif, et représente un des objectifs majeurs de l'Etat en vue de créer une société juste, accomplie et productive économiquement. Certes l'amélioration de la santé des populations incombe aux pouvoirs politiques, qui sont dans l'obligation d'adopter les mesures sanitaires nécessaires en vue d'assurer le meilleur état de santé possible aux citoyens et citoyennes, cela dit, l'achèvement de cet objectif nécessite une pleine coopération de la société avec l'Etat. Techniquement, la définition de la santé par l'OMS ne fait référence à aucune mesure tangible car le bien-être reste une donnée personnelle et subjective et l'absence d'indicateurs précis fait preuve de la difficulté de mesurer cet état<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. [Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100] et entré en vigueur le 7 avril 1948

<sup>2</sup>A titre d'exemple, voir le document du bureau régional pour l'Europe de l'OMS sur les indicateurs de mesure du bien-être, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/167402/e96764.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/167402/e96764.pdf?ua=1)



Toutefois, une liste de facteurs, d'ordre économique, social, démographique, politique, mental et physique, rentre en jeu dans la réalisation de cet objectif. Certains exemples d'actions menées par les Etats conjointement avec l'OMS, comportent l'amélioration des conditions d'hygiène dans le monde, l'élimination des maladies infectieuses et transmissibles, la réduction de la mortalité materno-infantile et l'amélioration de la santé maternelle, la vaccination, la recherche scientifique pour l'amélioration de la santé publique, la mise en place de nouvelles stratégies de couverture sociale universelle, et l'éducation sur la santé sexuelle et procréative. D'un autre côté, la santé est une nécessité cruciale dans le développement, tout comme le rôle des femmes, qui est indissociable de ces deux questions.

Traditionnellement, les tâches qui incombent aux femmes ont trois caractéristiques : productives, reproductives et communautaires; ces tâches sont également majoritairement enchevêtrées, dans ce sens où elles s'accumulent et sont interdépendantes. Par conséquent, du fait de leur position particulière dans la reproduction et la sphère domestique et communautaire, les femmes sont le premier maillon de la chaîne en matière d'éducation sur la santé et la planification familiale. D'autre part, l'état de santé des femmes partout au monde est très lié à leur cycle de vie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) "chaque année, 358 000 femmes et 3,6 millions de nouveau-nés meurent en raison de complications en grande partie évitables au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale".

Bien que l'espérance de vie des femmes soit supérieure à celle des hommes dans la plupart des pays, un certain nombre de facteurs sanitaires et sociaux font que les femmes ont une moins bonne qualité de vie. Un accès inégal à l'information, aux soins et aux pratiques sanitaires de base accroît encore plus les risques pour la santé des femmes. La discrimination en fonction des sexes engendre de nombreux dangers pour la santé des femmes.

Un des aspects importants lié à la santé et spécifique aux femmes est la violence basée sur le genre. Cette violence, d'ordre physique, économique, mental ou sexuel, bien que majoritairement perpétrée au sein du couple, représente un sérieux problème de santé publique et entrave le bien-être des femmes au sein de la société. Selon l'OMS, ces violences constituent un « problème mondial de santé publique épidémique<sup>3</sup>».

Il est donc urgent de donner aux femmes les moyens d'accéder au droit à la santé en général, mais également de s'informer et d'améliorer leurs connaissances sur leurs droits à la santé procréative et sexuelle, compte tenu du lien étroit entre développement humain, social et économique. En d'autres termes, une opinion publique éclairée sur les enjeux de la santé, notamment procréative, est essentielle dans l'achèvement de cet objectif du développement, mais également un meilleur accès aux services de santé procréative et sexuelle, postnatals et maternels.

<sup>3</sup>OMS, [2013] « Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire »

En matière de santé, les inégalités sont systématiques et se creusent de plus en plus. Les raisons derrière ces disparités entre individus sont qualifiées par l'OMS de déterminants sociaux de la santé. Ces déterminants constituent « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie<sup>4</sup>». Or ces circonstances sont le résultat de stratégies politiques non réfléchies, de régulations et de pratiques sociales qui maintiennent, voire exacerbent, les niveaux démesurés d'inégalités d'accès au pouvoir, aux ressources et aux richesses, au niveau local, national et international. Pour y remédier, l'OMS a établi la Commission des déterminants sociaux de la santé en 2005. Parmi les actions prioritaires que la commission exhorte figure l'égalité des sexes : notamment, en

créant une unité chargée de l'égalité entre les sexes et en comptabilisant le travail domestique, le bénévolat et les soins aux autres personnes dans les comptes publics<sup>5</sup>.

Elle recommande d'autres mesures de même type visant à réduire les disparités parmi lesquelles une législation effective pour l'égalité dans la santé, le renforcement du rôle de l'Etat pour offrir des services de santé de qualité, abordables et équitables à tous les individus, et la réduction des effets néfastes sur le bien-être de la population selon une stratégie de collaboration intersectorielle (en termes d'assainissement, de gouvernance, de conditions de travail, d'éducation, de justice, d'égalité d'accès au logement, etc.) et ce dans le respect des droits humains et sociaux.

<sup>4</sup>Site officiel de l'OMS, disponible sur : [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)

<sup>5</sup>OMS [22 mai 2009], « Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé », soixante deuxième assemblée mondiale de la santé

## 3 BONNE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE



### ODD 3 : SANTE ET BIEN-ETRE

« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »

Les 17 objectifs du développement durable (ODD) et leurs 169 cibles, ont été adoptés par la communauté internationale, dont le Maroc, le 1er janvier 2016. Ces objectifs présentent le cadre d'action pour les 15 années à venir, pour mettre fin à toutes les formes de pauvreté, combattre les inégalités et de s'attaquer au changement climatique, en veillant à ne laisser personne de côté. Ces objectifs vont plus loin que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), en cherchant à mettre fin à toutes les formes de pauvreté et en prenant en compte la relation systémique qui existe entre les différentes dimensions du développement durable.

Le concept de développement durable a été pensé en tant que stratégie pour maintenir l'équilibre entre les personnes, la planète et la prospérité, en appelant à des actions concertées pour construire, pour les individus et pour la planète, un monde durable et résilient, où chacun a sa place. Cette conception du développement a mis l'accent sur

l'importance de concilier quatre éléments de base, qui sont interdépendants et tous indispensables au bien-être des individus et des sociétés : le progrès économique, la justice sociale, la préservation de l'environnement et la gouvernance. En d'autres termes, le développement durable poursuit la réduction des inégalités, l'amélioration des conditions de vie de base, la recherche d'un développement social équitable et inclusif, et la promotion d'une gestion intégrée et durable des ressources naturelles.

Les objectifs et les cibles de développement durable sont par essence globaux et applicables universellement, compte tenu des réalités, des capacités et des niveaux de développement des différents pays et dans le respect des priorités et des politiques nationales. Ils sont dépendants les uns des autres, et il faut donc chercher à les atteindre au moyen d'une approche intégrée et intersectorielle.

## ■ L'approche genre et droits humains dans le secteur de la santé :

Le droit à la santé est reconnu par le droit international comme droit universel. Codifié dans une centaine de constitutions mondiales et ratifié par plusieurs pays, son origine remonte à l'article 23 de La Déclaration universelle des Droits de l'Homme qui a été adoptée à l'unanimité par la communauté mondiale en 1948. Cette Déclaration a été signée par le Maroc le 19 janvier 1977, et ratifiée deux ans plus tard.

**En vertu de l'article 25 de La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme :**

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

**L'article 5 rappelle également que :**

« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. »

D'autres organismes et institutions ont depuis réaffirmé ce droit. En 1976, les Etats ont adopté Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)<sup>6</sup> qui réaffirme dans sa troisième partie le droit à la santé. Ce pacte faisant partie d'un accord juridiquement contraignant déclare que les Etats parties s'engagent à assurer le droit à la santé à toute personne, sans discrimination.

<sup>6</sup>Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels [PIDESC], GA Res 2200A (XXI), 21 UNTS 3, entré en vigueur le 3 janvier 1976, disponible sur : [http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_cesocr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cesocr.htm). Consulté le 24 Avril 2018

### L'article 12 stipule que :

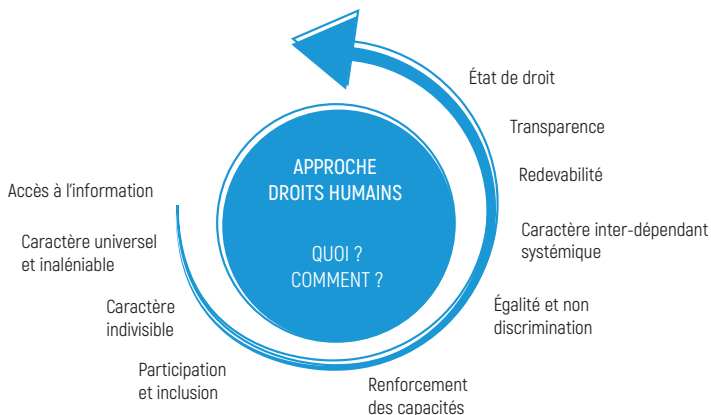
« Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »

Selon l'approche droits humains, les États (détenteurs d'obligation) ont l'obligation de garantir la reconnaissance et la jouissance de ces droits à toutes les personnes (titulaires des droits). Cette approche est un cadre dont le but est de garantir la paix, la justice, les libertés fondamentales, la démocratie, et en particulier, le respect des droits humains, de manière transversale dans toutes les lois et les politiques publiques. En 2003, le Groupe des Nations Unies pour le Développement a souscrit au document "Approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme:

vers une position commune". Ces valeurs ont également fait l'objet d'un consensus dans l'Agenda 2030 et dans les Objectifs du Développement Durable.

L'approche droits humains ne se limite pas à établir un cadre pour les droits fondamentaux qui doivent être reconnus et garantis ("quels droits?"), mais également pour la manière dont ceux-ci doivent être protégés ("comment?").

Le schéma ci-dessous montre les principes sur lesquels repose l'approche droits humains. Il s'agit des mêmes principes qui régissent les droits fondamentaux eux-mêmes :



L'opérationnalisation de l'approche est garantie au niveau de la procédure, notamment à travers le quatrième pilier du développement durable, à savoir la gouvernance, surtout grâce aux principes de la participation, de la redevabilité, de l'égalité et de la non-discrimination et de la transparence.

## ■ L'approche genre au cœur de l'ODD 5 : Égalité entre les sexes :

L'Agenda 2030 exhorte à «ne laisser personne de côté ». Il place les droits des femmes au centre du changement transformateur et au centre de la poursuite du développement durable dans ses quatre dimensions - économique, sociale, environnementale et de gouvernance. Les considérations d'égalité des sexes sont reflétées de manière intégrée dans les objectifs de développement durable (ODD) et sont considérées comme essentielles à leur réalisation.

Le principe de l'égalité reconnaît aux femmes et aux hommes les mêmes droits, libertés et opportunités dans la vie. Ce principe implique la suppression de toutes les barrières discriminatoires formelles et réelles qui empêchent la jouissance réelle des droits, des libertés et des opportunités. L'approche

genre permet de rendre visible les inégalités et les discriminations, et d'en comprendre les causes sous-jacentes, pour qu'elles soient corrigées par les politiques publiques. Elle vise également à éviter qu'une politique publique n'aggrave les inégalités et les discriminations à l'égard des femmes. L'approche genre est aussi un outil de sensibilisation et de changement des mentalités. Les programmes et les projets devront agir non seulement sur les conditions matérielles qui maintiennent ces inégalités, mais aussi sur les bases sociales et culturelles qui les produisent et les perpétuent.



Et finalement, l'intégration transversale de l'égalité de genre est une stratégie pour augmenter la performance et la durabilité, en promouvant l'accès et le contrôle équitable des ressources, des bénéfices, des coûts et des processus de prise de décision entre les femmes et les hommes.

Pour définir les besoins pratiques et les intérêts stratégiques des femmes et des hommes dans le secteur de la santé et orienter les actions du ministère selon une approche basée sur les droits humains, il convient d'orienter l'analyse en fonction des finalités du secteur.

La jonction entre ces concepts (droit à la santé, approche genre et droits humains), requiert d'enrichir l'approche technico-économiste du secteur (à chaque problème correspond une solution technique disponible) par une approche centrée sur les droits humains.

L'enjeu est de faire coïncider la notion de besoin et de participation à la gestion des ressources et à la prise de décision avec celle de droit fondamental. Dans la perspective des ODD, si les besoins pratiques et les intérêts stratégiques des sexes ne sont pas pris en considération, l'équilibre des 4 piliers que nous avons mentionnés (le progrès économique, la justice sociale, la préservation de l'environnement et la gouvernance), n'est pas atteint.

Trois questions clés peuvent aider dans cet effort :

- Comment le secteur de la santé peut-il contribuer au développement social et économique du Maroc ?
- Comment le secteur de la santé peut-il contribuer à l'égalité et à réduire les disparités entre les femmes et les hommes ?

- Comment l'égalité entre les femmes et les hommes peut-elle contribuer à l'objectif 3 des ODD (santé et bien-être) pour tous ?

La prise en compte du genre ne se limite donc pas à améliorer les conditions de vie, les opportunités et les droits des femmes et des hommes dans le secteur de la santé. L'égalité hommes-femmes est une question transversale, et le secteur de la santé a des intersections avec d'autres secteurs : le développement durable, l'eau, l'énergie, la pauvreté, l'éducation, la violence, la technologie, etc. Il convient donc d'adopter une approche intersectorielle afin de prendre en compte les répercussions, positives et négatives de notre secteur sur les autres domaines

## ■ Exemple des enjeux intersectoriels de l'égalité entre les sexes dans le secteur de la santé :

### LES ENJEUX INTERSECTORIELS DE L'ÉGALITÉ DE GENRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

- **Développement durable** : La notion de santé-environnement est importante dans la compréhension de la question de la santé publique. L'environnement est un facteur déterminant qui fait partie intégrante de la santé des êtres humains et le lien entre le développement durable et la santé soulève de nombreuses problématiques. La gestion des ressources naturelles, les modes de consommation, les risques liés aux désastres naturels, le changement climatique, la contamination des eaux et de l'air, etc. sont autant de notions relatives à la santé environnementale. Les femmes, en raison de leur rôle domestique, sont particulièrement exposées aux risques de santé liées aux dommages environnementaux (contamination des eaux par des polluants chimiques, pollution des foyers liées à l'utilisation du bois de chauffe dans les cuisines mal aérées, exposition aux pesticides, etc.). Un autre aspect annexe est la santé reproductive, celle des fœtus et des enfants. Le développement durable lié à la santé requiert un impératif singulier pour les mères et leurs progénitures, du fait de leur sensibilité augmentée aux risques environnementaux.
- **Développement économique** : le secteur de la santé a également une incidence sur le développement économique et les bonnes conditions pour un travail décent, du fait que les travailleurs et travailleuses subissent les risques environnementaux liés à leur occupation. Les inégalités et les discriminations basées sur le genre sont inséparables de ces questions. Il est crucial de reconnaître le lien entre l'incidence environnementale des activités économiques sur la santé des travailleurs et fournir les meilleures conditions possibles au capital humain. Une meilleure santé et une meilleure couverture sociale, pour tous, permet une meilleure productivité des travailleurs, femmes et hommes, et encourage la résilience et le développement économique. Or, les femmes, en raison de leur présence massive dans le secteur du travail informel et précaire, ne bénéficient souvent pas de protection ni de couverture sociale. Les répercussions sur leur santé ont des répercussions en terme économique pour leur famille, mais également pour la croissance de leur pays

- **Transports, planification et infrastructures** : prendre en compte les impacts de la planification routière et des infrastructures pour réduire les coûts environnementaux est indéniablement lié à la santé des individus. De même, une planification optimale permet une meilleure mobilité des personnes et un meilleur accès aux services et aux ressources. Or, les femmes sont souvent confrontées à des obstacles majeurs (matériels, culturels, sociaux, économiques, etc.) pour pouvoir se déplacer (que ce soit à pied, en voiture ou en transport commun). Que ce soit en zone rurale ou urbaine, il est donc nécessaire d'assurer des centres de santé accessibles, à proximité et de qualité, et un réseau de transport public sécurisé, abordable et viable, en particulier pour les personnes vulnérables, pour permettre aux femmes l'accès aux services de santé adéquats et nécessaires, principalement en cas de grossesse ou de maternité.
- **Habitat** : les conditions d'habitat insalubre et des bidonvilles avec ce qu'elles comportent de problèmes sanitaires, d'accès à l'eau potable, de pollution, d'infrastructures sanitaires et d'évacuation de déchets sont inhérents au secteur de la santé. De par leur position dans la sphère domestique, les femmes ont un rôle particulier dans la gestion de l'habitat, ce qui en fait, avec les enfants, les premières victimes du manque d'hygiène dans des logements indécents. De ce fait, une attention particulière doit être portée au genre en traitant ce sujet. Des logements adéquats et décents ont un impact important et positif sur les déterminants sociaux de la santé et créent une base pour l'égalité.

- **Eau et assainissement** : à l'échelle mondiale, le manque d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement continuent de représenter une menace importante pour la santé humaine. Plusieurs maladies en résultent et impactent le bien-être des hommes et des femmes, surtout en zones rurales et/ou défavorisées. La responsabilité conjointe incombe aux départements sectoriels de l'eau et de l'assainissement ainsi que de la santé pour une prévention primaire et une réduction des maladies liées à cette question
- **Education** : une mauvaise santé empêche la réussite scolaire, or l'éducation permet un meilleur niveau de santé en général. Ce qui prouve que ces deux questions sont interdépendantes. De même, le faible niveau d'alphabétisation des femmes et le fait qu'elles ignorent leurs droits les empêche également de les revendiquer, principalement en milieu rural et défavorisé. Elles n'ont donc pas pleinement conscience des droits relatifs à la procréation et à la planification familiale, mais aussi de leurs corps et des services de santé mis à leur disposition en général. Il est donc impératif, en zone urbaine autant que rurale, de mettre en place des formations éducatives sur la santé sexuelle, procréative et maternelle

- **Sécurité et justice** : la violence envers les femmes est un problème de santé publique lié à celui de la justice. Un système judiciaire apte à répondre de manière efficace à la question des violences envers les femmes [sous toutes ses formes], avec des mesures et des instruments préventifs mais aussi correctifs contribuera à la diminution de ce phénomène et à l'amélioration de la santé des femmes mais aussi des autres personnes qui sont touchées par ce problème, notamment les enfants. L'autre question que soulève l'enjeu du genre et de la santé dans le secteur de la justice est celui des femmes détenues. Il convient de rappeler que les raisons, les causes et les conséquences de la détention pour les femmes ne sont pas les mêmes que pour les hommes. Même si elles sont minoritaires parmi la population carcérale, les femmes détenues ont souvent été victimes de violences et d'abus sexuels, de prostitution et de trafic sexuel, ce qui pose la question de leur santé physique et mentale (stress post-traumatique, dépression, anxiété, tendance à l'automutilation et au suicide). Issues de milieux défavorisés et fort marginalisées, elles ont souvent des problèmes d'addiction ou de toxicomanie, et de MST. La question de leur prise en charge sanitaire dans les centres de détentions se pose également de manière différenciée à celle des hommes détenus.
- **Agriculture et alimentation** : une alimentation saine est la base d'une santé saine. Par conséquent, encourager des pratiques agricoles plus responsables, qui prennent en compte l'environnement, la sécurité sanitaire des aliments et une alimentation saine est essentiel pour réduire les maladies transmissibles de l'animal à l'homme et combattre la malnutrition.
- **Gouvernance** : plusieurs études ont démontré que l'intégration des femmes à la gestion des ressources et dans la participation à la prise de décision diminue le taux de corruption. Associer pleinement les femmes à la gestion des services de santé et les intégrer au processus décisionnel, crée également un cadre de coopération entre les femmes et les hommes, contribuant à l'instauration d'une culture de l'égalité et d'une culture démocratique.

