



Manifestation contre les retards dans le paiement des salaires, Karachi, 2015

Reconnaitre le travail de care des femmes au Pakistan :

La lutte des Lady Health Workers pour leurs droits et dignité

Zeenat Hisam

Sommaire

1. Introduction p.3

2. Contexte et vue d'ensemble : le programme *Lady Health Workers* p.4

3. Les premières années (1994-2007) : les conditions de travail p.5

Des conditions de travail précaires

Des salaires bas et des retards de paiement

Les violences basées sur le genre

La corruption

Premiers enseignements de la mobilisation et du processus de syndicalisation

Autonomisation

4. Se rassembler : la constitution d'un syndicat (2008) p.10

5. Les stratégies de campagne p.11

La mobilisation de la base

Les interventions juridiques

Les manifestations, grèves et sit-in

6. Les dynamiques du syndicat p.15

7. Les obstacles à la lutte des travailleuses de la santé p.16

La décentralisation

La résistance étatique aux négociations collectives des *Lady Health Workers*

8. 2016 : la lutte continue p.17

9. Conclusion et recommandations p.18

Liste des acronymes

IDH Indice de développement humain	LHW Lady Health Worker (Travailleuse de la santé)	ONU Organisation des Nations Unies	SNE Schedule of New Expenditure (Échéancier des nouvelles dépenses)
IDG Indice de développement de genre	LHWP Lady Health Workers Programme (Programme des travailleuses de la santé)	PIB Produit intérieur Brut	
LHS Lady Health Supervisor (Cadre de santé)		PILER Pakistan Institute of Labour Education and Research	

Introduction

Le programme Lady Health Workers (LHWP, programme des travailleuses de la santé), lancé en 1994 au Pakistan, est considéré comme l'un des projets communautaires de santé primaire les plus ambitieux et les plus fructueux à l'échelle mondiale. Les institutions mondiales de santé ont reconnu le rôle joué par ce programme dans l'amélioration des indicateurs du Pakistan relatifs à la santé maternelle et infantile. À l'heure actuelle, plus de 130 000 Lady Health Workers (LHW, travailleuses de la santé) couvrent les besoins sanitaires fondamentaux de 60 à 70 % de la population pakistanaise résidant dans les zones rurales ou urbaines pauvres.

Sans une lutte collective pour leurs droits, les Lady Health Workers auraient continué à subir en silence les injustices qui leur étaient faites : des salaires bas, l'absence d'avantages sociaux et un emploi précaire. C'est la mort en couches d'une travailleuse de la santé qui a poussé Bushra Arain, elle-même Lady Health Supervisor (LHS, cadre de santé), à se rebeller contre ce paradoxe : le personnel de santé lui-même était privé de l'accès aux structures de santé et à des conditions de travail décentes. Avec l'aide d'autres

cadres, elle a mobilisé les LHW pour fonder, en décembre 2008, un syndicat nommé All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association (Association pour le bien-être de toutes les travailleuses de la santé au Pakistan). Dès le début de l'année 2009, chaque district avait été doté d'une *baji* (grande sœur), une militante dynamique chargée de préparer la lutte. Le syndicat a eu recours à des interventions juridiques ainsi qu'à des manifestations pour revendiquer les droits légitimes des travailleuses qu'il représentait. Il s'agissait là d'un phénomène unique : au Pakistan, jamais auparavant des travailleuses d'un quelconque secteur n'avaient exercé leur droit à la « négociation collective », encore moins dans le champ de l'économie peu rémunérée du *care*, liée aux soins.

Cette étude de cas vise à documenter la lutte des travailleuses de la santé à analyser les contraintes auxquelles ces femmes ont été confrontées en tant que travailleuses rassemblées dans un programme de santé publique et en tant que dispensatrices de soins, mais aussi à identifier les stratégies mises en œuvre par le syndicat ainsi que les résultats obtenus pendant ces huit années de combat.



Syed Murad Ali Shah, Ministre en chef de la province de Sindh, s'adresse aux travailleuses de la santé, devant l'hôtel Pearl Continental, durant leur manifestation contre le non-versement de leur salaire, janvier 2017.

© All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association

Méthodologie et limites

Cette étude de cas qualitative est fondée sur des recherches primaires et secondaires. La revue de la littérature publiée par le LHWP a porté sur des documents et des rapports de programmes officiels ainsi que sur des évaluations et des analyses menées à bien par des parties prenantes indépendantes. Nous avons également examiné les archives des médias, par voie numérique, pour effectuer une revue de la couverture abondante dont a bénéficié la lutte des *Lady Health Workers* durant toutes ces années. Les informations de première main ont été recueillies par le biais d'entretiens approfondis¹ et de deux discussions de groupe qui ont rassemblé les responsables ainsi que des membres du syndicat – des travailleuses de la santé ou des visiteuses de santé actives dans différents quartiers de Karachi (Nazimabad, Saddar, Baldia, Lyari et Gadap). La première discussion s'est tenue dans les locaux du *Pakistan Institute of Labour Education and Research* (PILER, Institut pakistanais d'éducation ouvrière et de recherche), à Gadap Town. La seconde devait avoir lieu dans un dispensaire de Saddar Town, mais a finalement eu lieu au domicile de l'une des cadres de santé impliquées, en raison du refus par la direction du dispensaire de tenir cette réunion dans ses locaux.

Les responsables et membres du syndicat (travailleuses et cadres de santé) de la *All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association* approchées dans le cadre de cette étude de cas étaient toutes basées à Karachi, dans la province de Sindh, à l'exception de la présidente et co-fondatrice du syndicat, Bushra Arain, basée dans une autre ville de la même province, Jacobabad. Les dynamiques propres aux branches du syndicat situées dans d'autres provinces (par exemple le Pendjab, le Khyber Pakhtunkhwa ou le Baloutchistan) ou dans d'autres zones (l'Azad Cachemire, le Gilgit-Baltistan et les zones tribales sous administration fédérale) n'ont pas été analysées en raison du manque de ressources disponibles.