## ■ Qu'est-ce que la budgétisation sensible au genre ?

Comment intégrer concrètement les préoccupations, les besoins et les intérêts des femmes et des hommes, des filles et des garçons au niveau des politiques publiques dans le secteur de l'habitat ? Comment veiller à ce que les politiques publiques dans ce secteur soient vectrices d'égalité entre les sexes ? La budgétisation sensible au genre est un outil de politique publique au service de l'égalité entre les femmes et les hommes et un outil de performance budgétaire. Elle vise à intégrer la dimension du genre dans la démarche de la planification et programmation budgétaire ainsi que dans l'exécution, le suivi et l'audit. Le processus de la planification stratégique et de la programmation budgétaire sensible au genre débouche sur les budgets sensibles au genre.

## ■ Qu'est-ce que la BSG ?

- C'est un instrument d'égalité et d'équité dans la mesure où elle permet de garantir la jouissance réelle des droits humains, tant des femmes/des filles que les hommes/des garçons.
- C'est une approche conçue pour intégrer la dimension du genre dans toutes les étapes du cycle budgétaire.
- C'est l'analyse de l'impact que peut avoir toutes formes de dépenses publiques ou de méthodes de prélèvement de recettes sur les femmes et les filles, comparé à celui qu'elles peuvent avoir sur les hommes et les garçons.
- La budgétisation sensible au genre ne traite pas les ménages en tant qu'unité homogène mais prend également en considération les inégalités au sein des ménages.
- Elle permet de montrer les progrès vers plus d'égalité entre les femmes et les hommes.
- Elle permet de prendre en compte d'autres catégories d'inégalités telles que l'âge, la situation socio-économique, les besoins spécifiques ou le lieu de résidence (zone urbaine/rurale, régions différentes).
- Elle vise à formuler des propositions pour redéfinir les priorités par rapport aux dépenses et aux recettes, en prenant en compte les besoins et les priorités différentes des femmes/des filles et des hommes/des garçons.

## 2. Les données sur le genre dans le secteur de la santé

### ■ 2.2 État des lieux des inégalités de sexe dans le secteur de la santé dans le monde

Ces statistiques peuvent nous aider à comprendre comment les femmes et les hommes peuvent être affectés de manière différenciée par les problèmes dans le secteur de la santé dans le monde<sup>7</sup>:

- Le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans est passé de 12,7 millions en 1990 à 6,3 millions en 2013, ce qui correspond à une baisse journalière de 17000 décès.
- Depuis 2000, les vaccins contre la rougeole ont permis d'éviter plus de 15,6 millions de décès.
- Le taux de mortalité maternelle a diminué de 45% depuis 1990.
- En Asie de l'Est, Asie du Sud et en Afrique du Nord, la mortalité maternelle a baissé de 2/3.
- Le taux de mortalité maternelle est 15 fois plus élevé dans les pays en développement que dans les pays développés.
- La proportion d'accouchements pratiqués en présence d'un personnel qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme) est passée de 56% en 1990 à 68% en 2012.
- La moitié seulement des femmes dans les régions en développement ont bénéficié du minimum recommandé de soins de santé.
- Le risque de décès est plus élevé en zone rurale et dans les ménages les plus pauvres.
- L'éducation de la mère demeure un puissant déterminant d'inégalité : les enfants de mères éduquées ont plus de chances de survivre que les enfants de mères sans éducation.
- Selon les estimations, 35 pour cent des femmes dans le monde ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ou des violences sexuelles de la part d'une autre personne à un moment donné dans leur vie.
- Selon l'OMS, 70% des femmes ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours de leur vie.

<sup>7</sup><http://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>,



- Dans le monde, près de 750 millions de femmes et de filles actuellement en vie ont été mariées avant l'âge de 18 ans. Le mariage d'enfants se solde souvent par une grossesse précoce et un isolement social, interrompt la scolarisation, limite les possibilités de la jeune fille et l'expose davantage à la violence familiale.
- En 2013, on estimait à 2,1 millions le nombre de nouvelles infections au VIH, soit 38% de moins qu'en 2001.
- Le nombre de personnes dans le monde vivant avec le VIH était d'environ 35 millions fin 2013.
- Les adolescentes et les jeunes femmes sont confrontées à des inégalités fondées sur le sexe, l'exclusion, la discrimination et la violence, qui les exposent à un risque accru de contracter le VIH.
- Le VIH est la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer dans le monde.
- En 2013, 250 000 nouvelles infections au VIH ont été enregistrées chez les adolescents, dont les deux tiers étaient des filles.
- Dans de nombreux milieux, le droit à la vie privée et à l'autonomie corporelle des adolescentes n'est pas respecté. Beaucoup d'adolescentes déclarent que leur première expérience sexuelle était forcée.
- Selon le rapport de l'OMS, à l'échelle mondiale, près de 2 millions de jeunes filles de moins de 15 ans tombent enceintes annuellement. De 15 à 19 ans, elles sont 16 millions.
- Dans le monde, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans.

- 54% des personnes âgées de 60 ans et plus sont des femmes, une proportion qui passe à près de 60% pour les personnes âgées de 75 ans et plus, et à 70% pour les plus de 90ans<sup>8</sup>. Bon nombre des problèmes rencontrés par les femmes au cours de leur vieillesse résultent de facteurs de risque auxquels elles ont été exposées au cours de leur adolescence ou de leur vie d'adulte. Les femmes âgées sont plus exposées aux incapacités que les hommes, du fait de déterminants plus larges de la santé tels que : des normes et des politiques inégalitaires défavorables aux femmes; l'évolution des structures familiales; et des taux plus élevés d'emploi dans le secteur informel ou non rémunéré.
- Ces facteurs s'allient pour accroître les vulnérabilités et réduire l'accès à des services de santé nécessaires et efficaces.
- Au niveau mondial, il est estimé qu'une femme sur cinq, vit en situation de handicap. Elles représentent 19,5% de la population (contre 15% chez les hommes)<sup>9</sup>. Or, les personnes handicapées sont souvent exclues des services de santé de base, notamment la santé reproductive.
- 46 pays sur 173 ne possèdent pas de loi relative aux violences domestiques.

Au Maroc :

- Au Maroc, environ 62,8% de femmes déclarent avoir subi l'une ou l'autre des diverses formes de violence<sup>10</sup>.
- 55% des femmes ont subi des violences dans le cadre conjugal (toutes formes de violences confondues), 32,9% dans les lieux publics, 24,2% dans les établissements d'enseignement et de formation et 16,0% sur les lieux de travail<sup>11</sup>.
- 35,3% des femmes, ont subi un acte de violence physique depuis l'âge de 18 ans. Elles sont deux fois plus nombreuses en milieu urbain (2,2 millions) qu'en milieu rural (1,1 millions)<sup>12</sup>.
- Le taux de prévalence des violences physiques dans les lieux publics est de 9,7% : un million de femmes en sont victimes, soit 2 femmes violentées physiquement sur 3<sup>13</sup>.

<sup>8</sup><http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

<sup>9</sup>Muriel Mac-Seing et Christina Zarowsky, 'Une méta-synthèse sur le genre, le handicap et la santé reproductive en Afrique subsaharienne', Santé Publique, 2017/6 [Vol.29], pp.909-919.

<sup>10</sup>HCP (2009), Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc

<sup>11</sup>HCP (2016), Femmes et hommes en chiffres, Maroc

<sup>12</sup>Principaux résultats de l'enquête nationale de la prévalence de la violence à l'égard des femmes, Janvier 2011 (version Française), p.5

<sup>13</sup>Ibid

- 23% des femmes soit 2,1 millions, ont subi un acte de violence sexuelle à un moment ou à un autre de leur vie. Ces victimes sont trois fois plus nombreuses en milieu urbain (2,2 millions) qu'en milieu rural (712 mille)<sup>14</sup>.
  - Selon le rapport annuel de l'Observatoire national de la lutte contre les violences envers les femmes de 2015, le nombre de femmes victimes de violence physique qui ont bénéficié des services des unités hospitalières ont enregistré environ 8.675 cas de violence qui ont été pris en charge, et en 2014, le nombre de cas a été de 12.218, ce qui correspond à une évolution de 40,8% du total de cas enregistrés entre 2013 et 2014. 75% de ces cas étaient en zone urbaine et 25% dans les zones rurales.
  - 12,3% des femmes de 18 à 64 ans souffrent d'une maladie chronique (diabète, insuffisance rénale, cancer, etc.) et 3% d'un handicap moteur, sensoriel ou mental<sup>15</sup>.
- 36,4% ont consulté un médecin généraliste, 15,3% un gynécologue, 2,3% un psychiatre ou un psychologue et 19,9% un médecin d'une autre spécialité<sup>16</sup>.
- Pour 12 % des femmes enceintes qui ont consulté un personnel de santé avec l'accord de leurs maris, ces derniers ont exigé que le personnel à consulter soit de sexe féminin (13,4 % en milieu urbain et 8,5 % en milieu rural)<sup>17</sup>.
  - En 2015, il y a eu 121 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes<sup>18</sup>.
  - Au Maroc, il n'existe que 4 sages-femmes pour toutes les 1.000 naissances projetées<sup>19</sup>, l'OMS en recommande au minimum 6 pour 1.000 naissances.
  - La mortalité maternelle est plus élevée (plus du double) chez les femmes issues de zones rurales (148 / 100.000) que de zones urbaines (78 / 100.000). Mais également plus élevée parmi les femmes issues de milieux pauvres comparés à celles plus aisées.

<sup>14</sup> Ibid

<sup>15</sup>HCP (2009), Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc, p.19

<sup>16</sup>Ibid, basé sur les douze derniers mois précédents l'étude (2009)

<sup>17</sup>Ibid, basé sur les douze derniers mois précédents l'étude (2009)

<sup>18</sup>Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) (2015), « Des mondes à part : Santé et droits en matière de reproduction à une époque marquée par les inégalités »

<sup>19</sup>Rapport national sur l'état de la pratique de sage-femme dans le Royaume

- Plus de la moitié des femmes les plus pauvres ne se font pas suivre durant leur grossesse et deux tiers d'entre-elles accouchent à domicile.
- Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes s'élève à 56.7%. La pilule est le moyen le plus utilisé.
- Dans le secteur public, la contraception d'urgence n'est pas disponible<sup>20</sup>.
- Des dizaines de milliers de filles se marient avant l'âge de 18 ans chaque année. Par conséquent, le taux de fécondité des femmes âgées entre 15 et 19 ans s'élève à 32/1000<sup>21</sup>.
- Selon les données les plus récentes, environ deux femmes meurent chaque jour suite aux complications liées à l'accouchement<sup>22</sup>.
- En 2013, 11,47% soit 35152 mariages concernaient des filles de moins de 18ans<sup>23</sup>.
- Le taux de naissances chez les adolescentes est de 32 naissances pour 1.000 femmes âgées de 15 à 19ans<sup>24</sup>.
- Plus de 8 sur 10 des marocains âgés de 60 ans et plus n'ont ni assurance maladie ni pension de retraite<sup>25</sup>.
- Entre 2006 et 2016, 74% des naissances étaient assistées par un professionnel de santé qualifié.
- Le Maroc dénombre seulement 14,9 cadres médicaux pour 100.000 citoyens (à titre de comparaison, la Norvège compte 218 cadres et la Lybie 90).
- Le Maroc dépense 5,9% de son budget sur le secteur de la Santé<sup>26</sup>.

<sup>20</sup>Site du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), disponible sur : <http://morocco.unfpa.org/fr/node/22572>

<sup>21</sup>Ibid, disponible sur : <http://morocco.unfpa.org/fr/node/22573>

<sup>22</sup>Ibid, disponible sur : <http://morocco.unfpa.org/fr/node/22571>

<sup>23</sup>Ibid

<sup>24</sup>Ibid, disponible sur : <https://www.unfpa.org/fr/data/world-population/MA>

<sup>25</sup>Ibid, disponible sur : <http://morocco.unfpa.org/fr/node/22575>

<sup>26</sup>OMS, Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2014)

## ■ 2.2 Le cadre juridique et stratégique de référence

L'intégration de l'approche genre dans les politiques publiques sectorielles repose sur une série d'engagements au niveau international que le Maroc a intégré dans sa législation et sa politique nationale.

### A. Le cadre de référence sur le plan international

- **Convention Universelle des droits de l'homme, 1948** : l'article 25 affirme que toute personne a « droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » plus particulièrement, la maternité et l'enfance qui méritent une attention particulière.
- **Pacte international (PIDCP ET PIDESC) 1966** : l'article 12 reconnaît le droit à la santé physique et mentale comme droit fondamental de toute personne sans discrimination, et les États parties doivent mettre en œuvre cette recommandation notamment à travers la diminution de la mortalité infantile, l'amélioration de l'hygiène du milieu, la lutte contre les maladies endémiques et l'assurance d'une aide médicale à tous.
- **Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) de 1969** : met la santé au cœur des objectifs du développement et rappelle l'importance de la question sanitaire pour une application efficace et sûr des principes du développement pour des sociétés justes, équitables et productives.

- [Convention sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes](#), 1979 : Cette convention sur les droits des femmes est la pierre angulaire de tous les programmes des Nations Unies en faveur des femmes et de l'égalité. Plus de 185 pays ont ratifié la CEDEF. Au titre de l'article 12, les Etats parties s'engagent à éliminer toute discrimination contre les femmes et à leur fournir les moyens d'accéder à des services de santé de qualité sur un pied d'égalité avec les hommes, notamment ceux relatifs à la planification familiale. Ils s'engagent également à leur fournir des services de soins, si besoin, gratuits, pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement. Les mêmes recommandations sont faites à l'égard des femmes rurales (article 14). Les Etats assurent aussi aux femmes leur droit à l'information et l'éducation concernant la santé procréative et la planification familiale (article 10.h). La recommandation générale n°19 condamne les violences faites aux femmes : « La violence fondée sur le sexe est une forme

de discrimination qui empêche sérieusement les femmes de jouir des droits et libertés au même titre que les hommes ». C'est également le premier texte qui défend le libre choix en matière de planification familiale autant pour les hommes que pour les femmes.

- [Déclaration sur le Droit au Développement](#) de 1986 : Cette déclaration établit sans équivoque le développement comme un droit et met les gens au centre du processus de développement.
- "Notre avenir à tous", [rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement](#) en 1987 (Rapport Brundtland) : ce rapport définit pour la première fois le développement durable et met l'accent sur le caractère systémique et interdépendant des différents éléments qui la composent.

- Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement, plus connue sous le nom de Sommet de la Terre (Rio de Janeiro) de 1992 et l'Agenda 21 : le chapitre 3 de l'Agenda 21, sur la "lutte contre la pauvreté" invite les gouvernements à collecter des informations et des données désagrégées par sexe, considérant que les femmes font partie des groupes les plus désavantagés (3.9) qui doivent être soutenues et dont les capacités doivent être renforcées (3.7). Cette recommandation est réitérée dans d'autres chapitres de l'Agenda 21 (chapitre 5 sur la démographie, chapitre 8 sur l'environnement et la prise de décision, etc.). Le chapitre 6 sur la promotion de la santé repose sur les domaines d'activité suivants : la satisfaction des besoins relatifs aux soins de santé primaires, en particulier dans les campagnes, la protection des groupes vulnérables, la lutte contre les maladies transmissibles, la santé urbaine, et la réduction des risques pour la santé liée à la pollution<sup>27</sup>.
- Déclaration sur l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes du 20 décembre 1993, reconnaît à l'échelle mondiale les violences contre les femmes comme une atteinte à leur intégrité physique et morale et une violation des droits de l'Homme. Elle rappelle que « la violence à l'égard des femmes va à l'encontre de l'instauration de l'égalité, du développement et de la paix ». Elle appuie également le droit des femmes au meilleur état de santé physique et mentale possible (art.3/f).

<sup>27</sup><http://www.adequations.org/spip.php?article671>

- **Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement**, le Caire, 1994 : le programme d'action met l'accent sur la reconnaissance croissante de l'interdépendance de la population, du développement et de l'environnement à l'échelle mondiale, et le besoin de mettre en œuvre des politiques macroéconomiques et socioéconomiques de nature à assurer une croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable et à la mobilisation des ressources humaines et financières en vue de résoudre les problèmes de la planète. Le chapitre VII porte sur les droits et santé en matière de reproduction, notamment la sexualité et les maladies sexuellement transmissibles. Le chapitre VIII concerne les soins de santé primaires, la santé infantile et maternelle, et la transmission du VIH. Selon le programme, toute personne a le droit de jouir de ses droits en matière de santé, et tout individu et couple a le droit de « décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance » (principe 8). Il affirme que « les droits en matière de procréation

correspondent à certains droits humains déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits humains et d'autres documents pertinents des Nations Unies. »

- **Déclaration et Programme d'Action de Beijing**, 1995 : Adopté par les gouvernements lors de la Quatrième Conférence Mondiale sur les femmes de 1995, elle invite la communauté internationale à s'engager pour la promotion de la femme et de l'égalité des genres et demande aux États de mettre en œuvre tous les moyens vers une réelle égalité femme/homme, en veillant à ce qu'une approche de genre soit intégrée à toutes les politiques et tous les programmes aux niveaux national, régional et international. La déclaration appuie le plein droit des femmes à la maîtrise de tous les aspects de leur santé, notamment en termes de fécondité, de contraception et de planification familiale, comme principal moyen d'émancipation, ainsi que leur accès à des soins primaires, en insistant sur l'élimination de toutes les violences faites à leur encontre.



- **Résolution 54/134 de l'Assemblée générale des Nations Unies**, adoptée le 17 décembre 1999, proclame le 25 novembre «Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes» et exhorte les gouvernements à adopter des lois pour combattre les violences faites aux femmes.
- **Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2000.**
  - Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile, des enfants de moins de 5 ans et des nouveaux nés : notamment par l'accès aux vaccins contre la tuberculose, la rougeole, et les maladies infantiles, particulièrement pour les enfants issus des milieux les plus défavorisés dans le monde.
  - Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle : réduire les taux de mortalité maternelle, mais aussi permettre à toutes les femmes l'accès aux soins de santé procréative, avant, pendant et après la grossesse, notamment en répandant l'accès à l'information, aux conseils et aux produits disponibles pour la planification familiale et la contraception. Cet objectif se penche aussi sur la natalité précoce des adolescentes.
- Objectif 6 : enrayer la propagation du Sida, du paludisme et d'autres maladies notamment en facilitant l'accès au traitement antirétroviral pour les populations issues des pays en développement. Il vise également à répandre l'éducation parmi les jeunes, hommes et femmes, sur les moyens de sa propagation et la nécessité de se protéger.
- Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques [2010]<sup>28</sup>: exhorte les gouvernements à prendre en compte l'enjeu de la santé dans toutes les politiques, au niveau local, régional, national et international et rappelle l'importance d'actions gouvernementales concertées entre les différents secteurs vu leur impact sur la santé des populations.

<sup>28</sup>Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010.

- **Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (2011)** : Il s'agit du premier instrument juridiquement contraignant (au niveau européen et pour ses pays partenaires) offrant un cadre juridique complet pour la prévention de la violence, la protection des victimes et dans le but de mettre fin à l'impunité des auteurs de violence. L'article 3 définit le terme "violence à l'égard de femmes", comme une violation des droits de l'Homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes. Il le désigne comme tout acte de violence fondée sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, mais également la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée.
- **Rio + 20, 2012** : relatif à la nécessité d'adopter des mesures urgentes contre le changement climatique, en exhortant la coopération de tous les pays et leur participation à une réponse internationale efficace et appropriée pour accélérer la réduction des émissions mondiales de gaz à effet de serre. Il a été reconnu durant ce sommet l'importance et la nécessité de la bonne santé pour tous afin de réaliser les objectifs du développement, à travers un renforcement général des systèmes de santé à l'échelle mondiale et d'une approche multisectorielle en matière de gouvernance des politiques publiques relatives au domaine (parag.138-146).

- Objectifs de Développement Durable, 2015

- Objectif 3 : Bonne santé et bien-être. Les principales cibles de cet objectif sont :
  - D'ici 2030, mettre fin aux maladies transmissibles tels que le sida, le paludisme, la tuberculose, l'hépatite et d'autres épidémies;
  - D'ici 2030, assurer l'accès à tous à la santé procréative et sexuelle et à l'information et l'éducation relatives à la planification familiale;
  - Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation;
  - D'ici 2020, réduire de moitié le nombre de décès dus à des accidents de la route;
  - D'ici 2030, réduire le taux de décès et de maladies dues à la contamination écologique;
  - Renforcer dans les pays le moins développés les moyens matériels, financiers et humains pour une stratégie de développement de la santé sur le long terme;
- Permettre à tous, sans discrimination, l'accès à une couverture santé universelle donnant accès à des soins primaires, tels que les vaccins, sûrs et à un prix abordable;
  - Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles, en mettant fin à toutes les discriminations et les pratiques préjudiciables, en valorisant le travail réalisé par les femmes et les filles et en garantissant la participation et l'accès des femmes à des postes de responsabilité. L'objectif 5 vise en outre à assurer l'accès des femmes et des filles aux soins de santé sexuelle et reproductive et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation.

• **Programme d'action d'Addis Abeba sur le financement du développement, 2015** : Programme d'action forge un nouveau partenariat global pour le financement du développement durable et établit des mesures incitatives pour des investissements dans des domaines clés, tout en prévoyant un mécanisme de reddition de comptes. Ce Programme d'action, qui mobilise les fonds nécessaires pour les 17 objectifs de développement durable pour 2015-2030 et ses 169 cibles, crée notamment une nouvelle instance en vue de combler les lacunes en matière d'infrastructures et un mécanisme de facilitation de la technologie, permettant d'identifier les besoins dans ce domaine. Au titre de la mobilisation des ressources du développement, les États Membres s'engagent à renforcer la mobilisation des ressources publiques intérieures, par le biais notamment d'une amélioration de l'administration

fiscale, tandis que les pays développés réaffirment leurs engagements à atteindre l'objectif de consacrer 0,7% de leur revenu national brut à l'aide publique au développement et de 0,15% à 0,2% pour les pays les moins avancés. L'article 6 du Programme d'Action réaffirme l'engagement des parties prenantes pour la concrétisation de l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des filles et le plein exercice de leurs droits fondamentaux comme essentiels à la réalisation d'une croissance économique et d'un développement durable, ouverts à tous et équitables.

## B. Le cadre de référence national

Concernant le cadre de référence national, la programmation sectorielle doit s'appuyer bien entendu sur les normes de référence du secteur de la santé. Mais elle ne doit pas oublier les normes en matière d'égalité des sexes qui sont transversales et s'appliquent à tous les secteurs. Il s'agit d'une obligation constitutionnelle.

### 1. Cadre de référence du secteur de la santé

#### **Constitution :**

- Préambule : bannir et combattre toute discrimination à l'encontre de quiconque, en raison du sexe, de la couleur, des croyances, de la culture, de l'origine sociale et régionale, de la langue, du handicap ou de quelque circonstance personnelle que ce soit.
- Article 19 : L'homme et la femme jouissent, à égalité des droits et libertés à caractère civil, politique, économique, social, culturel, environnemental,... L'État marocain œuvre à la réalisation de la parité entre les hommes et les femmes.
- Article 20 : protège le droit de tout citoyen à la vie, comme droit fondamental de base.
- Article 21 : assure la sécurité des citoyens, de leurs proches et de leurs biens, et la protection de leurs droits fondamentaux par l'Etat, notamment de leur santé.
- Article 22 : protège l'intégrité physique et morale des citoyens contre toute atteinte, et ce par n'importe quelle personne et dans n'importe quel contexte, public ou privé.
- Article 31 : « L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits ». Cet article reconnaît le développement durable, la protection sociale, la couverture médicale et les soins de santé comme un droit de tous les citoyens.
- Article 34 : la mise en place de politiques destinées aux personnes aux besoins spécifiques telles que les personnes vulnérables, certaines catégories de femmes et de mères, les enfants et les personnes âgées, ainsi que l'intégration des personnes handicapées.
- Article 135 : L'organisation territoriale du Royaume repose sur les principes de la libre administration, de la coopération et de la solidarité. Cet article assure la participation des populations concernées à la gestion de leurs affaires et favorise leur contribution au développement humain intégré et durable.

## Législation :

- Décret royal n°554-65 du 17 rebia I 1387 (26 juin 1967) portant loi rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies et prescrivant des mesures prophylactiques propres à enrayer ces maladies.
- Loi cadre n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins : affirme que la responsabilité de la protection du droit à la santé incombe à l'Etat et la société. Cette loi fixe les objectifs et les principes fondamentaux de l'action des pouvoirs publics en matière de santé ainsi que l'organisation du système de santé. Selon l'article 2, les principes sur lesquels reposent les services de santé sont la solidarité et la responsabilisation de la société, l'égalité d'accès aux soins, la complémentarité intersectorielle, l'équité dans la répartition territoriale et l'adoption d'une approche sensible au genre, et l'Etat est le principal responsable de la mise en œuvre de ces principes.
- Loi cadre n°65-00 portant code de la couverture médicale de base (Octobre 2002) : introduit l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) pour les personnes exerçant une activité lucrative; et le régime d'assistance médicale (RAMED) pour les personnes les plus démunies. Tous deux se basent sur les principes de solidarité et d'équité afin de permettre à toutes les tranches de la société de bénéficier d'une couverture maladie. La loi stipule que "La protection de la santé implique pour l'Etat, l'engagement d'assurer gratuitement les prestations de santé préventive à l'ensemble des citoyens à titre individuel et collectif, l'organisation d'une offre de soins de qualité répartie harmonieusement sur le territoire et de garantir l'accès aux soins à toutes les couches sociales de la population grâce à la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé".
- Loi n°15-91 relative à l'interdiction de fumer et de faire de la publicité et de la propagande en faveur du tabac dans certains lieux.
- Circulaire du 09-11 (2015) relative à la déclaration obligatoire des décès des femmes âgées entre 15-49 ans, inscrite dans le plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.
- Loi n°44.13 (7 juillet 2016) qui régleme l'exercice de la profession de sage-femme et protège ainsi les femmes enceintes ayant recours à une sage-femme. Cette loi prévoit également des sanctions pour celles qui pratiquent ce métier dans l'illégalité; allant d'un mois à deux ans d'emprisonnement, des amendes entre 5.000 et 20.000 dirhams, ainsi qu'une interdiction d'exercer pour une période de 2 ans (maximum).
- Loi n°103-13 ( ) contre les violences faites aux femmes : protège les femmes marocaines contre certaines formes de violences, dont le harcèlement de rue, et prévoit un système de prise en charge des victimes. Il s'agit de la première loi contre la violence dans l'histoire du Maroc. À travers elle, l'Etat reconnaît que les violences faites aux femmes sont un phénomène social, structurel et systémique. La violence sort désormais, par la force de la loi, de l'invisible et du tabou et oblige l'acteur public à y remédier.

- Loi-cadre n° 97-13 du 27 avril 2016 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap en application à la Constitution et la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées et son protocole facultatif ratifiés par le Maroc.

## Stratégies et programmes :

- Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), dans son rapport intitulé « Pour une charte sociale : des normes à respecter et des objectifs à contractualiser » adopté en novembre 2011 : définit plusieurs objectifs dont l'équité d'accès aux soins de santé, l'amélioration de la santé infantile et maternelle, etc. Elle fait également référence à l'amélioration du cadre médico-légal de l'interruption de grossesse. La santé mentale et physique y est traitée.
- Stratégie sectorielle de la Santé 2012-2016 : traite explicitement et implicitement de la nécessité de l'accès aux soins primaires. L'axe 1 de cette stratégie, sur « l'amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services » compte quatre plans d'actions pour les soins de santé de base.
- Stratégie sectorielle 2017-2021 : cette stratégie comporte trois axes complémentaires dont l'accomplissement des chantiers débutés dans les stratégies précédentes, notamment par l'application de l'AMO, RAMED et la mise à niveau des hôpitaux et la production nationale des médicaments dits génériques; le renforcement de l'approche service du secteur; et le renforcement des ressources humaines du secteur, en termes qualitatifs et quantitatifs.
- Dans le cadre du Programme National de Santé Publique pour la Lutte contre la Violence à l'Egard des femmes et des Enfants, le Ministère de la Santé a procédé, depuis décembre 2016, à la mise en œuvre d'un plan d'intervention 2017-2021 pour mettre en œuvre plusieurs actions correctrices des impacts négatifs de discrimination de genre dans le domaine de la violence. Le programme national de Santé Publique pour la Lutte contre la Violence à l'Egard des femmes et des Enfants présente un état des lieux de ce problème de santé publique, propose des définitions claires et des typologies, définit la population cible et propose deux axes d'intervention : 1) la prise en charge, et 2) la prévention.
- Programme gouvernemental pour l'égalité 2012-2016 « Icram » : Le secteur de la Santé a contribué à la réalisation des axes 1, 2, 4, 5, 6, 7 et 8.

## 2. En matière de budgétisation sensible au genre

Depuis plusieurs décennies, le Maroc a amorcé une série de réformes structurelles, législatives, politiques et sociales importantes, faisant ainsi de la promotion des droits humains une priorité et plaçant la question de l'égalité au centre de la politique nationale.

L'adoption de la Constitution de 2011 est venue consolider ces acquis et susciter de nouveaux défis en matière de promotion et de protection des droits des femmes. En effet, la Constitution de 2011 consacre l'égalité formelle entre les hommes et les femmes et prohibe toutes les formes de discrimination, notamment en raison du sexe, et incite les pouvoirs publics à tout mettre en œuvre pour rendre ces droits effectifs.

L'adoption de la Nouvelle Loi organique relative à la loi des finances en 2015 constitue le nouveau référent législatif qui encadre le processus de préparation et d'exécution des lois de finances, en tant que levier de modernisation de la gestion des finances publiques. Deux articles de la nouvelle loi consacrent l'obligation de prendre en compte l'approche genre dans les processus de programmation et de reddition budgétaires.



## CHRONOLOGIE DES INSTRUMENTS DE PROMOTION DE L'ÉGALITÉ AU MAROC

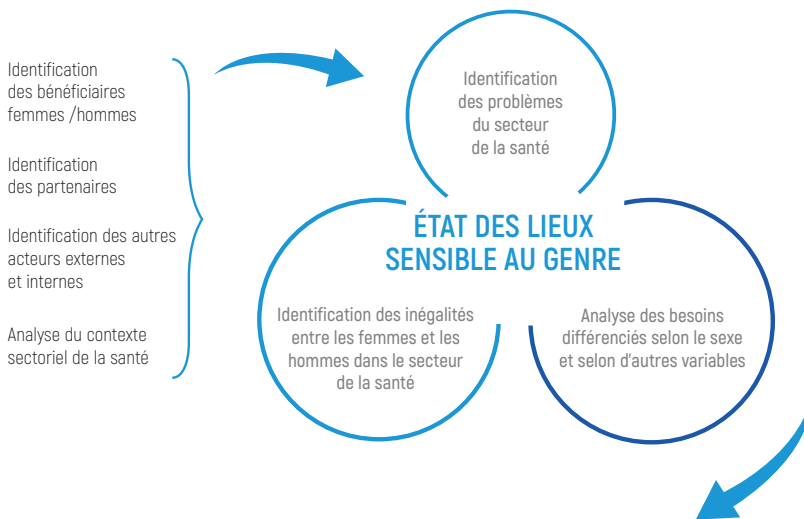
1993	Le Maroc ratifie la CEDEF
2004	Réforme du Code de la Famille
2006	Stratégie Nationale pour l'Équité et l'Égalité entre les Sexes par l'intégration de l'approche genre dans les politiques et les programmes de développement
2007	Réforme du Code de la Nationalité
2011	Levée des réserves de la CEDEF
2011	Réforme de la Constitution : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préambule : l'Etat réaffirme son engagement à bannir et combattre toute discrimination à l'encontre de quiconque, notamment en raison du sexe.</li> <li>- Art.19 : selon cet article, l'État doit garantir l'égalité des droits et des libertés, et la réalisation de la parité entre les femmes et les hommes.</li> <li>- Art. 31 : cet article garantit l'accès aux services de base fournis par l'Etat pour tous les citoyennes et citoyens.</li> </ul>
2012	Plan Gouvernemental pour l'Égalité "ICRAM" (2012-2016)
2015	Loi Organique n°130-13 relative à la loi de finances : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 39 : "L'aspect genre est pris en considération lors de la fixation des objectifs et des indicateurs"</li> <li>- Art. 48 : le rapport sur le budget axé sur les résultats tenant compte de l'aspect genre accompagne le projet de loi de finances de l'année</li> </ul>
2015	Stratégie et plan de mise en œuvre de l'institutionnalisation de l'égalité des sexes dans la fonction publique (2015-2018)
2017	Programme gouvernemental : Axe1 : Renforcement du choix démocratique, des principes de l'État de Droit et l'établissement de la régionalisation avancée. Objectif 1 : Protéger les droits et la dignité du citoyen et consolider les libertés et l'égalité. Le principe de l'égalité est repris de manière transversale dans les autres axes également.
2017	Plan Gouvernemental pour l'Égalité "ICRAM II" (2017-2021)
2017	Plan d'action national dans le domaine de la démocratie et des droits humains

# 3. Intégration de la dimension genre dans le processus de la planification stratégique et la programmation budgétaire

L'intégration de la dimension genre dans le processus de planification stratégique et la programmation budgétaire passe par plusieurs étapes qui se succèdent et s'alimentent, constituant des voies d'entrée pour la BSG, tel que le montre le schéma ci-dessous :

## Les étapes de la planification stratégique sensible au genre

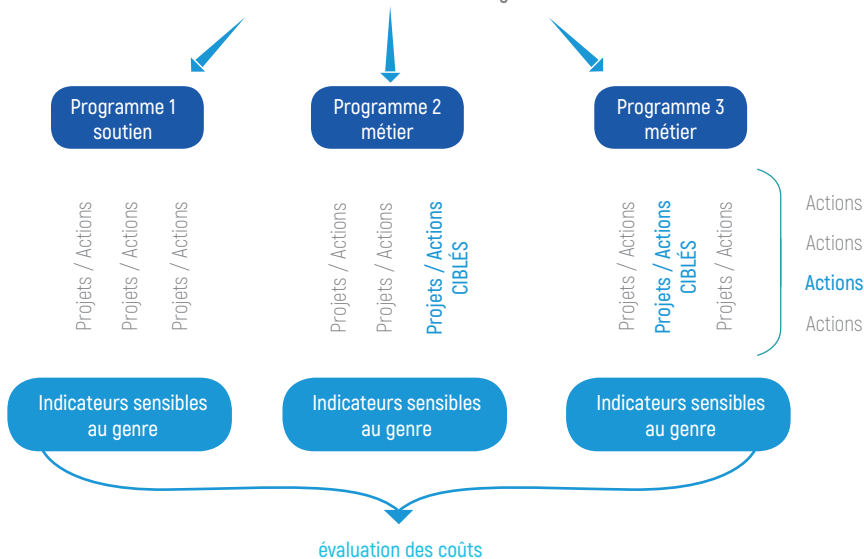
### POINT D'ENTRÉE DE LA BSG : ÉTAT DES LIEUX SENSIBLE AU GENRE, SELON UN PROCESSUS PARTICIPATIF



Stratégie du département chargé de la santé  
ministériel en conformité avec les directives royales et l'agenda gouvernemental

Axes Prioritaires Sensibles Au Genre

Chaîne de résultats sensibles au genre



### ■ 3.1. Le diagnostic sensible au genre

Un diagnostic sensible au genre est le préalable à l'élaboration de la stratégie sectorielle et de son plan d'action. C'est un outil qui permet de faire un état des lieux du secteur de la santé, en rassemblant de manière objective, toute une série d'informations sur :

- Tous les acteurs publics et privés impliqués dans le secteur de la santé, leurs caractéristiques, leurs problèmes et leurs besoins. Il faut connaître leur sensibilité et/ou implication et engagement par rapport à la question de l'égalité hommes/garçons-femmes/filles, ainsi que leur capacité à promouvoir le changement.
- Les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités relatives au secteur de la santé d'un point de vue technique, financier et socioéconomique. Il faut connaître également l'impact des inégalités de genre sur le secteur et inversement (l'impact du secteur sur les inégalités de genre).
- Les populations bénéficiaires des actions, leurs caractéristiques différenciées, leurs besoins pratiques et leurs intérêts stratégiques. Ces données doivent être désagrégées par sexe pour

connaître les différences qui peuvent exister entre les femmes et les hommes quant à l'accès et le contrôle des ressources et des bénéfiques du secteur.

- Des données ventilées par sexe au niveau micro (les bénéficiaires, les ménages, etc.), méso (les institutions impliquées et les entités publiques et privées partenaires), et macro (les données statistiques nationales sur la situation des femmes et des hommes de différentes catégories socio-économiques et culturelles).
- La relation de cause à effet entre les problèmes identifiés pour le secteur de la santé. Les problèmes relatifs aux inégalités hommes-femmes doivent être intégrés dans cette chaîne de causalité.
- Les actions qui ont été menées jusqu'à présent, leur impact et leurs résultats par rapport aux problèmes identifiés au début du processus de programmation, y compris ceux relatifs aux inégalités de genre dans le secteur de la santé (voir tableau sur les problèmes liés au genre dans le secteur en annexe).

## RAPPEL IMPORTANT

La Circulaire du Chef du Gouvernement n°07/2017 relative au lancement des opérations de préfiguration de la budgétisation sensible au genre axée sur la performance dans le cadre de la réforme de la loi organique relative à la loi de finances stipule que dans sa deuxième phase, "les opérations de préfiguration porteront ainsi sur la recherche des points d'entrée pour une planification et programmation budgétaire sensible au genre, et ce à travers l'intégration de l'aspect genre dans la morasse budgétaire et les projets ministériels de performance".

Et elle précise que "à cet effet, les départements ministériels et les institutions publiques concernés sont amenés, au regard des dispositions de la nouvelle LOF, à procéder à des diagnostics genre pertinents accompagnés d'une définition précise des objectifs à atteindre en termes de réduction des inégalités de genre, tout en déclinant les politiques, stratégies et programmes en objectifs, résultats et indicateurs sensibles au genre".

Ainsi, la circulaire du Chef du Gouvernement souligne que la nécessité d'un diagnostic pertinent sensible au genre s'inscrit dans une logique d'efficience et de cohérence d'une gestion axée sur la performance sensible au genre. Il constitue une porte d'entrée incontournable et fondamentale.



## CHECK-LIST : analyse sensible au genre de la situation dans le secteur de la santé

- Les problèmes détectés dans le secteur de la santé affectent-ils les femmes et les hommes (bénéficiaires ou faisant partie de la population cible) de la même manière ?
- Quelle est la situation actuelle des femmes et des hommes (bénéficiaires, population cible ou acteurs) dans ce secteur (potentialité et limitation quant à l'accès, utilisation et contrôle des ressources, des bénéfices et des droits) ?
- Quelle est la présence et la représentation des femmes et des hommes dans les organismes sous tutelle et dans les institutions publiques (consultatives et de prise de décision) ?
- Existe-t-il, dans la stratégie existante du département ministériel, des objectifs qui favorisent l'égalité hommes-femmes dans le secteur de la santé ?
- Existe-t-il déjà des normes, des moyens et des ressources mises en place pour favoriser l'égalité hommes-femmes ? Lesquels ?