1. Contexte et aperçu : le programme *Lady Health Workers*

Contexte

Le Pakistan fait partie des pays qui affichent un indice de développement humain (IDH) bas. Il se situe en outre à la 147^{ème} place, sur 171, du classement de l'Indice de développement de genre (IDG), qui mesure les inégalités de genre dans les domaines de la santé, de l'éducation et des conditions de vie décentes². Les inégalités de genre sont les inégalités systémiques les plus répandues au Pakistan. Le manque de moyens disponibles et la division du travail en fonction du genre imposent aux femmes une double charge : elles assument le travail de *care* non rémunéré et n'ont accès qu'à des emplois peu payés, le plus souvent offerts par le secteur du *care* et l'économie informelle. Elles sont d'autant plus vulnérables à l'exploitation qu'elles n'ont pas accès aux ressources (par exemple à la propriété et au crédit) et aux biens publics (par exemple à l'information et aux droits légaux)

Les femmes ne bénéficient pas des mêmes chances en matière d'accès aux compétences de base, notamment en matière d'éducation et de santé : 49.6 % de femmes sont alphabétisées, contre 71.6 % des hommes³. Le taux de participation des femmes à la population active est de 22 % alors que celui des hommes est de 67.8 %⁴. L'accès des femmes aux soins de base et de santé reproductive, reste insuffisant et les taux élevés de mortalité maternelle et infantile constituent un problème majeur pour le Pakistan.

Aperçu

Le *National Programme of Family Planning and Primary Health Care* (Programme national de planning familial et de soins de santé primaires), plus connu sous le nom de *Lady Health Workers Programme* (LHWP), a été lancé en avril 1994 dans le cadre du huitième Plan quinquennal (1993-1998). La création d'un programme de grande ampleur consacré au secteur public a été un tournant dans la planification démographique pakistanaise. Les initiatives antérieures n'avaient en effet eu que peu d'impact sur le taux de fécondité et sur les indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile, notamment en raison d'une perception négative du développement du planning familial dans les interprétations conservatrices de l'Islam, à laquelle s'ajoutent le manque de volonté politique et la faiblesse des parts du PIB allouées à la santé et à l'éducation. Du début des années 1960 à la fin des années 1980, le taux de fécondité total du pays a stagné autour du chiffre de 6.5 enfants par femme⁵.

Le gouvernement pakistanais a affirmé que l'accès aux services de santé de base était un droit humain fondamental en signant la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978⁶. Mais le pays a échoué dans ses tentatives de mettre à la disposition de l'ensemble de sa population des services de santé primaires abordables. De plus, les indicateurs sanitaires n'ont pas évolué pendant les années 1980. Au début des années 1990, le taux de fécondité a commencé à décliner lentement. Selon un rapport de 2010 sur l'état du planning familial⁷, « cette période a été marquée par la fin du régime Zia ; au plus haut niveau de la hiérarchie, les responsables politiques ont recommencé à soutenir les programmes de protection sociale et le ministère fédéral de la Protection sociale a été créé en 1989-1990 ».

Le programme LHW a été élaboré à ce moment clé et a été lancé par le gouvernement de Benazir Bhutto dans le but d'améliorer les performances déplorables des indicateurs sanitaires et démographiques et de faire progresser l'usage de la contraception « en levant une armée de femmes, forte de 33 000 membres, qui aura pour mission d'éduquer nos mères, nos sœurs et nos filles en matière de bien-être infantile et de régulation démographique ; en créant une banque gérée par des femmes et pour les femmes dans le but de leur donner accès à l'indépendance économique »⁸. Définie pour la première fois par l'ONU comme un pilier du développement durable lors de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, l'autonomisation des femmes a été entérinée par le gouvernement et adoptée par une société en lutte contre le système de valeur patriarcal.

Dans sa phase initiale, le programme a recruté 33 000 *Lady Health Workers* issues des zones rurales et urbaines pauvres – sur la base de critères de sélection stricts. En 1993-1994, il s'agissait d'un projet audacieux, notamment dans des milieux sociaux ruraux où la participation des femmes au marché du travail était pratiquement nulle, hormis dans le secteur agricole, et où le taux d'alphabétisation des femmes était de 16.3 %⁹. Les femmes n'avaient que difficilement accès aux structures de santé reproductive. En 1993, le taux de mortalité maternelle atteignait le chiffre de 340 décès pour 100 000 naissances vivantes, le taux de prévalence contraceptive n'était que de 12 %, le taux de mortalité infantile était de 95 ‰ et seuls 35 % des accouchements étaient assistés par du personnel de santé¹⁰.

Le programme visait à créer « des services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation [...] ; à susciter la participation de la communauté par le biais de la sensibilisation, de changements d'attitudes, d'une meilleure organisation et de la mobilisation des soutiens ; à améliorer l'utilisation des structures de santé en rapprochant la communauté et les services de santé du pays grâce aux *Lady Health Workers* ; et à rendre les services de planning familial plus accessibles dans les quartiers urbains pauvres et les zones rurales »¹¹.

En 1996, des *Lady Health Supervisors* ont été nommées pour assurer le suivi des performances des travailleuses de la santé. En 2008, environ 90 000 travailleuses et cadres de santé étaient au service de la population de tous les districts du pays, y compris des groupes défavorisés qui vivaient dans des communautés rurales reculées. En 2009, 90 % des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête menée par le programme LHW ont déclaré que les services de santé s'étaient améliorés grâce au travail des *Lady Health Workers*¹². Vingt ans après le lancement du programme, la mortalité maternelle avait chuté à 170 pour 100 000 naissances vivantes¹³, le taux de fécondité avait baissé jusqu'à 3.26 enfants par femme, le taux de prévalence contraceptive avait atteint le chiffre de 35 %, le taux de mortalité infantile était passé à 74 ‰ et 47.8 % des accouchements étaient assistés par du personnel de santé¹⁴.