## CHECK-LIST : analyse sensible au genre des politiques existantes

- Quelle est la représentation des femmes et des hommes dans le domaine d'action du programme ?
- Quelle a été, ces dernières années, l'évolution de la représentation des femmes et des hommes dans le domaine d'action du programme ?
- Quelles sont les personnes destinataires de l'action ? Qui sont les personnes destinataires indirectes ?
- Est-ce que les femmes et les hommes ont les mêmes responsabilités dans le foyer ? Et en dehors du foyer ?
- Est-ce que la présence des femmes et des hommes est paritaire dans les espaces de prise de décision du domaine d'intervention de l'action ?
- Est-ce que la différence de disponibilité des femmes et des hommes influe sur l'accès aux services, aux ressources, aux espaces, aux infrastructures, etc. du domaine d'application de l'action ? Y a-t-il d'autres facteurs qui influent sur l'accès et le contrôle des ressources et des bénéficiaires du programme ?

## ■ 3.2. Les statistiques sensibles au genre

La production et l'utilisation de statistiques sensibles au genre sont essentielles pour pouvoir analyser les effets des dépenses sur les femmes/les filles et les hommes/garçons, planifier des politiques publiques sensibles au genre et appliquer les outils de la BSG.

Les chiffres doivent permettre de mesurer la réalité sociale sous l'angle du genre, offrant des informations fiables sur les disparités entre les femmes/filles et les hommes/garçons dans différents domaines.

Elles permettent notamment de :

- Quantifier la vulnérabilité et le désavantage des femmes en mesurant leur bien-être en valeur absolue (plutôt que par comparaison avec les hommes), en plus de mesurer les différences et les inégalités entre les sexes.
- Mesurer les avancées dans la condition des femmes, ou son évolution, en valeur absolue (changements de niveau), et en comparaison avec les hommes (changements dans les disparités hommes-femmes) en suivant ces tendances au fil du temps.
- Quantifier et expliquer la participation des femmes à la société et leur contribution au développement.
- Évaluer le résultat et l'impact des actions de développement en termes de compétences des femmes et de réalisation des opportunités - incidence sur leur bien-être et leur participation à la société.

Ces chiffres, désagrégés selon le sexe permettent d'établir des priorités et de faire des choix politiques.

L'importance des statistiques sensibles au genre et leur rôle notamment par rapport au diagnostic sensible au genre doit être bien compris et reconnu par tous les niveaux du département ministériel. Il est donc primordial d'accompagner la mise en place et le renforcement d'un système d'information sur le genre, d'une sensibilisation sur son caractère obligatoire (les prescriptions de la LOF) et son utilité dans une perspective de gestion axée sur la performance.



Ces dernières années, certaines agences internationales ont pris des mesures visant à identifier de manière systématique les lacunes spécifiques au chapitre des données sur le genre. Cette démarche visait à encourager les pays et les instituts nationaux de statistiques à trouver les moyens d'améliorer les politiques ciblant les femmes et d'intégrer l'approche genre dans toutes les politiques publiques.

Un groupe d'expert-e-s sur les statistiques ventilées par sexe (IAEG-GS) de l'ONU a compilé un « ensemble minimal » de 52 d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs de l'égalité des sexes. Ils sont divisés en 5 catégories :

1. Structures économiques, participation dans les activités productives et accès aux ressources.
2. Éducation.
3. Santé et services y afférents.
4. Vie publique et prise de décision.
5. Droits humains des femmes et des filles.

Voici quelques exemples d'indicateurs de résultats en matière d'égalité de genre dans le secteur de la santé<sup>29 30</sup> :

- Espérance de vie, et espérance de vie en bonne santé désagrégés par sexe.
- Santé subjective selon le sexe/âge/localité.
- Taux d'affections chroniques selon le sexe/âge/localité.
- Pourcentage de la population bénéficiaire de l'AMO désagrégés par sexe.
- Pourcentage de la population bénéficiaire du RAMED désagrégés par sexe.
- Ratio femmes mariées en âge de procréation par sage-femme et par localité (urbaine/rurale).
- Taux de femmes enceintes travailleuses bénéficiant de la visite médicale systématique par localité/revenu/type de travail.
- Taux de participation au dépistage du cancer de sein par localité (urbaine et rurale).
- Taux d'utilisation de moyens contraceptifs par âge/couple/années/localité.

<sup>29</sup>Asian Development Bank [2013], Toolkit on Gender Equality, Results and Indicators, p41 ainsi que Femmes et hommes en Belgique. Statistiques et indicateurs de genre. Edition 2011

<sup>30</sup>Atlas de la Santé Mentale, 2014, [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204409/9/789241565011\\_fre.pdf?jsessionid=C583E9809BCA9FE54B132A2A95415EF3?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204409/9/789241565011_fre.pdf?jsessionid=C583E9809BCA9FE54B132A2A95415EF3?sequence=1)

- Nombre de formations et d'ateliers éducatifs pour informer les couples sur le planning familial et la contraception, par localité.
- Pourcentage de femmes et d'hommes recevant des informations sur le planning familial par localité.
- Proportion de femmes/hommes ayant accès à la méthode de planification familiale de leur choix (par âge/localité/situation de handicap, revenus).
- Pourcentage de personnes atteintes de VIH recevant un traitement antirétroviral, désagrégé par sexe/âge/localité/situation de handicap/revenus.
- Pourcentage de femmes et d'hommes informés sur la prévention et transmission du VIH, par âge/localité/situation de handicap.
- Nombre de formations et d'actions de sensibilisation sur le VIH par localité.
- Taux d'intégration de la dimension genre dans les protocoles de prévention et de contrôle des maladies transmissibles.
- Nombre de patients pris en charge dans les centres d'oncologie désagrégé par sexe/âge/localité/situation de handicap.
- Taux de personnes désagrégé par sexe/âge/localité/situation de handicap ayant bénéficié d'un dépistage.
- Nombre de femmes et d'hommes (par groupes cibles) ayant été sensibilisés et formés sur les risques liés aux déterminants environnementaux.
- Nombre d'établissements de santé dotés de protocoles et pratiques de prestations de services qui tiennent compte de la perspective du genre et le respect du droit des femmes (confidentialité, intimité, etc.).
- Taux de femmes et hommes formés dans le domaine de la santé, par degré et type de formation.
- Nombre d'accouchements et de grossesses par âge/groupe socio-économique/situation de handicap, en zone rurale et urbaine.
- Nombre de femmes bénéficiant des services obstétricaux, prénataux et postnataux, selon âge/localité/revenus/situation de handicap, et de nouveaux nés bénéficiant de soins néonataux et pédiatriques.

- Coût moyen des soins de santé selon l'âge, le sexe, la localité, et la situation de handicap.
- Taux de femmes en situation de handicap bénéficiant des services de santé et/ ou de techniques d'assistance selon leurs besoins.
- Nombre d'installations sanitaires qui mettent en œuvre des protocoles pour lutter contre la violence basée sur le genre.
- Proportion de femmes et d'hommes qui déclarent avoir été victimes d'actes de violence (psychologique, économique, physique et/ou sexuelle) entre partenaires, selon la gravité de la violence, l'âge et la localité, et la situation de handicap.
- Taux de personnes ayant eu une expérience de violence en dehors du couple et de violence entre partenaires au cours de la vie d'adulte, selon sexe/âge/localité/revenus.
- Nombre de médecins, professionnel-le-s de la santé ou d'assistant-e-s sociaux formés (formation initiale et continue) à l'approche sensible au genre dans le traitement des cas de violences domestiques.
- Nombre de cellules de prise en charge des femmes victimes de violence.
- Taux de violences liées au genre par localité/âge/ groupe socio-économique/sexe de la victime (viol, traite et exploitation, abus sexuel, atteinte à la pudeur, harcèlement, non-paiement de la pension alimentaire, mariage forcé, etc.).
- Nombre de formations et d'actions de sensibilisation sur les droits des femmes, les violences faites aux femmes, la responsabilité conjointe de la santé, l'importance de la santé sexuelle, de la protection et du dépistage, destinés aux hommes.
- Nombre d'hommes bénéficiaires de ces formations par âge/localité/niveau socio-économique.

- Distance moyenne des ménages par rapport aux centres de santé dans les zones rurales et reculées.
- Taux de satisfaction des bénéficiaires des services de santé selon le genre et la localité.
- Taux d'hospitalisation désagrégé par sexe/âge/région/localité/causes.
- Ratio de médecins gynécologues, sages-femmes, psychiatres, etc. au service des femmes issues de milieux défavorisés et/ou ruraux et isolés.
- Nombre de femmes ayant accès à un centre de santé primaire et/ou maternel à proximité de son domicile (accessible à pied).
- Nombre de femmes dans les instances décisionnelles du secteur (départements ministériels, responsables politiques, chercheurs, direction, management, chefs de services, etc.) au niveau local, régional et national.
- Existence d'une politique publique de santé mentale sensible au genre.
- Nombre et proportion de personnes ayant un trouble mental sévère ayant reçu des soins en santé mentale durant l'année écoulée, désagrégé par sexe/âge/localité/ etc.
- Nombre de décès par suicide par an, désagrégé par sexe/âge/localité/ etc.
- Nombre de personnes ayant un trouble mental sévère ayant reçu une prestation d'invalidité ou une aide financière désagrégé par sexe/âge/localité/ etc.
- Nombre d'établissements de soins de santé mentale ayant des niveaux de prestations de services adaptés aux besoins différenciés des femmes/filles et des hommes/garçons.

### ■ 3.3. La stratégie sectorielle sensible au genre

Intégrer la dimension genre dans la stratégie du secteur de la santé signifie que l'égalité des sexes doit faire partie du changement qui est souhaité pour ce secteur. Cela implique que la stratégie du secteur doit tendre à promouvoir la reconnaissance et la protection des droits, des opportunités, des bénéfices et des ressources qui vont découler de l'action publique dans le secteur.

#### QUESTIONS CLÉS EN AMONT LORS DE L'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE

- Comment le secteur de la santé peut-il contribuer à l'égalité entre les femmes et les hommes ?
- Quels sont nos besoins (humains, financiers, matériels, etc.) pour développer cet effort ?
- Quels vont être les bénéfices de cet effort pour notre secteur et pour l'ensemble de la société ?
- Quelles sont les inégalités entre les femmes et les hommes dans notre secteur ? Existe-t-il des besoins différenciés entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons dans notre secteur ? (Voir résultats du diagnostic sensible au genre)
- Comment nos programmes et projets peuvent contribuer à l'égalité quant aux droits, à l'intégration et à l'autonomisation des femmes, à la lutte contre les stéréotypes sexistes et contre les violences, tant dans notre secteur, comme dans les autres ?
- Qui sont les acteurs clés dans le secteur de la santé qu'il faut sensibiliser à la question du genre ? Qui sont les acteurs clés déjà sensibilisés avec qui il faut établir des liens de collaboration ?
- Dans quelle mesure, l'effort pour l'égalité peut-il contribuer à la réussite de nos projets ?
- Comment éviter de renforcer les discriminations et les inégalités entre les femmes et les hommes à travers nos programmes et projets ?

Les axes stratégiques doivent être orientés pour garantir :

1) Un accès équitable aux services fournis aux usagers en tenant compte des spécificités du genre, en veillant à l'égalité et à la non-discrimination dans l'accessibilité et la disponibilité des services publics de santé

2) Une participation équitable des femmes et des hommes à tous les niveaux

La stratégie du département de la santé est inspirée des principes du développement durable et elle intègre les engagements internationaux du Maroc en matière de droit à la Santé. La stratégie est orientée vers les résultats, ce qui permet de faire le lien entre ce que le département projette de faire, et les bénéfices qui en découleront pour les femmes/filles et les hommes/garçons. Elle permet de percevoir de manière explicite les droits fondamentaux auxquels le département (en tant que détenteur d'obligation, selon l'approche droits humains) prétend répondre par sa stratégie : le droit à la santé universelle de qualité et accessible et la mise à contribution de toutes les ressources humaines à cet effet.

Cependant, telle que rédigée actuellement, la stratégie du département ne donne à priori aucune garantie que les bénéfices de l'action ministérielle soient profitables dans le futur tant aux femmes qu'aux hommes des différentes catégories de la population et notamment les populations en situation de vulnérabilité. Une telle démarche d'égalité requiert une volonté politique explicite et formalisée. L'égalité formelle et réelle doit devenir une partie intégrante de la vision stratégique du département de la santé. La stratégie devrait répondre à la question suivante : comment notre département peut-il garantir à moyen et à long termes la protection des droits fondamentaux des femmes et des hommes, reconnus dans les instruments internationaux ratifiés par le Maroc, ainsi que consacrés dans la Constitution.

Voici quelques propositions et recommandations (indiquées en gras dans le tableau ci-dessous) pour faciliter ce changement de paradigme :

## AXE STRATÉGIQUE

**La consolidation des acquis des différentes stratégies réformes prises par les anciens gouvernements, notamment couverture sanitaire universelle, l'amélioration de l'accès aux soins et la réforme de la santé publique en veillant à garantir les droits de toutes les personnes, femmes et hommes de toute catégorie, et particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité.**

- PCet axe vise :
- L'extension de la couverture médicale de base pour couvrir les indépendants et les professions libérales et leurs ayant droit (atteindre une couverture dépassant 90% de la population);
- L'amélioration de l'accès des femmes et des hommes, et particulièrement des personnes en situation de vulnérabilité aux soins rendus par les hôpitaux et les établissements de soins de santé primaires, et ce à travers le financement et une bonne gouvernance du RAMED;
- Améliorer la qualité **et la disponibilité** des services publics de santé en facilitant l'accès aux médicaments, l'équipement des centres de santé par les équipements nécessaires, consolidation des services de contrôle sanitaire sur les frontières et appuyer les laboratoires de référence en santé publique.

### **Consolidation du programme « Khadamati »**

- Cet axe se focalisera sur la consolidation et le développement de l'approche « khadamati » lancée en 2016 par le Ministère de la Santé, et ce en vue d'améliorer les conditions et la qualité d'accueil au niveau des hôpitaux publics qui visent à augmenter le pourcentage de ces usagers à plus de 40 % de la population et l'amélioration de la qualité des services rendus et l'amélioration du système de gestion des rendez-vous, en tenant compte des besoins et des intérêts spécifiques des différentes catégories de la population désagrégée par sexe, avec une attention spéciale portée aux personnes en situation de vulnérabilité.
- De même, le Ministère de la Santé envisage l'adoption d'une approche régionale dans le traitement équitable des doléances des usagers du service public, ainsi que la programmation de plusieurs mesures visant à honorer l'engagement du Royaume pour atteindre certains objectifs des ODD, notamment l'ODD 5 relatif à l'égalité des sexes.

### Mobilisation des Ressources Humaines selon une approche sensible au genre

- Le Ministère de la Santé, place les ressources humaines au centre de sa nouvelle stratégie sectorielle 2017-2021. En effet un intérêt particulier sera accordé à la question des ressources humaines, qui jouent un rôle fondamental dans la continuité et l'efficacité des services de santé, en dépit des conditions difficiles dans lesquelles elles travaillent.
- Sur ce point, le ministère prévoit la mise en œuvre d'une panoplie de mesures pour l'amélioration de la situation du personnel de la santé, dont les principales sont :
- Reprendre le dialogue social avec l'ensemble des partenaires sociaux pour trouver des solutions innovantes susceptibles d'améliorer de motiver et améliorer les conditions de travail des professionnels de santé
- Augmenter le nombre des postes budgétaires accordés au secteur de la santé.
- Mettre en place des conditions préférentielles pour encourager la contractualisation avec les médecins du secteur privé, et ce pour combler le déficit enregistré dans certaines régions et renforcer les compétences des professionnels de santé.
- Promouvoir l'égalité des sexes au sein des professionnels de santé, du secteur public et privé afin de garantir l'accès équitable aux ressources et aux services. Délivrer et promouvoir leur contribution équitable au développement et renforcement du secteur.

A signaler que le projet de la stratégie sectorielle du ministère de la Santé pour la période 2017-2021, s'inscrit également dans le cadre de l'engagement du Royaume pour l'atteinte des ODD à l'horizon 2030 notamment l'objectif 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».



### ■ 34. La programmation budgétaire sensible au genre dans le secteur de la santé

L'introduction de l'approche genre dans le secteur de la santé a permis de mettre en évidence la relation qui existe entre les questions élaborées en amont dans la planification sectorielle et le choix des programmes :

- Par rapport à la définition des zones prioritaires dans lesquelles les politiques publiques vont investir en matière de santé : il faut veiller à ce que les efforts réalisés pour planifier les centres de santé prennent en compte les femmes en situation de pauvreté. Les politiques publiques doivent en effet améliorer les conditions de vie des femmes en situation de pauvreté et créer des opportunités d'accès aux ressources liées à la santé. Une planification sensible au genre doit veiller à ne pas empirer les conditions de vie des femmes, notamment celles qui vivent dans des

zones péri-urbaines et rurales et celles qui sont dans des situations de vulnérabilité (pauvreté, migrantes, mères célibataires, femmes en situation de handicap, femmes âgées, etc.).

- Dans la participation aux prises de décision au niveau communautaire : les normes réglementaires relatives à la gestion du secteur de la santé doivent être établies de manière participative et inclusive tenant compte de la dimension genre. En raison de leurs rôles sociaux et des stéréotypes d'ordre culturel, constituant des barrières à leur participation dans ces processus, une attention particulière pour remédier à ces obstacles est nécessaire si l'on souhaite intégrer les femmes dans ces processus.

- Quant à la question des ressources humaines : les stratégies de ressources humaines, y compris l'embauche, la promotion et l'accès à la formation, et la répartition de la masse salariale doivent être appréhendées sous l'angle du genre. Des mesures visant à assurer l'accès des femmes à des domaines et des postes traditionnellement occupés par les hommes peuvent également être appropriées.
- Voici quelques recommandations pour la prise en compte de l'approche genre dans la programmation budgétaire<sup>31</sup> :
- L'Etat doit mettre en place des politiques qui informent et encouragent les femmes à adopter et choisir librement des moyens de contraception efficaces et sûres, y compris la contraception d'urgence. Ces méthodes doivent également être abordables et prises en charge par la couverture sociale.
- La prise en charge et l'appui multisectoriel des femmes violentées, que ce soit dans le cadre public ou privé, doit figurer parmi les mesures de l'Etat pour contrer les abus faits aux femmes, et veiller à réduire la stigmatisation des femmes, par le personnel médical, la police et la société.
- Mettre en place une politique de prévention sexuelle et de dépistage, particulièrement pour les personnes à risque.
- Les femmes âgées sont plus vulnérables et de ce fait doivent bénéficier d'une prise en charge particulière en matière de santé.
- L'Etat doit veiller à éradiquer tous les freins matériels et symboliques qui entravent la jouissance des femmes et des adolescentes du droit à l'intégrité physique.

<sup>31</sup>Commissaire aux droits de l'homme (2016), « Protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes », Conseil de l'Europe, disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/commissioner/-/protect-women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights>

- La mise à niveau, rénovation ou construction de nouveaux centres de santé doit prendre en compte la perspective sensible au genre, notamment pour les femmes ayant des enfants en bas âge, qu'elles fassent partie des patientes ou du personnel médical.
- La formation du personnel médical – à tous les niveaux – doit intégrer la question du genre pour une approche sexospécifique des besoins et attentes des patients, hommes et femmes.
- Assurer aux femmes, à travers des politiques et des stratégies efficaces, particulièrement celles issues de milieux reculés et/ou défavorisés, un accès aux soins obstétricaux, prénataux et postnataux, ainsi que des soins néonataux et pédiatriques pour les nouveaux nés et enfants pour réduire la mortalité maternelle et infantile.
- L'Etat doit prendre des mesures préventives, incitatives et correctives pour protéger les femmes et les filles contre le poids des traditions et des normes qui portent atteinte à leurs droits à la santé.
- Une coordination avec la planification routière réfléchie qui permet une meilleure mobilité des femmes pour accéder aux services de santé, principalement dans les zones isolées.
- S'assurer que tous les ménages, particulièrement en zone isolée, ont accès aux services de soins primaires, dans leur localité, sans qu'ils aient à se déplacer vers d'autres villes, y compris pour les soins maternels.

- L'Etat doit pourvoir aux besoins de santé de base des populations dites vulnérables, personnes marginalisées, en situation de handicap, mères cheffes de familles, mères célibataires, victimes d'abus, etc.
- Institutionnaliser l'approche sensible au genre dans les établissements de santé, à intégrer le genre dans leur traitement, gestion et services.
- Mettre au point un système de quotas dans les instances décisionnelles, ainsi que les postes hauts placés dans les départements ministériels et régionaux du secteur de la santé.
- Mettre en place des programmes régionaux d'amélioration de la santé qui prennent en compte l'approche sensible au genre.
- Mettre en place des programmes régionaux qui traitent les aspects spécifiques des addictions des femmes.
- Permettre aux individus, notamment aux femmes, de subir des tests et de recevoir l'information nécessaire et complète et un traitement contre les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA, en respectant la confidentialité des individus.
- Créer des programmes et comités pour assurer le suivi des réformes, l'application des lois et les dépenses des enveloppes budgétaires pour l'amélioration du secteur en regard de l'intégration de l'approche sensible au genre.

## Les questions clés pour analyser un budget sous la perspective du genre sont :

- Est-ce que la distribution des ressources entre les différents secteurs (distribution intersectorielle) reflète les priorités des femmes et des hommes équitablement ?
- Est-ce que la distribution des ressources par sous-secteurs (distribution intra-sectorielle) reflète les priorités des femmes et des hommes équitablement ?
- Est-ce que les femmes fonctionnaires et cadres de l'administration publique bénéficient des dépenses publiques de la même manière que les hommes fonctionnaires et cadres ?
- Est-ce que les femmes/filles ont accès aux services publics et aux infrastructures de bases de la même manière que les hommes/garçons et est-ce que leurs besoins sont pris en considération de manière égale ?
- Est-ce que les femmes bénéficient de la même manière que les hommes des soutiens financiers accordés aux ménages ?
- Est-ce que la dimension du temps de travail non-rémunéré a été prise en compte dans la planification et la programmation budgétaire ?
- Est-ce que les femmes sont représentées équitablement dans les postes de prise de décision ?
- Est-ce que les femmes et les hommes bénéficient des mêmes indemnités en cas d'expropriation ou d'expulsion ?

### ■ 3.5. Les prescriptions de la nouvelle LOF concernant la prise en compte du genre dans les rapports de performance

Il faut intégrer la dimension genre dans les deux types de programme :

- Les programmes de soutien et de services polyvalents, liés à la question des ressources humaines internes et à la gestion administrative qui peut affecter les hommes et les femmes d'une manière différente.
- Les programmes métiers, liés à la mission des départements ministériels de fournir des infrastructures et des services publics de bonne qualité, mis à la disposition des femmes et des hommes de toutes les régions et toutes les couches sociales, dans le respect de l'article 31 de la Constitution garantissant le droit à l'accès aux services de base fournis par l'Etat pour tous les citoyennes et citoyens.

En principe, il y a plusieurs opportunités pour intégrer l'aspect genre dans la programmation budgétaire :

- Par la définition d'objectifs sensibles au genre
- Par la définition d'objectifs pertinents pour les besoins pratiques des femmes/filles dans le secteur
- Par la définition de projets ciblés sur les femmes
- Par la définition de projets ciblés sur l'ancrage de l'approche genre dans le secteur
- Par la définition d'activités/mesures pour réduire les disparités entre les femmes et les hommes faisant partie d'un projet
- Par la définition d'indicateurs de performance avec des valeurs ciblées différentes pour les femmes/filles et les hommes/garçons
- Par la définition d'indicateurs de performance sensibles au genre qui mesurent la réduction des écarts entre les femmes/filles et les hommes/garçons, en tant que résultat d'un projet/programme.

## CONCRÈTEMENT<sup>32</sup>

Programme : Planification, programmation, coordination et soutien des missions du système de santé	
OBJECTIFS SENSIBLES AU GENRE	INDICATEURS SENSIBLES AU GENRE
1.1. Contrôler les dépenses relatives au train de vie de l'administration et consécration de la transparence et de l'équité dans la gestion financière	1.1.1. La part consacrée aux dépenses de l'administration centrale dans le budget de fonctionnement [chapitre MDD] pour des questions relatives à la conciliation de la vie familiale et professionnelle (crèches à destination des cadres de l'administration publique)
1.2. Contribuer à l'extension de la couverture médicale à toutes les catégories de la population de manière équitable	1.2.1. Pourcentage de la population bénéficiaire de l'AMO désagrégé par sexe/âge/localité/situation de handicap
	1.2.2. Pourcentage de la population bénéficiaire du RAMED désagrégé par sexe/âge/localité/situation de handicap
	1.2.3. Pourcentage de la population bénéficiaire du RAMED par rapport à la population cible désagrégé par sexe/âge/localité/situation de handicap
	1.2.4. Nombre et pourcentage des femmes bénéficiaires du RAMED par rapport à la population cible Nombre et pourcentage des hommes (si l'indicateur 1.2.3. est désagrégé, l'indicateur 1.2.4 n'est plus nécessaire)  + indicateur d'impact : impact en termes de budget-temps, de l'amélioration de la couverture de santé pour les femmes et les hommes et les personnes qui dépendent d'eux (enfants et personnes âgées)

<sup>32</sup>Ces exemples d'objectifs et d'indicateurs sensibles au genre se basent sur le projet de performance 2017 du Département de la santé. Ce PdP a été retravaillé par le CE-BSG, lors de séances de sensibilisation avec les différentes directions du Ministère de la Santé afin d'y introduire la sensibilité genre.

<p>1.3. Mettre à niveau l'offre de soins sur la base des critères de planification de la carte sanitaire, en tenant compte des besoins spécifiques des femmes et des hommes de différentes catégories</p>	<p>1.3.1. Ratio femmes mariées en âge de procréation par sage-femme</p>
	<p>1.3.2. Ratio femmes mariées en âge de procréation par lit de naissance</p>
	<p>1.3.3. Ratio femmes mariées en âge de procréation par lit de naissance en milieu rural</p>
<p>1.4. Développer le système d'information sanitaire sensible au genre</p>	<p>1.4.1. Nombre de régions sanitaires qui ont implanté le nouveau système d'information SMI-PF/SC</p>
	<p>1.4.2. Taux de réalisation de l'ENSPF 2016-2017</p>
	<p>1.4.3. Mesures ou actions destinées à la prise en compte de la dimension genre dans le système d'information sanitaire (renforcement des compétences, guides, autres outils, expertises genre, etc.)</p>
	<p>1.4.4. Les obstacles non médicaux pour l'accès des femmes aux services de santé sont identifiés</p>
	<p>Et par rapport aux appels d'offre pour les études :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les documents et les contrats d'appel d'offres comprennent les exigences obligatoires pour la formation genre du personnel clé (gestionnaires, superviseurs, personnel de terrain et animateurs)</li> <li>• Les critères de sélection pour bureaux d'étude comprennent une expérience démontrée en matière de consultation participative auprès des femmes, l'analyse comparative entre les sexes et la mise en œuvre de stratégies de genre</li> <li>• Nombre d'équipe multidisciplinaire incluant au moins un ou une expert-e genre</li> </ul>



1.5. Appui à la contractualisation et à la concrétisation du programme de la réforme budgétaire du MS	1.5.1. La fréquence de publication de rapports périodiques et de notes relatives à l'exécution du budget, à la budgétisation sensible au genre et la gestion des programmes d'investissement
1.6. Le renforcement des mécanismes de partenariat et de coopération	1.6.1. Le nombre d'associations bénéficiant du soutien du Ministère pour l'exécution de projets ayant un impact sur le secteur de la santé, dont le nombre d'associations dédiées aux droits des femmes et/ou des personnes en situation de vulnérabilité
<b>Programme : Santé reproductive, santé de la mère, de l'enfant, du jeune et des populations à besoins spécifiques</b>	
<b>OBJECTIFS SENSIBLES AU GENRE</b>	<b>INDICATEURS SENSIBLES AU GENRE</b>
2.1. Assurer la promotion et la prévention sanitaire en faveur des enfants et des jeunes filles/ garçons de toutes catégories confondues en tenant compte de leurs caractéristiques et besoins spécifiques	2.1.1. Taux moyen annuel de contact pour consultation curative médicale au niveau des ESSB par enfant de moins de 5 ans désagrégé par sexe/localité/situation de handicap
	2.1.2. Taux de couverture par la troisième dose du vaccin Pentavalent (DTC-Hib-HB) à 4 mois désagrégés par sexe/localité/situation de handicap
	2.1.3. Taux de couverture par la 2ème dose de la vitamine D des enfants de moins d'un an désagrégé par sexe/localité/situation de handicap
	2.1.4. Taux de couverture des élèves et des étudiants par la visite médicale systématique désagrégé par sexe/localité/situation de handicap
	2.1.5. Identification des obstacles de type non médical pour la prévention sanitaire en faveur des enfants et des jeunes (accessibilité des centres de santé-en termes de distance, de ressources financières et matérielles -voiture par exemple- et de sécurité pour les personnes en charge des enfants, facteurs socio-culturels liés aux parents/pères/mères/autres membres de la famille influents, les personnes en situation de handicap)

## 2.2. Améliorer la santé reproductive et maternelle

2.2.1. Proportion d'accouchements réalisés dans les structures publiques de santé

Autres indicateurs proposés :

Proportion de femmes ayant accès à des soins de santé maternelle et reproductive à moins d'une heure de distance (marche ou motorisé)

Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de soin prénatal et postnatal par des professionnels accrédités

2.2.2. Taux de participation au dépistage du cancer de sein

Sous-indicateurs :

Les barrières non médicales à la participation au dépistage sont identifiées

Taux de femmes en situation de handicap ayant suivi un dépistage du cancer du sein

2.2.3. Nombre de sorties des équipes mobiles réalisées

Nombres d'équipes mobiles avec personnel mixte

2.2.4. Taux d'utilisation par couple- années-protection des méthodes contraceptives

- Identification des facteurs non médicaux selon le genre
- Pourcentage de femmes et d'hommes recevant de l'information sur le planning familial
- Proportion de femmes/hommes ayant accès à la méthode de planification familiale de leur choix (par tranche d'âge, milieu, groupe socio-économique)
- Changements d'attitude chez les femmes/hommes face au type de méthode de contraception et identification de leur raison pour cela

	<p>2.2.5. Effectif par milieu, des femmes victimes de violences physiques et sexuelles prises en charge au niveau des unités intégrées de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence implantées dans les hôpitaux (données sur les femmes en situation de handicap)</p> <p>2.2.6. Identification des obstacles de type non médical à l'accès des femmes et des hommes à la santé reproductive (accessibilité des centres de santé- en termes de distance et de sécurité pour les personnes en charge des enfants, facteurs socio-culturels, nombre de personnel médical femmes/hommes, situation de handicap, etc.)</p> <p>2.2.7. Taux de satisfaction des femmes et des hommes par rapport aux dispositifs de santé reproductives et maternelle</p>
<p>2.3. Assurer des prestations de qualité en faveur des personnes en situation d'handicap et des personnes âgées, en prenant en compte la dimension genre</p>	<p>2.3.1. Nombre de personnes atteintes de déficience, d'incapacité ou de handicap physique appareillées, désagrégé par sexe</p> <p>2.3.2. Nombre de nouveaux cas de personnes bénéficiaires des séances de rééducation désagrégé par sexe</p> <p>2.3.3. Les besoins spécifiques en termes de santé, des femmes/filles et hommes/garçons en situation de handicap sont identifiés (accès aux soins en termes de distance par exemple, de transport, etc.)</p>

2.3.4. Taux de satisfaction des personnes en situation de handicap prises en charge médicalement, selon le genre (sur base d'enquête qui doit inclure des critères d'évaluation sensibles au genre → est-ce que le service répond aux besoins spécifiques des femmes/filles et hommes/garçons handicapés)

**Programme : Surveillance épidémiologique, veille et sécurité sanitaires, prévention et contrôle des maladies**

OBJECTIFS SENSIBLES AU GENRE	INDICATEURS SENSIBLES AU GENRE
<p>3.1. Renforcer les capacités de détection et de riposte de tous les acteurs de la santé publique (femmes/hommes) contre les urgences de santé publique</p>	<p>3.1.1. Délai moyen de détection/notification de l'urgence de santé publique → inclure comme valeur de calcul le nombre de personnel femmes/hommes affecté à la réalisation de cet objectif</p> <p>3.1.2. Délai moyen entre la détection et la riposte → inclure comme valeur de calcul le nombre de personnel femmes/hommes affecté à la réalisation de cet objectif</p>
<p>3.2. Améliorer l'accès équitable de la population, femmes/filles et hommes/garçons de toutes catégories, aux services de prévention et de contrôle des maladies transmissibles</p>	<p>3.2.1. Pourcentage de personnes (adultes et enfants) vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral désagrégé par sexe</p> <p>3.2.2. Taux de succès thérapeutique de la tuberculose pulmonaire toute forme, désagrégé par sexe</p> <p>3.2.3. Proportion des ripostes autour de cas de méningite effectuées dans les premières 48 heures</p>

	3.2.4. Taux d'intégration de la dimension genre dans les protocoles de prévention et de contrôle des maladies transmissibles
	3.2.5. Taux de population désagrégé par sexe/âge/milieu et par groupe cible (personne à risque), ayant bénéficié de formation, sensibilisation, prévention, dépistage
	3.2.6. Pourcentage de femmes et d'hommes ayant reçu une information correcte sur la prévention et transmission du VIH (enfants et adultes)
3.3. Renforcer le traitement des maladies non transmissibles chez les femmes/filles et hommes/garçons à risque au niveau des établissements de soins de santé	3.3.1. Nombre de nouveaux cas d'hypertendus diagnostiqués désagrégé par sexe
	3.3.2. Nombre de nouveaux cas de diabétiques diagnostiqués désagrégé par sexe
3.4. Renforcer la couverture de la prise en charge en oncologie et en psychiatrie au profit des femmes/filles et hommes/garçons	3.4.1. Nombre de patients pris en charge au niveau des centres d'oncologie désagrégé par sexe
	3.4.2. Nombre de patients atteints de troubles mentaux pris en charge au niveau des ESSP désagrégé par sexe
	3.4.3. Nombre de malades pris en charge et suivis dans les centres d'addiction désagrégé par sexe

<p>3.5. Renforcer le dispositif de veille et d'évaluation des risques liés aux déterminants environnementaux en y associant tous les acteurs impliqués (femmes et hommes)</p>	<p>3.5.1. Taux de couverture par des contrôles des établissements alimentaires recensés (%)  → inclure comme valeur de calcul le nombre de personnel femmes/hommes affecté à la réalisation de cet objectif</p>
<p>3.5. Renforcer le dispositif de veille et d'évaluation des risques liés aux déterminants environnementaux en y associant tous les acteurs impliqués (femmes et hommes)</p>	<p>3.5.3. Taux de prélèvements pour le contrôle sanitaire des eaux destinées à l'alimentation humaine (%)  → inclure comme valeur de calcul le nombre de personnel femmes/hommes affecté à la réalisation de cet objectif</p> <p>3.5.4. Proportion de laboratoires régionaux et provinciaux de l'environnement répondant aux spécifiques en vigueur/ nombre total des Idehm (%)</p> <p>3.5.5. Taux de femmes et d'hommes (par groupes cibles) ayant été sensibilisés et formés sur les risques liés aux déterminants environnementaux</p> <p>3.5.1. Taux de couverture par des contrôles des établissements alimentaires recensés (%)  → inclure comme valeur de calcul le nombre de personnel femmes/hommes affecté à la réalisation de cet objectif</p>

Programme : Actions et prestations de soins primaires, préhospitalier et hospitalier

OBJECTIFS SENSIBLES AU GENRE	INDICATEURS SENSIBLES AU GENRE
<p>4.1. Améliorer la prise en charge de la population (femmes et hommes de différentes catégories) au niveau des établissements de soins de santé primaire</p>	<p>4.1.1. Taux d'utilisation de la consultation curative désagrégé par sexe</p> <p>Autres propositions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Taux d'établissement de soins de santé primaire ayant au moins une personne formée en matière de violence envers les femmes</li> <li>· Nombre d'établissements de santé dotés de protocoles et pratiques de prestation de services qui tiennent compte de la dimension genre et la promotion des droits des femmes (p. ex., confidentialité, intimité, etc.)</li> <li>· Nombre d'installations qui mettent en œuvre des protocoles pour lutter contre la violence basée sur le genre</li> </ul>
<p>4.2. Améliorer la prise en charge des urgences médicales au profit des femmes et des hommes de toutes catégories</p>	<p>4.2.1. Pourcentage des transferts régulés                      → inclure comme valeur de calcul le nombre de personnel femmes/hommes affecté à la réalisation de cet objectif</p> <p>4.2.2. Nombre d'urgence médicale de proximité par ° d'habitant/par sexe/ par région/                      Taux de satisfaction des bénéficiaires (désagrégé par sexe)</p> <p>4.2.3. Nombre de services des urgences hospitaliers mis à niveau par n° d'habitant/par région/                      Taux de satisfaction des bénéficiaires (désagrégé par sexe)</p>

	4.2.4. Nombre d'Héli SMUR opérationnels par n° d'habitant/région
	4.2.5. Nombres d'ambulances acquises -> inclure comme valeur de calcul le nombre de personnel femmes/hommes affecté à la réalisation de cet objectif
4.3. Améliorer l'accès équitable aux soins et la prise en charge hospitalière au profit des femmes et des hommes de toutes catégories	4.3.1. Taux d'hospitalisation désagrégé par sexe/âge/région/milieu/cause d'hospitalisation
	4.3.2. Taux d'exécution du budget des SECMA
	4.3.4. Taux de césarienne
4.4. Améliorer la qualité de l'accompagnement médicosociale de manière équitable en prenant en compte la dimension genre et droits humains	4.4.1. Taux de réponse aux doléances -> inclure comme valeur de calcul le nombre de personnel femmes/hommes affecté à la réalisation de cet objectif
4.5. Améliorer le management de la qualité axé sur les droits humains, et de la sécurité au niveau des structures de soins	4.5.1. Taux de participation des ESSP au concours de qualité Nombre d'hôpitaux ayant intégré la dimension genre dans leur critère de qualité et de sécurité
<b>Programme : Ressources humaines et le renforcement des capacités du système de santé</b>	
<b>OBJECTIFS SENSIBLES AU GENRE</b>	<b>INDICATEURS SENSIBLES AU GENRE</b>
5.1. Doter toutes les structures sanitaires de ressources humaines suffisantes et qualifiées pour une meilleure offre de soins	5.1.1. Taux de couverture nationale en RH désagrégé par sexe et type de poste (grade, salaire)
	5.1.2. % d'exécution des postes budgétaires créés annuellement en vertu de la LF



	<p>5.1.3. Le ratio des postes d'affectation des médecins et des infirmiers ouverts dans les zones rurales et défavorisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Nombre de poste ouvert des Médecins</li> <li>· Pourcentage des femmes</li> <li>· Pourcentage des hommes</li> <li>· Nombre de postes ouverts des infirmiers</li> <li>· Pourcentage des femmes</li> <li>· Pourcentage des hommes</li> </ul>
<p>5.2. Assurer une formation de base continue, diversifiée et de qualité et accessible à tous et toutes de manière équitable</p>	<p>5.2.1. Nombre de lauréats des établissements de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· des ISPITS</li> <li>· Pourcentage des femmes</li> <li>· Pourcentage des Hommes</li> <li>· d'ENSP</li> <li>· Pourcentage des femmes</li> <li>· Pourcentage des Hommes</li> </ul>
	<p>5.2.2. Dépense annuelle par étudiant (H/F) inscrit à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ISPITS</li> <li>· ENSP</li> </ul> <p>Dépenses/bénéficiaire (H/F) de la formation continue et par journée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· DF/FC</li> <li>· ENSP</li> </ul>

5.2.3. Le nombre de fonctionnaires bénéficiaires (H/F) des sessions de la formation continue :

- DF/SCE FC
- ENSP

Les indicateurs de l'objectif 5.2 doivent être ventilés par sexe (la mesure de cet indicateur doit inclure des questions relatives aux conditions d'accès à ces formations : transport, logistique, sécurité, horaire, garde d'enfant, etc.)