En décembre 2016, plus de 130 000 *Lady Health Workers* prenaient en charge 60 à 70 % de la population du pays résidant dans les zones rurales ou les quartiers urbains pauvres. Chaque travailleuse est responsable de 1 000 personnes, essentiellement des femmes, ou de 150 foyers, et rend visite à 5 à 7 familles chaque jour. Elles reçoivent une formation théorique de trois mois sur les soins de santé primaires, puis une formation d'un an sur le terrain. Elles accomplissent vingt tâches relevant des services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation, dont des activités de planning familial, des demandes de suivi prénatal et des vaccinations. Leur domicile est considéré comme une « maison de santé » à laquelle les femmes peuvent accéder pour bénéficier des soins de base et de santé reproductive. Les *Lady Health Workers* sont un maillon indispensable de l'économie pakistanaise du *care* et du secteur public de la santé. Elles représentent une part très importante des femmes qui travaillent.

3. Les premières années (1994-2007) : les conditions de travail

En 1994, la phase initiale de recrutement a déclenché une certaine agitation, notamment dans les zones rurales, alors même que les postes proposés étaient des emplois contractuels dotés d'une rémunération minimale. Les communautés – qui avaient été familiarisées avec les activités de planning familial par l'Association pakistanaise de planning familial dès les années 1960 – ainsi que d'autres organisations de bénévoles nourrissaient encore des préjugés contre le travail des femmes hors du foyer et contre la régulation démographique. Pourtant, les femmes étaient de plus en plus nombreuses à aspirer à une amélioration de leurs conditions de vie. En 1993-1994, environ 1 % des femmes des zones rurales et 4 % des femmes des zones urbaines avaient suivi une scolarité de huit ans¹⁵. Même si elles étaient peu nombreuses, les jeunes femmes qui satisfaisaient aux critères de sélection se sont portées candidates avec l'approbation des hommes de leur entourage familial. Dans les quartiers urbains pauvres, les candidates étaient pour la plupart membres de ménages dirigés par des femmes, au sein desquels il était possible de concilier ce nouvel emploi avec la charge de travail de *care* non rémunéré.

Selon Mariam, une travailleuse de la santé, « le travail de *Lady Health Worker* m'a attirée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il ne nécessitait pas de grands déplacements : il suffisait de faire du porte-à-porte dans le quartier. Ensuite, le temps de travail était flexible. Je pouvais choisir mes propres horaires. Je pouvais finir mes tâches domestiques avant de commencer mes visites, par exemple à 10 heures du matin, puis revenir à la maison pour nourrir les enfants à midi et continuer mon travail plus tard dans la journée ».

Aux yeux de Raheela, « il s'agissait d'une mobilisation communautaire. Au début du programme, je travaillais déjà dans une équipe de vaccination contre la polio. Dans mon quartier, il n'y avait que peu de structures, éducatives ou autres. Je voulais que ma communauté prenne conscience de ces problèmes. Quand le programme a été lancé, je me suis portée candidate au poste de *Lady Health Worker*, mais ma candidature a été rejetée deux fois. Je n'ai pas baissé les bras et j'ai continué à me rendre au bureau du programme. Finalement, j'ai été acceptée en 1998. Ce programme m'a donné la possibilité de prendre part à la mobilisation communautaire ». Elle explique ainsi le rôle d'une *Lady Health Worker* : « la travailleuse de la santé a une fonction de motivation et d'éducation. Elle forme les femmes en matière de santé, d'hygiène et de santé reproductive, et elle incite les familles à recourir au planning familial ».

Nazneen note que « la formation était exhaustive et de bonne qualité. Elle m'a permis d'améliorer mes compétences dans le domaine de l'organisation communautaire et de la communication interpersonnelle. On nous a enseigné la santé maternelle, la nutrition, les soins aux enfants, la prévention des maladies et le planning familial. Nous avons aussi appris à recueillir et à conserver les données sanitaires de base ».

Des conditions de travail précaires

Les conditions dans lesquelles les travailleuses et les cadres de la santé accomplissaient leur travail étaient similaires. Il leur était clairement stipulé que « votre activité ne tombera pas sous le coup de la Loi sur la fonction publique de 1973. Vous devrez en revanche vous conformer aux conditions énoncées dans votre contrat, qui vous seront rappelées périodiquement. Vous ne jouirez pas du droit d'entreprendre une quelconque démarche juridique »¹⁶. Les *Lady Health Workers* étaient rémunérées au moyen d'une allocation journalière d'un montant de 50 roupies (environ 0,45 euros) pendant la formation, puis d'un salaire mensuel de 1 440 roupies (environ 13 euros). Elles ne bénéficiaient d'aucun autre avantage social (par exemple l'assurance maladie, d'autres assurances, la retraite ou les bonus) et ne pouvaient prétendre qu'à un congé maternité de 20 jours, alors que le Code du travail prévoyait un congé maternité de trois mois.

Des salaires bas et des retards de paiement

Pour des femmes qui évoluent dans le milieu conservateur d'une zone rurale ou d'un quartier urbain de Karachi congestionné et privé de transports publics efficaces, les conditions de travail proposées étaient attrayantes – des horaires flexibles, un lieu de travail proche de leur domicile et une communication personnalisée avec leur clientèle. Mais ces avantages avaient un prix : un salaire peu élevé, des retards de paiement et un emploi précaire.

À ce propos, Yasmine raconte : « j'ai rejoint le programme LHW en 1996. J'étais divorcée et j'élevais ma fille toute seule. Il me fallait un revenu stable pour faire fonctionner mon foyer. Les retards de paiement m'ont posé de sérieux problèmes. Je recevais les indemnités avec quatre ou cinq mois de retard et, bien sûr, les sommes étaient dérisoires, seulement 1 440 roupies par mois. Pendant la campagne de vaccination contre la polio, nous touchions une indemnité de 50 roupies par jour. Mais elle était aussi payée en retard ».

Leur niveau de rémunération et les retards de paiement

sont les problèmes fondamentaux auxquels les travailleuses et cadres de santé étaient confrontées. Les *Lady Health Workers* étaient toutes issues de groupes sociaux à faible revenu ou situés dans la tranche inférieure de la catégorie « revenu intermédiaire ». Elles ne disposaient donc pas d'actifs ou d'épargne qui leur aurait permis de compenser les jours ou les mois durant lesquels leur salaire ne leur parvenait pas. Elles se trouvaient par conséquent piégées dans une situation humiliante et démoralisante, et contraintes de demander aux propriétaires des épicerie locales, à leurs ami·e·s et à leur voisin·e·s de leur faire crédit.