Indicateurs sensibles au genre :

- Taux de femmes et hommes formés
- Nombre de formation des femmes/hommes dans les domaines où ils/elles sont sous-représenté-e-s (par exemple domaine technique)
- Nombre de formation sur l'approche genre / total de formation du plan directeur
- Nombre de formation réalisée par rapport à la demande en formation (désagrégé par sexe)

Évaluation de l'impact des formations sur la promotion professionnelle des femmes et des hommes

-> Nombre de femmes ayant accédé à des fonctions supérieures à la suite des formations suivies

<p>5.3. Assurer des prestations sociales équitables et de qualité à tous les professionnels de santé</p>	<p>5.3.1. Pourcentage de la contribution des œuvres sociales par rapport au coût total engagé par les bénéficiaires pour le financement de l'opération pèlerinage désagrégé par sexe</p> <p>5.3.2. Le gain quotidien en matière d'utilisation de transport en commun du personnel de la santé Désagrégé par sexe</p> <p>Le transport en commun est-il dans des conditions d'accessibilité (sécurité, prix, horaire, distance du domicile/lieu de travail, etc.) pour tout le personnel de la santé (femmes et hommes toutes catégories confondues ?)</p> <p>5.3.3. Nombre d'enfants des fonctionnaires de la santé bénéficiaires des colonies de vacances désagrégé par sexe</p>
<p>5.4. Institutionnalisation de l'approche genre au niveau du département</p>	<p>Indicateurs pour rendre compte du pourcentage de la mise en œuvre de l'institutionnalisation du genre avec cible par années → Plan d'institutionnalisation de l'égalité de genre</p> <p><b>Exemple d'indicateurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Plan d'action élaboré/adopté/validé/mis en œuvre</li> <li>· Feuille de route élaborée/adoptée/mise en œuvre</li> <li>· Circulaire du ministre sur l'institutionnalisation du genre mis en exécution</li> <li>· Nombre de mesures et d'actions réalisées / au nombre d'actions du plan, nombre de femmes et d'hommes bénéficiaires du plan</li> <li>· Le taux de réalisation des objectifs du plan</li> <li>· Le taux d'atteinte des résultats du plan</li> <li>· TDR de l'unité genre défini et validé</li> </ul>

## Programme : Infrastructure sanitaire et patrimoine

OBJECTIFS SENSIBLES AU GENRE	INDICATEURS SENSIBLES AU GENRE
<p>6.1. Mettre en place une offre de soins de santé préhospitalière et hospitalière équilibrée et mieux répartie sur le territoire national de manière équitable</p>	6.1.1. Nombre de formations hospitalières achevées et mises en service
	6.1.2. Nombre d'établissements hospitaliers de niveau tertiaire achevés et mis en évidence
	<p>6.1.3. Nombre de centres d'hémodialyse équipés en matériel et équipement de dialyse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de bénéficiaires par sexe/âge/milieu</li> <li>- Distance moyenne des ménages par rapport aux centres de santé dans les zones rurales et reculées</li> <li>- Taux de satisfaction des bénéficiaires selon le genre (prise en compte des conditionnants de genre)</li> </ul>
<p>6.2. Mettre en place une offre de soins de santé primaires, équitable et accessible, équilibrée et mieux répartie sur le territoire national</p>	<p>6.2.1. Nombre d'établissements de soins de santé de base achevés et mis en service</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de bénéficiaires par sexe/âge/milieu</li> <li>- Distance moyenne des ménages par rapport aux centres de santé dans les zones rurales et reculées</li> <li>- Taux de satisfaction des bénéficiaires selon le genre (prise en compte des conditionnants de genre)</li> </ul>
<p>6.3. Renforcement et modernisation des plateaux techniques</p>	6.3.1. Nombre d'établissements hospitaliers équipés Par régions
	6.3.2. Nombre d'établissements hospitaliers équipés d'un scanner Par régions

6.4. Améliorer la qualité de la prise en charge des patients et des patientes, de façon directe ou indirecte, par la disponibilité des équipements

6.4.1. Taux de disponibilité du parc national des équipements biomédicaux

6.4.2. Nombre d'unités d'imageries disponibles aux CRSR au niveau national

Nombre et pourcentage de femmes et d'hommes /âge / milieu (urbain-rural) pris en charge

Voici quelques indicateurs sensibles au genre proposés à titre indicatif pour le programme 6 :

- Nombre et pourcentage de femmes et d'hommes employés pour les projets d'infrastructure et patrimoine, selon le type d'emploi et les taux de rémunération; et la proportion de femmes employées dans des rôles non qualifiés, techniques, de gestion et de supervision
- Augmentation en pourcentage du nombre de femmes employées dans la prestation des services
- Le nombre et le pourcentage de femmes contractantes
- Les conditions de travail sur les projets (notamment lorsqu'il s'agit de chantier) prennent en compte les besoins spécifiques des femmes et des hommes : latrines distinctes, privées et sûres et de zones de lavage pour les femmes dans les lieux de travail, etc.

## DEUX REMARQUES IMPORTANTES :

- Seules les dépenses ciblant le processus d'institutionnalisation de l'approche genre au niveau du département et celles concernant la promotion de l'égalité de genre dans la mise en œuvre des programmes métiers, ou encore celles ciblant spécifiquement des inégalités touchant des femmes/filles ou des hommes/garçons apparaissent directement dans la morasse budgétaire. Pour les autres dépenses, elles doivent reposer sur l'intégration de la sensibilité genre de manière transversale dans tout le processus de planification, en commençant par le diagnostic et la stratégie.
- La répartition des dépenses de manière sensible au genre doit se refléter au niveau des ressources humaines du département ministériel. L'institution doit fournir dans son projet de performance les données sur la répartition de ses ressources humaines, par grade, affectation, sexe, âge et autres critères qu'elle considère pertinents (par région) et sur lesquels elle peut renseigner, ainsi que les données sur la répartition des dépenses relatives à la masse salariale.

### ■ 3.6. La genérisation des déterminants des dépenses du personnel

La genérisation des dépenses du personnel se réfère à la désagrégation par sexe de cette dépense. Elle peut être désagrégée par un nombre de sous-catégories complémentaires :

- Le grade
- L'ancienneté
- Par programme
- Par services
- Par région

Cette répartition permet de rendre compte de manière précise de la question de l'égalité entre les femmes et les hommes au sein des administrations publiques.

## Intégration de la sensibilité genre au niveau des dépenses du personnel (POP)

Échelles/grades	Effectif			%		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Personnel d'exécution (échelles 5 à 6 assimilés)						
Personnel de maîtrise (échelles 7 à 9 assimilés)						
Cadres et cadres supérieurs (échelles 10 et plus assimilés)						
Total						

Tableau 1 : Répartition par échelle / grade globale et ventilée par sexe

Services	Effectif			%		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Services centraux						
Services extérieurs						
Total						

Tableau 2 : Répartition par service

Région	Effectif			%		
	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma						
L'Oriental						
Fés-Meknès						
Rabat-Salé-Kénitra						
Beni Mellal-Khénifra						
Casablanca-Settat						
Marrakech-Safi						
Drâa-Tafilalet						
Souss-Massa						
Guelmim-Oued Noun						
Laâyoune-Sakia El Hamra						
Dakhla-Oued Eddahab						
Total						

Tableau 3 : Répartition par région



	Dépense	Effectif		
		Homme	Femme	Total
Dépenses permanentes				
Sorties de service				
Opérations de recrutement				
Opérations de réintégration				
Autres dispositions relatives à la révision de la rémunération				
Avancement de grade et d'échelons				
Dépenses du personnel payées par la DPP				
Autres dépenses du personnel payées par la comptable de la TGR				
Dépenses prévisionnelles de personnel				

Tableau 4 : Prévion des dépenses de personnel de l'année PLF

Comme mentionné plus haut (voir le cadre de référence national), il existe une stratégie et un plan de mise en œuvre de l'institutionnalisation de l'égalité des sexes dans la fonction publique (2015-2018). La BSG est un outil pour la mise en œuvre de l'égalité, non pas uniquement au niveau de la programmation, mais également au niveau du fonctionnement des institutions. La convergence entre cette stratégie et la BSG repose sur le principe de la cohérence des politiques publiques. Sans cela, les institutions risquent de reproduire sur le lieu de travail, des pratiques et des barrières discriminatoires présentes et ancrées dans la société.

Il convient ainsi de promouvoir des pratiques d'égalité de genre à plusieurs niveaux. Voici quelques exemples :

- Interdire la discrimination fondée sur le sexe, l'âge, l'état matrimonial, la grossesse, la parentalité ou le handicap dans le recrutement, la promotion et la formation du personnel.
- Assurer la sécurité dans l'environnement de travail et prévoir des arrangements pour garantir la sécurité lors des voyages et des déplacements.
- Soutenir les employé-e-s (femmes et hommes) dans leurs efforts pour équilibrer le travail et les responsabilités familiales, par ex. les congés de maladie payés, les horaires flexibles, les espaces d'allaitement, les soins aux enfants, les congés de paternité et/ou de maternité.
- Interdire et sanctionner formellement le harcèlement sexuel et/ou psychologique.
- Interdire l'utilisation d'un langage et d'une communication sexiste dans tout ce qui est produit (texte, image, symboles, etc.).
- Veiller à ce que tout le personnel connaisse les procédures existantes pour dénoncer et lutter contre toutes formes de harcèlement, quel que soit le rang de la personne harcelée ou de la personne qui harcèle.
- Tirer parti de la restructuration institutionnelle pour accroître la capacité d'intégration de la dimension genre et d'améliorer le ratio hommes / femmes dans un secteur traditionnellement dominé par les hommes.

### 3.7. Marqueurs CAD/OCDE sur l'égalité femmes/hommes dans le secteur de la santé

Le marqueur de politique d'égalité de genre est devenu un outil clé de suivi et de responsabilisation dans le contexte de l'Agenda 2030. Il peut contribuer à identifier les lacunes entre les engagements politiques et financiers et inciter les efforts visant à les combler.

Le marqueur de politique d'égalité de genre du CAD de l'OCDE distingue entre trois catégories des projets/programmes :

- La valeur 2 est attribuée quand l'objectif d'égalité de genre est principal, c'est-à-dire que le programme n'aurait pas été réalisé sans cet objectif.

**Exemple** : programme de santé materno-infantile.

- La valeur 1 est attribuée quand l'objectif d'égalité de genre est significatif, en d'autres termes, l'objectif est important mais n'est pas la motivation principale du programme.

**Exemple** : Assurer un accès équitable à des soins de santé de proximité et de qualité à tous et à toutes, sans discriminations.

- La valeur 0 est attribuée quand l'activité a été examinée au regard du marqueur genre mais n'a pas été considérée comme contribuant à l'objectif du programme et ne fait pas partie des objectifs ciblés.

**Exemple** : Améliorer la qualité des infrastructures sanitaires

## PORTES D'ENTRÉE DIRECTES POUR L'INTÉGRATION DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES

Le secteur de la santé doit contribuer à l'égalité entre les femmes et les hommes. C'est une obligation juridique. Il doit notamment contribuer à :

- Renforcer les droits des femmes
- Mettre en œuvre le principe de l'égalité et l'approche genre
- Promouvoir la formation des femmes dans le secteur de la santé
- Promouvoir le développement économique et l'autonomisation des femmes
- Promouvoir le leadership des femmes dans le secteur de la santé
- Lutter contre les stéréotypes sexistes et diffuser une culture de l'égalité
- Promouvoir la participation des femmes à la prise de décision
- Répondre aux besoins pratiques et aux intérêts stratégiques tant des femmes que des hommes de différentes catégories dans tous les sous-secteurs de la santé.

## PORTES D'ENTRÉE INDIRECTES POUR L'INTÉGRATION DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES

L'égalité entre les femmes et les hommes est une question transversale et peut être prise en compte dans les domaines qui ne ciblent pas nécessairement de manière spécifique les inégalités et les discriminations. Néanmoins, introduire la dimension genre dans ces domaines permet de contribuer à l'égalité et en même temps d'améliorer les résultats de l'activité.

### Exemples :

- Améliorer le cadre institutionnel : la gestion des ressources humaines, le système de nomination dans les postes de responsabilité et le renforcement des capacités doivent prendre en compte les besoins spécifiques des femmes et des hommes, veiller à l'égalité formelle et réelle quant à l'accès aux postes, veiller à la parité dans les unités, les instances, renforcer les capacités en matière d'intégration de l'approche genre, etc.
- Améliorer l'accès aux services pour les bénéficiaires : les bénéficiaires sont composés de femmes et d'hommes de toutes catégories (en fonction de l'âge, de la condition physique, du niveau socio-économique et culturel, de la zone d'habitation, etc.). Il faut veiller à répondre à leurs besoins spécifiques concrets et différenciés, et à garantir leurs droits.
- Aide aux entreprises et compétitivité : promouvoir une culture entrepreneuriale égalitaire en incluant la promotion de l'égalité parmi les critères d'octroi d'aide et incentives.

- L'intégration du secteur informel dans le secteur formel : la majorité du travail effectué dans le secteur informel est réalisé par des femmes, leur intégration dans le secteur formel améliore le développement économique du pays et améliore leurs conditions de vie.
- Les offres de marché : mentionner explicitement que l'adjudicataire doit identifier et mettre en évidence les éventuelles différences qui existent entre hommes et femmes dans le domaine qui fait l'objet du marché, mentionner dans l'avis de marché public/le cahier des charges l'obligation pour les entreprises de respecter la législation sociale, en ce compris les dispositions relatives à la promotion de l'égalité et de la non-discrimination entre les femmes et les hommes (par exemple, veiller à la mise en place des conditions de travail sur les chantiers qui n'aient pas comme effet indirect d'exclusion de fait les femmes -en raison de leur rôle social de certains postes). Demander d'intégrer la prise en compte de la dimension de genre dans le critère de qualité de la méthodologie, exiger

des équipes pluridisciplinaires avec au moins un ou une expert-e genre, ou exiger que certains membres de l'équipe aient une formation en genre, mentionner dans le cahier des charges que toutes les communications dans le cadre du marché doivent se faire de manière non-stéréotypée, indiquer que toutes les statistiques récoltées doivent être ventilées par sexe, etc.

- Construction d'infrastructure : identifier et évaluer l'impact différencié selon le genre des déplacements de population, évaluer l'afflux d'une main d'œuvre majoritairement masculine sur les chantiers, veiller à intégrer les femmes dans les processus de consultation et veiller à créer des emplois accessibles pour les femmes.

# 4 L'audit de performance sensible au genre

La dernière étape dans le cycle de la planification et la programmation budgétaire axée sur les résultats sensibles au genre est consacrée à l'audit de performance sensible au genre. Ce type d'audit fait partie des systèmes d'audit de performance des politiques publiques et il consiste à analyser et apprécier les effets d'une politique publique sur les inégalités entre les femmes et les hommes.

L'audit de performance sensible au genre repose sur le principe de l'élaboration de politique publique fondée sur les faits. Il constitue une source d'information et d'aide à la décision pour les pouvoirs publics. C'est un outil de gouvernance démocratique. Il a pour objectif :

- D'augmenter la connaissance des pouvoirs publics sur les besoins des femmes et des hommes
- De systématiser et améliorer les processus de planification, d'élaboration, de suivi et d'évaluation des normes
- De renforcer l'efficacité dans les résultats de l'application des normes

Le processus de l'audit de performance sensible au genre doit être mené en analysant toutes les étapes du processus de planification et de la programmation budgétaire. Cela implique une analyse approfondie de chaque étape pour comprendre comment le genre a été abordé, car elle nécessite une compréhension de la manière dont elle a abordé le genre à partir de chaque aspect de son développement.

L'audit de performance sensible au genre n'intervient pas qu'une seule fois au début de la programmation. L'utilisation de l'outil tout au long du cycle de planification politique est cruciale, car elle permettra aux décideurs de surveiller les impacts et de garantir ainsi leur vigilance par rapport à ces questions.

Il peut également être utile de mentionner ci-dessous les avantages et les défis liés à la mise en œuvre d'un audit de performance sensible au genre avant et après la mise en œuvre de la programmation budgétaire :

### EX ANTE : avant la mise en œuvre de la programmation budgétaire

AVANTAGES	DÉFIS
L'audit de performance sensible au genre permet une évaluation complète des impacts potentiels, ce qui permet aux planificateurs d'avoir suffisamment de temps pour repenser ou réorienter la programmation budgétaire.	Il est difficile de prédire a priori les impacts potentiels en raison des incertitudes liées au futur qui peuvent avoir des conséquences non escomptées sur notre programmation.

### EX POST : pendant et après la mise en œuvre de la programmation budgétaire

AVANTAGES	DÉFIS
L'audit de performance sensible au genre permet d'indiquer l'impact réel de la stratégie implémentée	On ne dispose pas à ce stade de données suffisantes pour pouvoir déterminer l'impact direct et indirect de la programmation budgétaire à moyen et à long terme

Tableau adapté de : National Commission for the Promotion of Equality (NCPE) of Malta, Gender Mainstreaming in Practice. Step-by-step guide for gender impact assessment, 2010, p.29

Le résultat de l'audit de performance sensible au genre doit répondre aux questions suivantes en amont : la programmation budgétaire proposée nécessite-t-elle des changements afin de ne pas discriminer, de quelque manière que ce soit, les femmes ou les hommes ? Va-t-elle contribuer à l'objectif de l'égalité entre les sexes ?



## ■ 4.1. Outil ex ante : l'évaluation de l'impact de genre (Gender Impact Assessment - GIA)

L'évaluation de l'impact de genre des programmes sectoriels ne doit pas uniquement s'interroger sur les moyens mis en œuvre ("QUOI ?") mais surtout sur les changements qui vont être produits dans les conditions de vie des personnes ("QUI ?"). Ce dernier élément clôture le cycle de planification et de programmation budgétaire axée sur les résultats sensibles au genre parce qu'elle pose la question de la distribution équitable des droits, des ressources et des bénéfices pour les personnes, découlant de notre programmation budgétaire. Dans ce sens, elle se distingue des évaluations, centrées plutôt sur les moyens mis en œuvre par un programme et qui interviennent à mi-parcours ou à la fin de la programmation (ex-post).

L'évaluation de l'impact de genre cherche donc à répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que les politiques publiques et les ressources allouées pour les mettre en œuvre vont atteindre les résultats envisagés et souhaités ?

- Est-ce que les inégalités de genre vont être réduites, augmentées ou laissées telles quelles ?
- A-t-on changé les besoins pratiques des femmes et des hommes, ou a-t-on réalisé une transformation des relations de genre vers une plus grande égalité ?

Évidemment, les objectifs du programme, tels qu'ils apparaissent dans le document de planification constituent la première source d'information pour répondre à ces questions. Mais les objectifs, à travers les résultats planifiés produisent des changements directs et indirects. Donc pour recentrer l'analyse sur les changements produits dans les conditions de vie des femmes et des hommes, et sur la situation des inégalités entre eux, il va falloir faire des analyses supplémentaires sur les données disponibles et mener des consultations avec les acteurs clés impliqués dans ces programmes.