Les retards de paiement prolongés ont incité les travailleuses et les cadres de santé à se rassembler au sein de petits groupes de district, et ce dans toutes les provinces. Ces groupes menés par des travailleuses ou des cadres actives et expressives ont occasionnellement eu recours à des manifestations et à des rassemblements de rue. En juin 2002, les LHW, équipées de banderoles et de pancartes, ont manifesté devant le Dadu Press Club, dans la province du Sindh, parce qu'elles n'avaient pas été payées depuis huit mois. Elles ont eu le courage de scander des slogans qui visaient le responsable exécutif pour la Santé du district de Dadu¹⁷. C'est à peu près à cette période que leur mobilisation a commencé à attirer l'attention des médias.



Les violences basées sur le genre

La société pakistanaise est une société patriarcale dans laquelle la domination des hommes est particulièrement marquée. Mais les rapports traditionnels entre hommes et femmes observent des évolutions importantes à mesure que la sphère publique devient accessible aux femmes et que la sphère privée dans laquelle elles étaient traditionnellement reléguées, se réduit – passage du clan à la famille étendue, puis à la famille nucléaire. Sous l'influence des contraintes économiques, les femmes entrent en nombre de plus en plus important dans la population active des secteurs formel et informel, ce qui leur permet d'accéder progressivement à plus d'autonomie. Elles s'affirment de plus en plus dans la sphère publique comme dans la sphère privée. Elles construisent leur propre vision du monde, une vision déterminée par des idéaux de justice et d'équité inhérente entre les genres. Les jeunes femmes remettent de plus en plus fréquemment en cause les traditions qu'elles trouvent dégradantes et injustes.

Si les femmes voient le monde différemment, les hommes restent cependant pour beaucoup sur leurs positions de domination. L'augmentation du nombre d'actes de violences contre les femmes, sous différentes formes (crimes d'honneur, viols, violence domestique), atteste de la confrontation entre ces deux visions du monde.

Depuis le début du programme, les travailleuses et cadres de santé subissent une violation de droits humains fondamentaux, basée sur le genre : le harcèlement sexuel. L'arrivée d'un grand nombre de femmes dans un secteur public de la santé dominé par les hommes, notamment dans les zones rurales, a créé des vagues dans les eaux stagnantes de ce milieu conservateur féodo-patriarcal. Le personnel des infrastructures publiques de santé – dont les centres ruraux de santé, les unités sanitaires de base, les centres de santé pour les mères et les enfants et les hôpitaux centraux de district – est en très grande partie composé d'hommes. Que ce soit au niveau des districts ou des provinces, presque tous les postes dans le cadre du LHWP – coordinateur, assistant de coordination, responsable de programme sur le terrain, de logistique ou de comptabilité, personnel de l'Unité de mise en œuvre du programme – sont occupés par des hommes, dans les zones rurales comme urbaines.

Quelques très rares femmes ont été nommées assistantes de coordination de district.

Comme l'ont rappelé les *Lady Health Workers* interrogées dans le cadre de cette étude et comme l'ont souligné les rapports et évaluations réalisées par différentes parties prenantes, les communautés – particulièrement les hommes – ont opposé durant les premières années d'existence du programme, une résistance acharnée au fait que les femmes puissent faire du porte-à-porte. Cette résistance s'est notamment exprimée sous la forme de remarques grossières, sexistes et humiliantes. Une cadre de santé d'un district rural raconte ces propos et déclare : « Nous avons mené un long et difficile combat, mais notre dévouement et notre engagement a permis de faire changer les attitudes. Maintenant, nous sommes respectées par la communauté ».

Un article de presse de 2004 évoque les préjugés de la communauté à l'encontre des *Lady Health Workers* et met l'accent sur la lutte de ces femmes pour changer les perceptions négatives dont elles étaient victimes. A Thatta, une petite ville de la province de Sindh, l'hôpital de district avait organisé un pot de départ auquel les travailleuses de la santé étaient conviées. Un média local a décrit cet événement comme un défilé de mode et une Saint Valentin nocturne, et les travailleuses de la santé présentes comme des « femmes déchues » caractérisées par leur « nature immorale ». Vingt-six d'entre elles ont démissionné en signe de protestation contre les articles diffamatoires des journaux locaux¹⁸.

Au sein du programme LHW, le harcèlement sexuel s'est manifesté sous différentes formes qui ont été décrites par les travailleuses et cadres de santé interrogées. Selon Humaira, une cadre de santé confirmée, « les fonctionnaires tentent de séduire et de manipuler les jeunes filles qui viennent juste de quitter leur foyer pour trouver un emploi ». Les travailleuses de la santé subissent souvent en silence des remarques et gestes violents, dégradants et provocants. Le harcèlement sexuel n'est pas évoqué dans les évaluations du programme. Les *Lady Health Workers* n'en parlent pas non plus aux médias ou à leur hiérarchie, parce qu'il s'agit d'un sujet particulièrement délicat. Elles pourraient se trouver exposées à la réprobation de la communauté, risquer le renvoi ou subir les représailles des fonctionnaires concernés.

La corruption

Les travailleuses et les cadres de santé auraient également été confrontées à la corruption qui prévalait dans les départements de la Santé et bureaux associés. À ce propos, Fatima raconte : « j'ai été nommée *Lady Health Worker* au mérite en 2000. Mais, quand j'ai déposé ma candidature et que j'ai été sélectionnée pour le poste de cadre de santé, on m'a demandé de payer un dessous-de-table de 35 000 roupies au responsable adjoint du district. On m'a dit qu'à défaut, ma candidature ne serait pas approuvée. J'ai déposé une plainte auprès du siège à Islamabad pour leur faire part de cet incident. Dans l'intervalle, la formation pour les cadres avait commencé. Le responsable adjoint a refusé que j'entre dans la salle, alors même que mon nom figurait sur la liste. Six mois après, il a été renvoyé pour des faits de corruption ».

D'après ce qui a été rapporté par quelques autres cadres et tous les entretiens menés auprès des *Lady Health Workers* dans le cadre de cette étude, le renvoi de cette personne – et de quelques autres impliquées dans des affaires similaires – n'aurait pas mis fin à la corruption au sein du programme. Mais les plaintes déposées par des travailleuses et des cadres de santé à titre individuel pour abus de pouvoir marquent le début du long et difficile combat entrepris par ce groupement de femmes durant la période qui a précédé la création de leur plateforme collective – le syndicat.

Les *Lady Health Workers* auraient également dû faire face à l'irrégularité de leur approvisionnement en médicaments et en matériel gratuit à distribuer à la communauté. Le fait que les médicaments soient distribués gratuitement était l'un des facteurs clés expliquant l'intérêt de la communauté pour les services dispensés par les LHW. Nighat, une travailleuse de la santé, raconte : « les personnes en charge de la gestion des stocks les dérobaient avec la complicité d'autres fonctionnaires. Nous ne recevions jamais ce dont nous avons besoin. Il y avait souvent des retards dans l'approvisionnement. Nous devons faire la queue pendant de longues heures. J'ai protesté contre ce système. En 2003, je suis descendue dans la rue avec d'autres *Lady Health Workers*. J'ai réussi à convaincre ma hiérarchie de donner l'autorisation aux cadres de santé de prendre directement les médicaments et de tenir le stock. Le poste de responsable du stock a été supprimé. »

Les véhicules professionnels confiés aux *Lady Health Supervisors* auraient également été abusivement utilisés par les fonctionnaires de haut rang. Tasneem explique à ce sujet : « quand j'ai été nommée cadre de santé en 1996, on m'a confié un véhicule. Une semaine après, il a

été réquisitionné par un responsable du district de santé. Il l'a conservé pendant deux ans. On m'a dit que le véhicule était utilisé par les enfants d'un membre de l'Assemblée provinciale. J'ai porté cette question à l'attention du fonctionnaire chargé du programme sur le terrain, mais il était complice. Il avait imité ma signature sur le carnet de route du véhicule ». L'évaluation du programme a montré que 22 % des *Lady Health Supervisors* n'avaient jamais pu avoir accès à un véhicule et que 42 % d'entre elles ne bénéficiaient pas de l'indemnité pour le carburant, l'huile et les lubrifiants¹⁹.

Les critères de sélection des travailleuses de la santé sont stricts et les entretiens sont menés par un jury composé de plusieurs personnes. Toutefois, le népotisme et le favoritisme feraient fréquemment irruption dans le processus de nomination. Selon Ferdous, « 15 à 20 % des *Lady Health Workers* sont des travailleuses fantômes nommées par des fonctionnaires corrompus qui touchent 50 % du salaire de ces postes fictifs ». Les *Lady Health Workers* voient donc leur maigre salaire, leurs indemnités de déplacement sur le terrain, leurs indemnités de formation et leurs primes pour la vaccination contre la polio amputées par la corruption. Ayesha raconte par exemple que « les nominations pour les programmes de formation et les cours intensifs sont souvent décidées par des fonctionnaires de la santé qui y envoient les filles qu'ils apprécient ou les femmes de leur famille ».

Il semble que la corruption se soit intensifiée au sein du programme après 2012, date à laquelle la Cour suprême a décidé que les gouvernements provinciaux devaient intégrer les *Lady Health Workers* dans la structure sanitaire. En 2014, quand les gouvernements provinciaux se sont finalement pliés à la décision de la Cour suprême, les fonctionnaires concernés ont demandé aux travailleuses de payer la somme de 1 000 roupies pour obtenir leur lettre de nomination conforme aux nouveaux termes de leur contrat. Les *Lady Health Workers* se sont battues bec et ongles contre cette pratique. Bushra raconte les événements suivants : « nous avons rassemblé des plaintes déposées par des travailleuses à titre individuel sur papier timbré, et nous avons fourni tous ces documents à la Cour. Nous avons exigé que chaque travailleuse reçoive sa lettre de nomination par courrier à son adresse personnelle ». Le syndicat élabore actuellement une stratégie pour lutter contre la corruption et récupérer l'intégralité de leurs arriérés de salaires. Certaines d'entre elles attendent en effet des sommes allant jusqu'à 300 000 roupies (environ 2710 euros), et les fonctionnaires chargés des décaissements exigent de chaque travailleuse désireuse de récupérer ses arriérés de salaire qu'elle verse un pot-de-vin de 50 000 roupies.

Premiers enseignements de la mobilisation et du processus de syndicalisation

Pendant cette période, les *Lady Health Workers* ont pris part à la lutte collective de l'Association pakistanaise du personnel paramédical. Dans la province de Sindh, cette association représentait près de 33 000 agent·e·s paramédicaux·ales qui travaillaient dans des conditions insatisfaisantes pour le département de la Santé de la province. En juin 2005, le personnel paramédical a relancé sa campagne dans tous les districts pour obtenir une réforme structurelle de son secteur d'activité, un secteur qui incluait les travailleuses de la santé. Ces dernières se sont d'ailleurs impliquées dans la campagne²⁰. En 2006, le secteur d'activité du personnel paramédical a effectivement été réorganisé par le gouvernement provincial²¹. Mais le statut des travailleuses de la santé n'a pas été pris en compte dans ce remaniement parce qu'elles étaient intégrées dans un autre programme. Les *Lady Health Workers* ont toutefois appris que les initiatives collectives mises en œuvre à partir d'une plateforme unifiée pouvaient porter des fruits. Les interactions avec le personnel paramédical leur ont permis de se familiariser avec le fonctionnement et les dynamiques de la mobilisation et du pouvoir de la rue.