Les études d'impact sensibles au genre doivent également chercher à déceler les éléments suivants :

- Les effets imprévus et involontaires de l'action ministérielle, notamment les effets imprévus quant à la question de l'égalité des sexes;
- Les effets à long terme, y compris les effets sur les rapports entre les femmes et les hommes et sur leurs droits respectifs;
- Les preuves de la durabilité et pérennité du programme.

La question sera alors de savoir quelles seraient les causes de ces changements et dans quelle mesure ils peuvent être attribuables à notre programmation budgétaire.

L'évaluation de l'impact de genre devra donc évaluer dans quelle mesure la programmation budgétaire va contribuer à l'égalité de genre et quels seront ses impacts sur les relations de genre.

Ces effets devront ensuite être mesurés en fonction des critères suivants :

## 1- La participation des femmes et des hommes :

L'impact sera jugé positif lorsqu'une augmentation significative de la représentation du sexe sous-représenté dans le secteur d'intervention du programme est envisagée. En ce sens, le résultat attendu devrait être une représentation équilibrée des femmes et des hommes (pas moins de 40% pour chaque sexe par exemple) ou, temporairement, au moins proportionnellement à leur présence globale dans le pays/ la région.

Favoriser l'égalité des sexes implique de promouvoir la participation des femmes dans la sphère publique (politique, économie, emploi, culture, etc.) et d'accroître la participation des hommes aux tâches domestiques et aux soins.

Une exception déroge à ces règles : lorsqu'on parle d'organisations, d'espaces ou d'installations spécifiques pour les femmes afin de favoriser leur autonomisation et leur participation sociale, il est primordial de comprendre qu'une participation exclusive des femmes peut être une stratégie pertinente pour promouvoir l'égalité des sexes (projet ciblé sur les femmes).

## 2- L'accès au contrôle des ressources :

L'objectif est d'analyser l'accès des femmes et des hommes aux ressources principales du secteur.

L'impact sera considéré comme positif lorsque l'élimination des écarts entre les sexes existants, ou du moins une réduction significative de ceux-ci, est prévue. Cette réduction devrait toujours viser à accroître l'autonomisation physique, émotionnelle et économique des femmes. Dans le cas des hommes, l'accent devrait être mis par exemple sur une meilleure répartition des tâches domestiques.

En outre, et afin d'assurer un contrôle égal des ressources, il est important d'analyser la participation des femmes et des hommes à la prise de décision dans le domaine du projet, comme indiqué ci-dessus.

## 3- Les normes et valeurs sociales sur le genre :

L'objectif est d'évaluer comment le projet aura un impact sur les normes sociales et les rôles de genre et comment il contribuera à promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes.

L'impact sera considéré comme positif lorsque :

- Les mécanismes ou les structures qui aident à reproduire les inégalités entre les sexes sont modifiés. Cela signifie agir sur la division sexuelle du travail, sur l'organisation de la vie privée ou sur l'organisation de la citoyenneté.
- Des progrès ont été accomplis dans l'élimination des stéréotypes sexistes.

Enfin, il est nécessaire de remarquer que les possibilités de mesurer les effets de la planification sectorielle dépendent principalement de la qualité des informations recueillies au cours des étapes précédentes. Plus on obtient d'informations, meilleure est l'estimation des effets attendus.

1. L'audit de performance sensible au genre doit intervenir dans les étapes initiales de la planification budgétaire.
2. Les budgets des programmes sont développés pour répondre aux besoins des personnes dans la société (approche centrée sur les droits humains), donc les femmes et les hommes seront affectés d'une manière ou d'une autre (directe ou indirecte) par la programmation budgétaire.
3. Mettre en place des outils d'audit de performance sensible au genre à un stade très précoce de la planification budgétaire ne dispense pas de revoir cette planification à mi-parcours pour y intégrer des actions ciblées genre (pour les femmes et/ou les hommes) si le besoin s'en fait ressentir.
4. L'audit de performance sensible au genre ne devrait être utilisé que par les personnes travaillant à l'élaboration et à la mise en œuvre de la programmation budgétaire. Cela ne dispense pas de les rendre publics pour qu'ils puissent être consultés par tous les acteurs politiques, publics et par la société civile.
5. Toute information que l'on peut recueillir au sujet de la programmation budgétaire prévue est bénéfique, car cela donnera plus de valeur à l'audit de performance sensible au genre.
6. Un audit de performance sensible au genre doit être planifié.

## ■ 4.2. Outils ex post : le suivi et l'évaluation de la programmation budgétaire sensible au genre

### A. Suivi selon les indicateurs de performances sensibles au genre

L'outil clé dans la démarche de la budgétisation sensible au genre, lié à la gestion axée sur la performance, est le suivi selon les indicateurs de performance sensibles au genre.

L'objectif d'un système de suivi selon les indicateurs de performance sensibles au genre est de pouvoir régulièrement mesurer le progrès de l'atteinte des résultats et d'adapter la stratégie si l'on constate des écarts entre la réalité et les résultats souhaités. Les résultats de suivi devraient rentrer dans le nouveau cycle de la planification en cours d'élaboration.

Il faut se poser les questions suivantes :

- Est-ce que le ratio des indicateurs égalité de genre est amélioré par rapport au degré souhaité? Sinon, pourquoi ?
- Est-ce qu'on a atteint les objectifs mesurés par les cibles désagrégées par sexe ? Est-ce que le progrès qu'on peut constater est égal pour les deux sexes ou est-ce qu'on constate des différences ? Pourquoi ?

La réponse à ces questions permet une meilleure planification et programmation budgétaire pour l'année fiscale suivante et les données recueillies seront prises en compte comme indicateurs dans l'étude d'impact selon le genre.

## B. Analyse de l'incidence des bénéfices des dépenses publiques ventilées par sexe

Le calcul de l'incidence des bénéfices se fait en trois étapes :

1. Estimer le coût unitaire d'un service donné (les bénéfices tirés des mesures recouvrant les coûts sont à soustraire) : les coûts unitaires sont calculés par le montant total des dépenses publiques, officiellement enregistrées, du service rapporté au nombre total des unités fournies.
2. Les coûts unitaires sont affectés aux ménages identifiés comme usagers de ce service (par ex. par le biais d'enquêtes sur le revenu du ménage ou sur les dépenses, des enquêtes sur le niveau de vie) et multipliés par le nombre des unités consommées par le ménage.
3. Des estimations ventilées de l'incidence des bénéfices sont réparties en groupes organisés selon différentes variables, par ex. les ménages les plus riches, les ménages urbains, etc., et y compris selon les femmes et les hommes ou filles et garçon.

(Total des coûts annuels des prestations de services publics)

-

(bénéfices des mesures recouvrant les coûts par ex. droits d'usage)

---

(Nombre annuel des unités du service fourni)

Les résultats de cette analyse peuvent aider les décideurs politiques et les fonctionnaires au niveau des départements ministériels à mesurer si le ciblage des dépenses publiques est sur la bonne voie ou pas.

## C. Enquêtes qualitatives, y compris évaluations des bénéficiaires des prestations de services publics et des priorités budgétaires, ventilées par sexe.

Les enquêtes qualitatives s'inscrivent dans la démarche d'amélioration de la qualité d'un service public, qui est au centre des politiques de modernisation des services publics mais également et surtout au centre de la démarche de la performance.

Cette perspective s'inscrit dans les normes internationales de management de qualité, notamment la norme ISO 9004 : 2009. Cette approche par la qualité établit comme principe de base une approche orientée vers les clients / parties intéressées, c'est-à-dire, dans le cas des services publics, vers les clients-citoyens femmes et hommes, les personnels, les donneurs d'ordre et la société dans son ensemble.

Un autre outil pour mesurer la performance des services publics est celui du Cadre d'Autoévaluation des Fonctions Publiques (CAF)<sup>35</sup>.

Le CAF distingue en effet quatre types de parties intéressées stratégiques et propose un choix d'indicateurs de résultats pour chaque catégorie :

- Les clients-citoyens : les résultats sur cet axe sont mesurés d'après des indicateurs de perception (indices de satisfaction) ou des indicateurs de conformité (nombre de dossiers non-conformes, délais...).
- Les personnels : leur satisfaction est mesurée, par exemple, au travers des formations dispensées, du taux d'absentéisme, d'un indice de satisfaction...
- Les donneurs d'ordre (législateur, directions, hiérarchie) que le CAF identifie sous la dénomination « performances clés ». La satisfaction des donneurs d'ordre est mesurée d'après deux types de performances clés.

<sup>35</sup>BAROUCHE Gilles (2010), "La mise en oeuvre de démarches qualité dans les services publics : une difficile transition", Politique et Management Public, Vol 27/2, 2010, pp109-128

- Les résultats externes du service public, c'est-à-dire « la mesure de l'efficacité des politiques et des services/produits en termes de capacité à améliorer la situation des bénéficiaires directs ».
- Les résultats internes, soit « (...) ses performances au niveau de la gestion, de la modernisation et de l'utilisation des ressources financières (efficacité et économie) »
- La société : il s'agit, par exemple, d'indicateurs environnementaux et de responsabilité sociale.

Une démarche axée sur la performance sensible au genre doit veiller à axer la démarche de qualité sur une évaluation de la satisfaction de tous les acteurs cités de manière désagrégée par sexe.

Il est nécessaire de mener régulièrement des enquêtes sur les perceptions, les jugements, les opinions et les attitudes des bénéficiaires femmes et hommes dans une situation donnée pour collecter les données qualitatives. Ces enquêtes permettent notamment de renseigner les indicateurs relatifs au taux de satisfaction des bénéficiaires. Les données

qualitatives aident souvent à comprendre les causes sous-jacentes d'un problème. Les études qualitatives permettent également d'évaluer si les services financés par les dépenses publiques rejoignent les priorités de la population et s'ils répondent à leurs besoins en termes d'infrastructure et de services publics disponibles, accessibles et de qualité. Ces perspectives peuvent différer entre les hommes et femmes, par conséquent il est nécessaire de collecter les opinions des deux sexes de manière égale.

L'audit genre est donc un outil de gouvernance au service de la planification et programmation budgétaire. Le schéma suivant montre le processus qui permet d'aboutir à la validation et à l'exécution des programmes. Il montre également que le processus de planification et programmation budgétaire axée sur les résultats sensibles au genre est une mécanique cohérente et que l'outil d'audit genre doit s'alimenter de tout le processus qui a précédé, notamment le diagnostic sensible au genre et l'élaboration des indicateurs sensibles au genre.



# 5 ANNEXES

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 1- Objectifs de Développement Durable
- 2- Cadre d'analyse genre : besoins et problèmes des femmes en relation avec la santé
- 3- Exemple d'une chaîne de résultats de l'égalité des sexes dans le secteur de la santé
- 4- La Circulaire du Chef du Gouvernement n° 07/2017 relative au lancement des opérations de préfiguration de la budgétisation sensible au genre axée sur la performance dans le cadre de la réforme de la loi organique relative à la loi de finances

## 1- Objectifs de Développement Durable :

Les 17 objectifs sont les suivants :



## 2- Cadre d'analyse genre : besoins et problèmes des femmes en relation avec la santé :

### Les problèmes spécifiques de genre dans le secteur de la santé

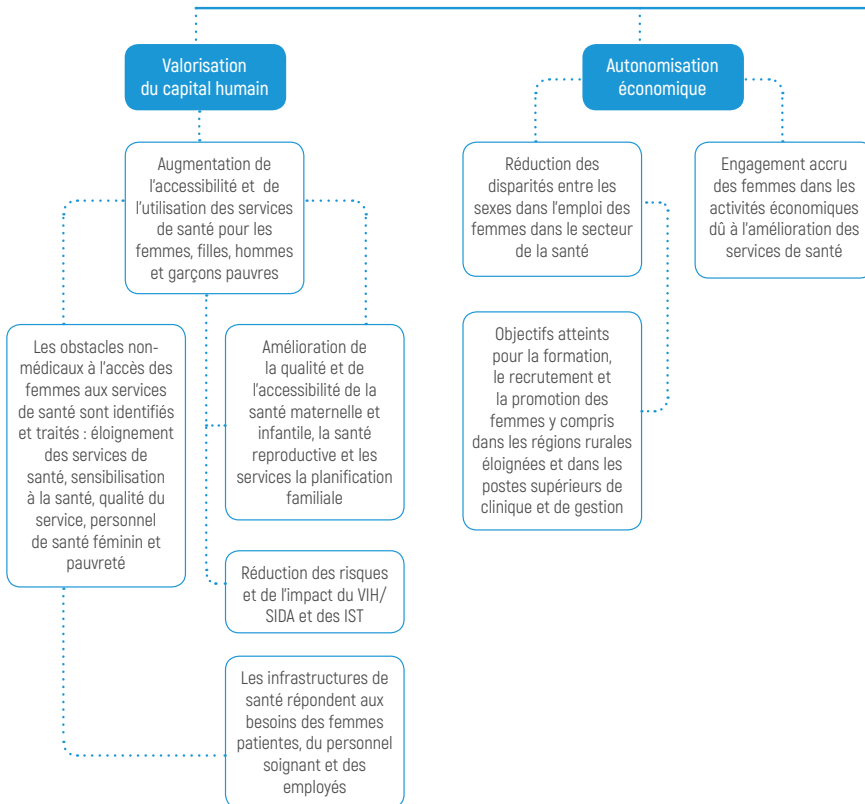
- L'éducation des mères est un aspect essentiel de la question de la santé. Le taux de survie infantile est d'autant supérieur quand les mères sont éduquées que si elles n'ont pas fréquenté l'école. Dans les pays en développement, l'abandon scolaire, l'absentéisme, le poids des valeurs culturelles et les différences sociales qui privilégient l'éducation des garçons à celle des filles impacte négativement leur santé et les taux de mortalité infantile.
- Eduquer les femmes et les filles sur les fonctions reproductives et sexuelles, sur les maladies sexuellement transmissibles et les moyens de contraception représente un investissement à long terme pour un développement humain durable. Le poids des traditions et de la culture porte souvent préjudice aux femmes et pèse lourd sur les comportements sexuels des individus.
- Le VIH continue d'être une épidémie qui tue des millions à l'échelle mondiale. Les femmes y sont particulièrement vulnérables et plus touchées par la maladie que les hommes, notamment à cause du poids de la stigmatisation, de l'ignorance des risques et de l'absence de protection dite féminine. Ce qui appelle à une approche genrée de l'épidémie.
- Les soins et services médicaux ne prennent pas toujours en compte les besoins sexospécifiques des hommes et des femmes. Souvent les services de santé destinés aux femmes se focalisent sur leur santé génésique et délaisse d'autres besoins, notamment ceux des petites filles ou des femmes âgées. Contrairement à ceux destinés aux hommes dont le rôle reproductif est plus négligé par les politiques et services de santé.

- Une grande partie de la contribution des femmes est «invisible». La discrimination fondée sur le sexe découle de la faible valeur attachée au travail domestique des femmes. Les difficultés d'insertion professionnelle des femmes découlent non seulement de leur accès moindre à l'éducation et à la formation et aux différences d'opportunités professionnelles entre hommes et femmes mais également à la pression sociale du fait que ces opportunités se limitent à la sphère domestique. Ces facteurs ont des répercussions négatives sur leur bien-être mental et physique.
- Les stéréotypes de genre concernant les capacités, les rôles et les intérêts des hommes et des femmes créent souvent des prises de décision non équitables et non représentatives dans le secteur. Par conséquent, leurs besoins et intérêts ne sont pas pris en compte, donnant naissance à des politiques sanitaires dites neutres, favorisant les hommes et leurs besoins.
- La formation dans le domaine de la santé est également lourdement affectée par les stéréotypes de genre. A titre d'exemple, l'infirmier reste un secteur très féminin alors que la catégorie des professionnels de la santé haut placés est surtout composée d'hommes. Parallèlement, on remarque que les femmes sont surreprésentées dans les secteurs peu rentables et sont absentes des postes de prise de décision.
- Les violences faites contre les femmes ont un impact direct et négatif sur la santé physique, mentale et psychologique de ces dernières, et constituent une violation à leurs droits humains fondamentaux mais aussi une question d'ordre public. En l'absence d'un arsenal juridique qui les protège de tels comportements et d'un appui social, principalement dans la sphère domestique, il est peu probable d'atteindre les objectifs du développement durable dont le bien-être des femmes et des enfants, ce qui suggère également entre autres un manque de sensibilisation aux droits de la personne et une stigmatisation des femmes.

- Le mariage précoce est une violation aux droits des enfants et aux droits des femmes. Non seulement il constitue une entrave à leurs opportunités éducatives et professionnelles, mais également un sérieux danger pour la santé des filles et des adolescentes qui sont sujettes à des grossesses précoces. Les résultats de ces grossesses se soldent souvent par un fœtus sous-développé, des complications de la grossesse et de l'accouchement, des carences affectives, et des fois même la mort du bébé ou de la mère, ou des deux.
- L'habitat insalubre est un risque pour la santé publique et les femmes y sont plus vulnérables. Une politique du logement –un logement décent, sûr et abordable - qui prend en compte les différences sexospécifiques et les réalités du terrain est cruciale pour assurer le droit à la santé, principalement pour les segments de la société qui se trouvent en marge et plus à risque du sans-abrisme et de l'habitat insalubre. Cette politique doit également aller de pair avec une logique de protection sociale pour tous.
- Le manque d'assainissement, d'hygiène et d'eau potable dans les zones reculées et/ou défavorisées se répercute cruellement sur la santé des femmes et des filles, notamment sur leur santé reproductive.
- Les dispensaires, centres sanitaires et hôpitaux sont souvent difficiles d'accès pour les personnes en zone rurale ou isolée. Cette difficulté touche distinctivement les femmes, en particulier pendant la grossesse ou l'accouchement, où elles sont souvent contraintes d'accoucher à domicile et ne bénéficient que très rarement de soins pré/postnatals. Ce qui engendre un plus haut taux de mortalité maternelle et infantile.
- L'effectif des médecins et du personnel de santé, et le nombre de services de santé est aussi inférieur par rapport à la demande, et est inégalement distribué sur les régions et localités, entre urbain et rural.

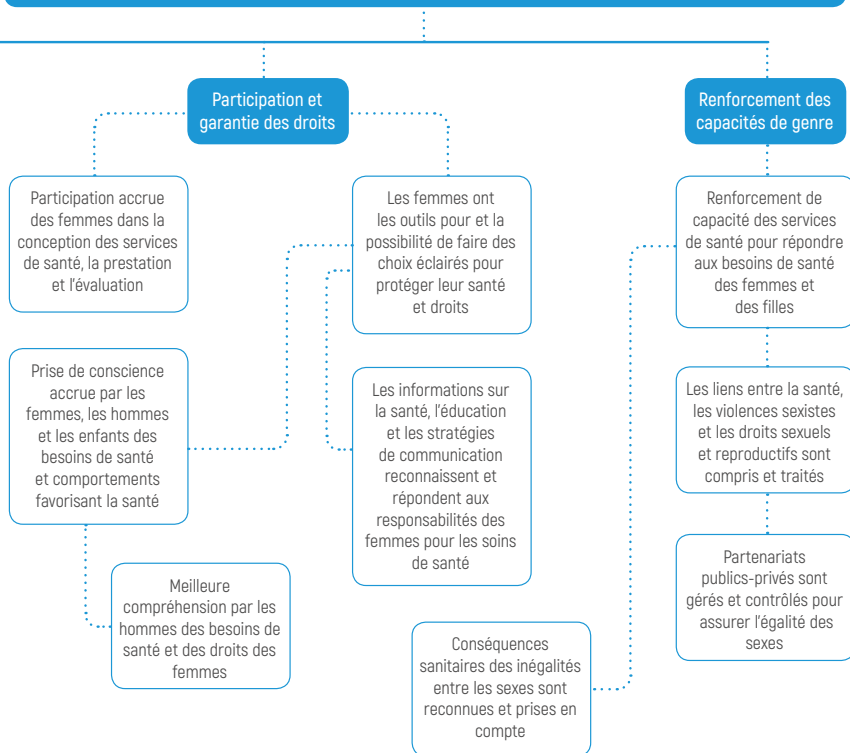
### 3- Exemple d'une chaîne de résultats sensibles au genre dans le secteur de la santé<sup>34</sup>:

Santé : Chaîne des Résultats de l'égalité des sexes



<sup>34</sup>Tool Kit on Gender Equality Results and Indicators: Urban development: Flowchart of Gender Equality Results, Asian Development Bank, 2013, p.83

Résultat de l'égalité entre les femmes et les hommes dans le secteur :  
Amélioration de l'accès et utilisation de services de santé de meilleure qualité  
répondant aux différents besoins des femmes, filles, hommes et garçons



#### 4- La Circulaire du Chef du Gouvernement n° 07/2017 relative au lancement des opérations de préfiguration de la budgétisation sensible au genre axée sur la performance dans le cadre de la réforme de la loi organique relative à la loi de finances

**Objet :** Lancement des opérations de préfiguration de la budgétisation sensible au genre axée sur la performance dans le cadre de la réforme de la loi organique relative à la loi de finances.