L'autonomisation

La vie des *Lady Health Workers* a changé de manière tangible après plus de dix ans de pratique au sein du programme. Leurs activités leur ont permis de gagner en crédibilité et en respect au sein de la communauté. La qualité de vie de leur famille s'est améliorée grâce à leur revenu, bien que celui-ci soit peu élevé et payé irrégulièrement. Le fait qu'elles exercent un emploi et qu'elles se confrontent au monde extérieur leur a permis de conquérir le droit à s'exprimer et une certaine capacité d'action. La quatrième évaluation du LHWP, entreprise en 2008, a mesuré le degré d'autonomisation des travailleuses de la santé et conclut qu'elles étaient devenues « plus susceptibles de prendre des décisions de manière autonome sur l'utilisation de leur salaire [...], plus susceptibles d'agir en tant que seules décisionnaires dans le champ des questions relatives au foyer (par exemple sur le fait d'avoir ou non un autre enfant), l'éducation des enfants, le recours aux méthodes de planning familial, le budget du ménage, les emprunts et l'adoption de comportements favorisant la bonne santé »²². Avec le temps, les travailleuses et les cadres de santé se sont exprimées avec plus d'assurance et de fermeté sur leurs droits dans les sphères publique et privée. Les activistes que comptaient leurs rangs ont finalement compris qu'elles ne parviendraient jamais à lutter contre leurs conditions de travail injustes si elles n'étaient pas unies et ne disposaient pas de leur propre forum.

4. Se rassembler : la constitution du syndicat (2008)

En 2008, le programme s'était considérablement étendu. Les *Lady Health Workers* étaient actives dans les zones les plus reculées, isolées et désavantagées ; leurs heures supplémentaires représentaient 50 % de leur temps de travail prévu ; elles fournissaient de nombreux services à une part de la population plus importante qu'elle ne l'était huit ans auparavant ; et elles avaient amélioré leurs performances²³. Toutefois, leurs conditions de travail restaient déplorables. Elles étaient confrontées au stress permanent de voir leur contrat résilié sans préavis et sans raison valable. Selon Sohaila, une LHW, « ces conditions de travail nous plaçaient en situation d'insécurité et nous contraignaient à tolérer le harcèlement et les humiliations que nous imposaient les fonctionnaires ». À cette période, les salaires étaient encore fréquemment payés en retard. En outre, nombre de travailleuses de la santé recevaient des salaires inférieurs à ce qui leur était dû et la plupart d'entre elles ignoraient les raisons de cette soustraction²⁴.

Les *Lady Health Workers* étaient particulièrement perturbées par le fait qu'elles-mêmes n'aient pas accès aux structures de santé. Bushra Arain, membre fondatrice de la *All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association*, se rappelle : « il m'est arrivé d'être témoin de la mort de deux travailleuses de la santé en un mois. Un médecin d'une clinique privée a demandé à l'une d'elle un paiement d'avance pour prendre en charge son accouchement. La travailleuse enceinte lui a donné ses boucles d'oreille en or, mais ce n'était pas suffisant pour ce médecin. Après l'accouchement, elle a été renvoyé plus tôt à son domicile avec une perfusion défaillante, et elle en est morte ». « J'ai mentionné ces questions à l'occasion des réunions mensuelles pour la santé maternelle », ajoute-elle, « Mais les fonctionnaires n'ont rien fait pour résoudre le problème. Ils se préoccupaient seulement du programme et de ses résultats, comme si les travailleuses et cadres de santé – qui sont pourtant celles qui dispensent les soins – n'existaient pas. »

Le 12 décembre 2008, Bushra Arain et plusieurs autres cadres de santé ont boycotté la réunion mensuelle prévue. En lieu et place, elles ont organisé un *sit-in* dans trois lieux différents de la ville natale de Bushra, Jacobabad, dans la province de Sindh. Bushra raconte : « à ce moment, nous savions que rien ne changerait si nous ne soulevions pas ces problèmes par le biais d'une plateforme collective ». Avec quelques autres cadres de santé motivées, elle s'est résolue à mobiliser les *Lady Health Workers* de tous les districts et de toutes les provinces. « Nous avons levé des fonds de nos deniers personnels et sommes parties dans différents districts des quatre provinces. Nous avons rencontré des travailleuses et des cadres de santé, parlé des difficultés qu'elles rencontraient et partagé nos expériences, et nous leur avons demandé de rejoindre le syndicat ». Elles ont parcouru les routes pendant trois mois et ont rencontré des milliers de travailleuses de la santé des provinces du Sindh, du Pendjab, du Khyber Pakhtunkhwa ainsi que de l'Azad Cachemire et de quelques zones tribales sous administration fédérale.

« Nos familles et communautés nous ont dit que nous étions folles. Mais nous étions animées par le *junoon* (la passion). Et nous pensions pouvoir défier les plus hauts échelons de la hiérarchie du département de la Santé pour revendiquer nos droits », explique Bushra. Les cinq cadres de santé qui composaient ce groupe – Bushra, Nasreen, Khairunnisa, Asma et Halima – ont choisi des représentantes confirmées, virulentes et dynamiques dans chaque zones et leur ont confié le rôle de *baji* (grande sœur). Dès le début de l'année 2009, elles ont demandé à l'Association du personnel paramédical de les autoriser à utiliser leur numéro d'immatriculation pour valider l'existence de la *All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association* qu'elles venaient de créer. En 2010, elles ont obtenu leur immatriculation autonome, dans le cadre de l'Ordonnance de 1961 sur les mutuelles de prévoyance sociale (immatriculation et contrôle).



Bushra Arain lors d'une réunion communautaire à Jacobabad, province de Sindh, 2013.

© All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association

5. Les stratégies de campagne : la mobilisation et les interventions juridiques (2008-2010)

Les plus hautes dirigeantes du mouvement savaient que les manifestations et rassemblements sporadiques seraient insuffisants et qu'il était indispensable que toutes les travailleuses de la santé du Pakistan se rassemblent pour revendiquer leurs droits. « Les fonctionnaires du département de la Santé n'ont jamais reconnu notre rôle et ils n'ont jamais voulu nous intégrer dans la structure sanitaire », déclare Farhat, qui était convaincue du succès que rencontrerait la mobilisation stratégique de la base. En 2008, le programme comprenait 90 000 travailleuses et cadres de santé. Parce qu'elles étaient elles-mêmes des vecteurs de mobilisation et des catalyseurs du changement des attitudes qui prévalaient au sein de la communauté en matière de soins de santé et de planning familial, ces femmes savaient instinctivement que le changement est un processus lent, mais qu'il leur était possible de réussir.

La mobilisation de la base

En 2008, chaque cadre de santé était chargée de conseiller et de suivre 23 travailleuses²⁵. Toutes avaient établi des relations cordiales avec les travailleuses de la santé qu'elles supervisaient et étaient en contact avec les cadres des autres zones géographiques qu'elles rencontraient régulièrement à l'occasion des réunions et des programmes de formation. La décision de constituer le syndicat a été communiquée lors des réunions qui se tenaient dans les centres ruraux de santé du district. Anila, une travailleuse de la santé, se souvient : « pendant une réunion, nos cadres nous ont expliqué qu'un syndicat avait été constitué. Elles ont dit qu'il était important que nous puissions disposer d'un syndicat susceptible de transmettre nos revendications au plus haut niveau. Nous devons lutter collectivement. Nous avons été enregistrées en tant que membres. Chaque mois, nous collectons une *chanda* (contribution) d'une valeur de 50 roupies dans les premiers temps, dans le but de couvrir les frais des réunions et les autres dépenses du syndicat ».

« Avant les rassemblements ou les *sit-in*, nos cadres nous consultaient pour choisir les dates. Nous recevions ensuite les informations sur la manifestation et le lieu de rendez-vous sur nos téléphones portables », raconte Rasheeda. En 2008, au Pakistan, les réseaux mobiles couvraient, à cette époque, près de 90 % du territoire et 59 % de la population – sans distinction de genre²⁶.

Les *Lady Health Workers* assumaient en commun les dépenses de transport jusqu'au lieu des manifestations. Elles ne craignaient pas les conséquences de leurs manifestations, souvent interrompues par les forces de police qui procédaient à des arrestations. « Nous avons confiance en nos aînées. Elles communiquent les lieux et dates des *sit-in* et des manifestations aux responsables municipaux, à la police, aux rangers et aux médias. Elles se conforment aux exigences légales en matière de manifestations publiques. Nous sommes bien protégées par nos cadres », poursuit Rasheeda.

Les interventions juridiques

Les responsables du syndicat des travailleuses de la santé ont compris que la mobilisation et les démonstrations de force dans l'espace public n'obtiendraient pas les résultats attendus. Les fonctionnaires de la santé réagissaient habituellement aux *sit-in* et aux rassemblements en assurant verbalement les travailleuses en grève du fait que leurs revendications seraient prises en compte. Mais, une fois le calme revenu, les activités reprenaient sans qu'aucune de leurs promesses ne soient tenues. Pendant cette période, la direction du syndicat s'est familiarisée avec les stratégies mises en œuvre par d'autres syndicats de travailleurs-ses de la base. En mars 2009, par exemple, la « longue marche » des avocat-e-s au Pakistan est venue conclure un mouvement long de deux ans en faveur de la restauration du pouvoir judiciaire, un mouvement victorieux et désormais célèbre. Les dirigeantes du mouvement des LHW étaient en contact avec quelques avocat-e-s. La

restauration du pouvoir judiciaire a nourri les espoirs de la société civile. Cet événement a notamment provoqué une augmentation du nombre de dossiers déposés auprès de la Cellule de la Cour suprême en charge des droits humains²⁷.

« On nous a conseillé de prendre contact avec la Cellule de la Cour suprême en charge des droits humains. Nous n'avions pas les ressources suffisantes pour nous engager dans une bataille juridique, mais nous avons été encouragées par quelques avocat-e-s. Nous avons levé les fonds nécessaires pour couvrir les frais juridiques et les voyages fréquents qu'occasionnerait cette procédure, tout d'abord entre nous puis auprès des membres du syndicat », explique Bushra Arain qui, avec deux autres cadres de santé – Ruskhsana Anwar et Saima Rafiq –, a déposé une plainte, mi-2009, dans laquelle elle exigeait que les emplois des *Lady Health Workers* deviennent fixes et mieux rémunérés. La plainte a été enregistrée par la Cour suprême et est devenue l'Affaire de droits humains N°16360. La Cour a commandé un rapport sur le sujet au secrétariat à la Santé du gouvernement fédéral

Pour accélérer le processus, les *Lady Health Supervisors* ont déposé une autre plainte au début de l'année 2010, l'Affaire de droits humains N°1859-S. Les deux affaires ont été rassemblées et présentées devant la Cour le 7 septembre 2010. La Cour a ordonné aux ministères provinciaux de la Santé d'augmenter les salaires des travailleuses et cadres de santé, des responsables de la comptabilité et des chauffeurs pour atteindre le salaire



Les représentantes du syndicat des travailleuses de la santé accompagnées par des membres de la magistrature pendant la Conférence juridique internationale tenue à Islamabad, en avril 2012.

© All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association



Islamabad, sit-in des Lady Health Workers devant l'Assemblée nationale pour protester contre les assassinats ciblés des membres de l'équipe de vaccination contre la polio à Charsadda, province Khyber Pakhtunkhwa, 2013.

© All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association

minimum national fixé à 7 000 roupies (environ 63 euros) par mois, conformément à l'Ordonnance de 1961 sur les salaires minimum des travailleurs sans qualification, et ce avec effet au 1^{er} septembre 2010. Les requérantes ont tenté d'obtenir la mise en application de la décision de la Cour. Finalement, le 4 novembre 2010, l'affaire a été classée par la Cour qui a déclaré que le jugement devait être interprété comme « [...] une directive qui devra par la suite être prise en compte par les responsables de département chargés de fixer les salaires des employé·e·s engagés par les institutions gouvernementales sur base contractuelle ou au sein de tous les programmes financés par le gouvernement ou toute autre agence »²⁸. Cette affaire a fait jurisprudence en matière de droit au salaire minimum de l'ensemble des travailleurs·ses vulnérables employé·e·s dans le secteur public.