Ainsi que vous le savez, l'article 39 de la loi organique n°130-13 relative à la loi de finances (LOLF) consacre le principe de l'égalité du genre en insistant sur l'intégration de cette dimension dans la programmation et la planification des départements ministériels. Ledit article dispose que chaque programme, décliné en projets et actions relevant d'un même département ministériel ou d'une même institution, devrait être associé à des objectifs définis, ainsi que des indicateurs chiffrés permettant de mesurer les résultats atteints tout en prenant en considération la dimension genre.

Les choix budgétaires sont, de ce fait, orientés vers les activités qui contribuent à l'atteinte des résultats escomptés et vers une meilleure utilisation des allocations budgétaires au service de l'efficacité et de l'efficience de l'action publique et surtout pour le renforcement de la redevabilité au regard des engagements pris en matière de promotion de l'égalité du genre.



Ainsi, face à cette dynamique suscitée par le processus de réforme de la LOLF, l'intégration de la sensibilité genre dans la planification et programmation budgétaire des différents départements ministériels est un atout permettant le renforcement de la transparence budgétaire et l'assurance d'une performance accrue des politiques publiques ainsi que de la réduction des disparités liées au genre.

A cet effet, et selon la même démarche adoptée pour la mise en œuvre des dispositions de la LOLF, le Ministère de l'Economie et des Finances lancera des préfigurations relatives à la budgétisation sensible au genre (BSG), et ce afin d'assurer une meilleure appropriation des outils d'intégration de cette dimension au niveau des politiques publiques.

Une première vague de préfiguration, a été initiée par le Centre de l'Excellence pour la BSG à l'occasion de la préparation du projet de loi de finances 2017, et a permis d'élaborer des programmes, projets et indicateurs sensibles au genre. Cette expérience a permis de détecter les possibilités pour une prise en compte de la sensibilité genre au niveau des morasses budgétaires et des projets ministériels de performance de ces départements.

## 1. L'intégration de la sensibilité genre dans le processus budgétaire

La LOLF introduit une nouvelle présentation des dépenses du budget général à l'intérieur des titres, par chapitre, subdivisés en programmes, régions et projets ou actions.

Chaque programme découlant de chaque

Ministère doit être accompagné d'objectifs bien définis ainsi que des indicateurs d'objectifs chiffrés [qui devraient prendre en considération la dimension genre](#).

Ainsi, cette nomenclature autour des programmes permettra une meilleure lisibilité des choix budgétaires et renseignera davantage sur les priorités du département notamment en matière de prise en considération de l'aspect genre.

A cette fin, chaque département préfigurateur est tenu de veiller, lors de la mise en place des programmes budgétaires au respect des points suivants :

- Définir des projets sensibles au genre permettant de répondre de manière équitable aux besoins pratiques et stratégiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons issus de différentes couches socio-économiques et milieux ;
- Retenir [des actions sensibles au genre](#) visant à réduire les inégalités de genre et à concrétiser les principes de l'équité de genre ;

- Définir **des objectifs sensibles au genre** visant à réduire les inégalités de genre et à concrétiser les principes de l'équité et de l'égalité ;
- Choisir **des indicateurs de performance sensibles au genre** pour mesurer et identifier les inégalités de genre. A cet égard, il faut veiller au choix des indicateurs pertinents qui donnent des informations relatives à des objectifs du projet, permettant d'évaluer avec précision ce que le projet veut changer en matière d'égalité de genre, et dans quelle échelle de temps. Ces indicateurs doivent également être applicables, porter sur des données mesurables et comparables, avec des sources disponibles pour les renseigner, et des moyens pour collecter et analyser les données ;
- Renforcer la **déclinaison de la BSG au niveau territorial dans le cadre de la mise en œuvre de la régionalisation avancée**. En effet, le processus de décentralisation ainsi renforcé, offre une opportunité majeure pour l'institutionnalisation de la BSG au niveau des processus de planification et de budgétisation territoriaux ;
- Veiller à **l'intégration de l'aspect genre dans le domaine environnemental**, à travers la prise en considération de la dimension genre dans la préservation de l'environnement et des ressources naturelles et dans la promotion du développement durable.

## 2. Points d'ancrage de l'approche genre lors de l'élaboration des projets de performance

En vertu de la nouvelle LOLF, les départements ministériels sont appelés à présenter chaque année au Parlement, lors des discussions du projet de Loi de Finances, un Projet de Performance qui inclut la présentation de la stratégie globale du Ministère, les programmes mis en place et les ressources allouées, les objectifs à atteindre accompagnés des indicateurs chiffrés. Ceci permettrait de renforcer la reddition des comptes au regard des engagements pris, en particulier, [en matière de promotion de l'égalité de genre](#).

A cet effet, il a été décidé d'entamer une seconde phase de préfiguration en vue d'élargir ce processus à treize nouveaux départements à savoir l'Education nationale, la Fonction publique, la Justice, les Affaires étrangères, l'Artisanat, l'Enseignement supérieur, la Communication, l'Aménagement du Territoire et Urbanisme, l'Habitat, le Développement durable, les Droits de l'homme, la Formation professionnelle et l'Energie et Mines.

La présente circulaire a pour objet de définir les modalités de mise en place de ces opérations de préfiguration ainsi que les instances de pilotage.

### I- Intérêt de la Budgétisation Sensible au Genre

Au Maroc, l'intégration de la dimension genre dans le processus de préparation et d'exécution du budget, s'inscrit dans le cadre d'un ensemble de réalisations et de réformes qu'a connu le pays durant ces dernières années et qui visent essentiellement le renforcement des principes d'égalité et d'équité entre les deux sexes.

L'approche basée sur l'égalité genre, qui est au cœur de la nouvelles LOLF, s'aligne à la nouvelle vision de développement mondiale post 2015, à laquelle notre pays s'est fermement engagé pour la réalisation des 17 Objectifs de Développement Durable (ODD post 2015).

C'est dans ce cadre, que la BSG constitue l'un des instruments qui renforcent la logique axée sur la performance, dans la gestion publique à travers une évaluation précise de l'impact du budget sur l'ensemble de la population, tout en tenant compte de leurs besoins différenciés.

La BSG attire l'attention sur le fait que l'égalité femmes-hommes n'est pas une question sociale mineure, mais une composante des politiques macroéconomiques et du modèle de développement humain dans son ensemble.

En tenant compte des besoins et des attentes de toutes les couches sociales de la population, la BSG contribue donc à renforcer la qualité, l'efficacité, la cohérence et la transparence dans l'utilisation des fonds publics.

## II- Les axes de la deuxième phase de la préfiguration

Cette deuxième phase de préfiguration permettra de capitaliser l'expérience et le savoir acquis des départements ministériels concernés lors des vagues de préfiguration de la LOLF, pour mieux s'approprier les outils d'intégration de la dimension genre dans le processus de planification et programmation budgétaire.

Les opérations de préfiguration porteront ainsi sur la recherche des points d'entrée pour une planification et programmation budgétaire sensible au genre, et ce à travers l'intégration de l'aspect genre dans la morasse budgétaire et les projets ministériels de performance.

A cet effet, les départements ministériels et les institutions publiques sont amenés, au regard des dispositions de la nouvelle LOLF, à procéder à des diagnostics genre pertinents accompagnés d'une définition précise des objectifs à atteindre en

termes de réduction des inégalités de genre, tout en déclinant les politiques, stratégies et programmes en objectifs, résultats et indicateurs sensibles au genre. A cet égard, chaque département préfigurateur doit veiller lors de l'élaboration de son Projet de Performance (PdP) à la prise en considération de l'aspect genre lors de la définition des objectifs et des indicateurs.

Par ailleurs et afin d'avoir une vision globale de la stratégie du département en matière d'intégration de l'aspect genre, le projet de performance doit faire apparaître les points d'ancrage d'une analyse genre du budget du département ministériel.

### III- Le système de pilotage de la préfiguration

Pour assurer le déroulement de ce processus de préfiguration dans de meilleures conditions, et de manière concertée avec les différents acteurs concernés, un système de pilotage sera mis en place selon la configuration suivante :

Au niveau opérationnel, le pilotage est assuré par le Centre de l'Excellence pour la Budgétisation Sensible au Genre relevant du Ministère de l'Economie et des Finances à travers l'accompagnement nécessaire aux différents départements préfigurateurs en termes d'appui, de sensibilisation, de formation, de coordination et de conseil.

De sa part, chaque département préfigurateur est amené à mettre en place une cellule genre composée des représentants de la direction des affaires financières et des points focaux genre du département concerné. Cette équipe a pour rôle d'animer la réforme en interne du département et d'assurer la communication autour de ladite réforme. Elle représente le principal interlocuteur de l'équipe genre relevant du MEF.

Au niveau ministériel et interministériel, il sera procédé à la constitution des comités suivants :

- **Un comité interministériel** : présidé par le Directeur du Budget et composé des secrétaires généraux des départements ou institutions préfigurateurs du genre. La mission de ce comité est le pilotage à haut niveau de l'opération de mise en œuvre de la réforme Genre. Il doit permettre la coordination entre les différents départements et l'harmonisation de leurs actions ;
- **Un comité de suivi** : est mis en place au niveau de chaque département, présidé par le Secrétaire Général et constitué des directeurs des administrations centrales pour assurer le suivi de la mise en œuvre des axes de la préfiguration genre.

Les différentes réformes structurelles et stratégies sectorielles engagées par notre pays et les enjeux qu'elles présentent pour l'amélioration des conditions de vie des populations constituent autant d'opportunités qu'il appartiendra à l'ensemble des départements ministériels de saisir pour s'approprier et mettre en œuvre l'approche genre aussi bien au niveau de la planification de leurs actions qu'au niveau de la mesure de leurs performances sectorielles.

Il appartiendra donc à chaque département préfigurateur de mobiliser les moyens nécessaires pour réussir la mise en œuvre de cette opération de préfiguration et de veiller, en collaboration avec le Ministère de l'Economie et des Finances, à l'application du contenu de la présente circulaire.

Il convient également d'attirer l'attention que la réussite de cette opération implique de réunir trois facteurs clés de succès : l'affirmation de l'ancrage du processus d'introduction de la sensibilité genre dans l'élaboration et l'analyse des budgets sectoriels, l'adoption de mesures d'accompagnement spécifiques en termes de renforcement des capacités, de formations et de communication pour permettre la mobilisation indispensable du personnel au sein des départements ministériels ; et enfin une meilleure appréhension des données sensibles au genre par les systèmes d'information.

**Le Chef du Gouvernement**  
**Saadeddine EL OTHMANI**

# 6

## Bibliographie :

### ■ Les documents législatifs et réglementaires :

- Constitution du Royaume du Maroc de 2011
- Loi organique n°130-13 relative à la loi des finances promulguée par le Dahir n°1-15-62 du 14 chaâbane 1436 (2 juin 2015)
- Décret n°2-14-426 du 28 ramadan 1436 (15 juillet 2015) relatif à l'élaboration et à l'exécution des lois de finances
- Circulaire du Chef du Gouvernement n°6/2016 en date du 23/05/2016 A/S du lancement de la 4<sup>ème</sup> vague de préfiguration de la LOF
- Circulaire du Chef du Gouvernement n°4/2015 en date du 18/06/2015 A/S du lancement de la 3<sup>ème</sup> vague de préfiguration de la LOF
- Circulaire du Chef du Gouvernement n°06/2014 en date du 12/06/2014 A/S du lancement de la 2<sup>ème</sup> vague de préfiguration de la LOF
- Circulaire du Ministre de l'Économie et des Finances n°1693/E en date du 13/03/2017 relative à l'élaboration des projets de performances (PdP)



## ■ Les documents de procédure et de support de la LOF :

- Le guide de la performance, Direction du Budget, Ministère de l'Économie et des Finances
- Le guide des déterminants de la dépense; Direction du Budget, Ministère de l'Économie et des Finances
- Le guide de construction des programmes budgétaires; Direction du Budget, Ministère de l'Économie et des Finances
- Le guide du dialogue de gestion et du pilotage opérationnels; Direction du Budget, Ministère de l'Économie et des Finances
- Rapport sur le Budget axé sur les Résultats tenant compte de l'aspect genre 2018, Direction du Budget, Ministère de l'Économie et des Finances
- Feuille de route du préfigurateur. Exemple du Ministère de l'Équipement, du Transport et de la Logistique
- Note de présentation du Projet de Loi de Finances pour l'année budgétaire 2018, Direction du Budget, Ministère de l'Économie et des Finances

## ■ Les guides sur la BSG et sur l'approche genre :

- LABANI MOTLAGH Sepideh, SCHNEIDER Katrin (2017), L'ancrage de la budgétisation sensible au genre dans les stratégies, les programmes et les actions des départements ministériels au Maroc. Guide méthodologique, Ministère de l'Économie et des Finances, CEBSG
- Ministère des Finances et de la Privatisation (2005), Guide de la Réforme Budgétaire. La nouvelle approche budgétaire axée sur les résultats et intégrant la dimension genre
- Ministère des Finances et de la Privatisation, UNIFEM (2006), Manuel d'intégration de la dimension genre dans la planification et l'élaboration du budget
- Ministère de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'administration, ONU Femmes (2013), Guide méthodologique en matière d'intégration de l'égalité entre les femmes et les hommes dans le processus de sélection, de recrutement, de nomination, de mobilité, de promotion et d'évaluation du rendement dans la fonction publique,  
[http://www.mmsp.gov.ma/uploads/file/Guide\\_methodologique\\_Integration\\_Egalite\\_processus\\_GRH.pdf](http://www.mmsp.gov.ma/uploads/file/Guide_methodologique_Integration_Egalite_processus_GRH.pdf)
- LABANI MOTLAGH Sepideh (2014), Guide sur l'Intégration Transversale de l'Égalité de Genre dans les Politiques Publiques, Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, GIZ-Maroc

- Le Monde Selon les Femmes, Les essentiels du genre, n°1, Concepts de Base, [http://www.mondefemmesbe/genre-developpement-outils\\_theories-analyse-essentiels-genre\\_1-concepts-base.htm](http://www.mondefemmesbe/genre-developpement-outils_theories-analyse-essentiels-genre_1-concepts-base.htm)
- Le Monde Selon les Femmes, Les essentiels du genre, n°14, Genre et Budget, [http://www.mondefemmesbe/genre-developpement-outils\\_theories-analyse-essentiels-genre\\_genre-et-budget.htm](http://www.mondefemmesbe/genre-developpement-outils_theories-analyse-essentiels-genre_genre-et-budget.htm)
- European Institute for Gender Equality (EIGE) (2016), The Gender Impact Assessment Guide, <http://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/toolkits/gender-impact-assessment/what-gender-impact-assessment>
- Asian Development Bank (2013), Toolkit on Gender Equality, Results and Indicators

## ■ Monographie :

- AGÉNOR Pierre-Richar, EL AYNAOUI Karim (2015), Maroc : stratégie de croissance à l'horizon 2025 dans un environnement international en mutation, OCP Policy Center
- BIRN Anne-Emmanuelle (2011), Addressing the societal determinants of health: the key global health ethics imperative of our times, dans Solomon Benatar et Gillian Brock (sous la direction de), Global Health and Global Health Ethics (Cambridge, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Cambridge University Press, 2011), p.43.
- BAROUCH Gilles (2010), "La mise en œuvre de démarches qualité dans les services publics : une difficile transition", Politique et Management Public, Vol 27/2, 2010, pp.109-128
- HCP (2016), La femme marocaine en chiffres. Tendances d'évolution des caractéristiques démographiques et socioprofessionnelles
- Fiche thématique I (2005), Genre et droits reproductifs et sexuels, Les essentiels du genre, Le monde selon les femmes, p.9

## ■ Ressources en ligne :

- Le Centre d'Excellence de la Budgétisation Sensible au Genre, Ministère de l'Économie et des Finances, <https://www.finances.gov.ma/fr/Pages/BSG/Accueil.aspx?m=Budget%20Sensible%20au%20Genre>
- Observatoire Genre de la Fonction Publique au Maroc, Statistiques globales, <http://www.ogfp.ma/page.asp?p=32>
- Le Haut-Commissariat au Plan, Indicateurs et Agrégats ventilés par sexe et par thématique, <http://www.hcp.ma>
- FAO, Base de données Genre et le Droit à la Terre, (consulté le 21/04/18), <http://www.fao.org/gender-landrights-database/background/fr/>
- Documentation sur la budgétisation sensible au genre, Genre en Action, <http://www.genreenaction.net/Documentation-sur-la-budgetisation-sensible-au.html>
- Banque Mondiale. 2012. Données par pays – Maroc. Disponible sur : <http://data.worldbank.org/country/morocco>
- Animations vidéo sur la Budgétisation sensible au genre, le Monde Selon les Femmes, <https://www.youtube.com/watch?v=6KJmJ3NHTzc>

- La budgétisation sensible au genre, Adéquations, <http://www.adequations.org/spip.php?article1869>
- Gender Budgeting, L'institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, Belgique, [http://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/gender\\_mainstreaming/application/gender\\_budgeting](http://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/gender_mainstreaming/application/gender_budgeting)
- Gender Budgeting, European Institute for Gender Equality, <http://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/methods-tools/gender-budgeting>
- Gender Equality Unit, Council of Europe, <http://www.coe.int/en/web/genderequality>
- Financing for Gender Equality, UN Women, <http://gender-financing.unwomen.org/fr>
- Open Budget Portal, World Bank, <http://wbi.worldbank.org/boost/tools-resources/topics/general-techniquetopics/gender-budgeting>
- HCDH de l'ONU, Les droits reproductifs sont des droits de l'homme, un manuel pour les institutions nationales des droits de l'homme, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Institut danois des droits de l'homme, 2014 (en anglais), disponible sur : <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/NHRIHandbook.pdf>
- Médecins du Monde, « Santé sexuelle et reproductive, Cadre de référence », avril 2013, [http://issuu.com/medecinsdumonde/docs/guide\\_sant\\_\\_sexuelle\\_et\\_reproducti/3?e=1803522/6327549](http://issuu.com/medecinsdumonde/docs/guide_sant__sexuelle_et_reproducti/3?e=1803522/6327549)
- Site Internet de l'OMS, « Santé reproductive », [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/)
- Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) de l'ONU, site web sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (en anglais), disponible sur : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx>





Centre de l'Excellence pour la Budgétisation Sensible au Genre

Bd Mohammed V, Quartier administratif - Rabat - Chellah

Téléphone : +212 (0) 5 37 67 72 68

Télécopie : +212 (0) 5 37 67 74 82

Email : [cebsg@db.finances.gov.ma](mailto:cebsg@db.finances.gov.ma)