Les gouvernements provinciaux ont été incités à mettre en œuvre cette décision par le biais de plusieurs autres décisions et audiences relatives à deux plaintes pénales originales (No.15 et No. 73) déposées en 2012 par Bushra Arain et d'autres cadres de santé contre les autorités nationales pour outrage à la Cour.

Les gouvernements provinciaux ont commencé à accorder le salaire minimum aux *Lady Health Workers*, sans toutefois mettre en application la décision de la Cour en matière de régularisation de leur statut professionnel²⁹. En 2012, les travailleuses de la santé ont déposé une

troisième plainte constitutionnelle (N°36) dans le but d'obtenir cette régularisation dans les quatre provinces, le Territoire fédéral d'Islamabad et les zones tribales sous administration fédérale. La Cour Suprême a ordonné à tous les gouvernements provinciaux d'inclure les emplois liés au LHWP dans la structure des services publics à partir du 1^{er} juillet 2012.

Les *Lady Health Workers* ont mené une autre bataille juridique pour obtenir la mise en application de cette dernière décision. Elles ont déposé une nouvelle plainte contre les provinces pour outrage à la Cour. Le 16 janvier 2013, au cours d'une réunion du Comité spécial constitué par le gouvernement fédéral pour traiter ce problème, il a été ordonné aux provinces d'accélérer le processus de régularisation des activités des LHW. Parallèlement, le *Council of Common Interests* (CCI, Conseil des intérêts communs) a également décidé, au cours d'une réunion qui s'est tenue le 23 janvier 2013, que le gouvernement fédéral paierait lui-même les salaires des LHW jusqu'en 2017. En conséquence, les gouvernements des quatre provinces, du Territoire fédéral d'Islamabad et des zones tribales sous administration fédérale ont envoyé les notifications nécessaires aux départements concernés³⁰.

Les leaders du syndicat des travailleuses de la santé ont par la suite appris que le gouvernement du Pendjab avait catégoriquement refusé de financer la retraite des travailleuses, décision contre laquelle elles ont porté plainte. La Cour a tranché en ces termes : « aucune

décision défavorable et contraire à leurs intérêts [aux intérêts des *Lady Health Workers*] tels que définis par la Constitution et la loi ne devra être prise par le gouvernement fédéral ou par ceux des provinces, du Territoire fédéral d'Islamabad ou des zones tribales sous administration fédérale ». ³¹

En 2014, après une autre année de bataille juridique, le gouvernement du Baloutchistan a émis l'ordre officiel de régularisation des activités des LHW. En mai 2014, le gouvernement de la province de Sindh a voté l'Ordonnance de 2014 sur la régularisation des activités des *Lady Health Workers* et, en septembre 2014, le gouvernement du Khyber Pakhtunkhwa a procédé de même, à contrecœur. En janvier 2015, les fonctionnaires de l'Azad Jammu-et-Cachemire ont fait en sorte de régulariser les activités des travailleuses de la santé après avoir lancé une campagne et rencontré différents responsables politiques dont le Premier ministre, le vice-président de l'Assemblée législative de l'Azad Jammu-et-Cachemire, le secrétaire des Finances ainsi que le directeur général de la Santé³². Le gouvernement de la plus grande province, le Pendjab, est celui qui a opposé la résistance la plus farouche aux revendications des *Lady Health Workers*. Finalement, le 29 juillet 2016, il a décidé d'intégrer les travailleuses et le personnel du programme dans la fonction publique, régie par la Loi de 1974 sur la fonction publique du Pendjab³³.

Les *Lady Health Workers* ont ensuite poursuivi leur bataille juridique, cette fois pour obtenir la mise en œuvre des décisions provinciales. En effet, aucune des provinces n'avaient envoyé au personnel du LHWP leurs lettres de nomination dans la nouvelle structure. Elles l'ont finalement été en 2014, après plusieurs décisions de justice et audiences, mais les responsables des départements ont harcelé les *Lady Health Workers* pour obtenir une gratification en échange de la remise en main propre de la lettre en question. « Nous avons présenté les preuves de ces grossières malversations à la Cour suprême et demandé à ce que les lettres de nomination soient envoyées par courrier au domicile de chaque travailleuse du pays », raconte Bushra Arain. Dans sa décision datée du 23 octobre 2014, la Cour Suprême a ordonné aux départements concernés des quatre provinces de « faire en sorte que les travailleuses de la santé employées par les provinces ne soient pas harcelées et qu'il ne leur soit fait aucune demande ou exigé aucune gratification de nature illégale en échange de leur lettre de nomination »³⁴.

Le syndicat des travailleuses de la santé tient le pouvoir judiciaire en haute estime. Bushra ainsi que les autres cadres de santé présentes aux audiences en témoignent :

« les juges en chef, les juges, les avocat-e-s et tout le personnel de la Cour suprême nous ont apporté une aide extrêmement précieuse et se sont montrés très sensibles à notre cause. Les fonctionnaires gouvernementaux n'auraient rien fait sans les décisions prises par la Cour suprême. »

Les manifestations, les grèves et les *sit-in*

Conscientes de la puissance que leur conférait leur nombre, les *Lady Health Workers* ont appris à utiliser le pouvoir de la rue dès le début de la lutte qu'elles ont menée sous l'égide de leur syndicat. Le verdict énoncé par la Cour en 2010 les a enhardies, et elles ont commencé à organiser de grandes manifestations ainsi que des marches de protestation pour obtenir le paiement de leur salaire ainsi que des prestations de service régulières dans les quatre provinces et les zones tribales. Au mépris des normes familiales conservatrices, elles sont descendues dans la rue à l'appel de leurs leaders, avec leur voile ou leur *chaddar*, pour manifester ou prendre part à des *sit-in*. Pendant ces événements, certaines LHW ont été blessées lors d'échauffourées avec la police, et certaines ont été arrêtées.

Les médias ont abondamment couvert la lutte des *Lady Health Workers*³⁵. L'année 2012 a été un tournant dans cette lutte, parce qu'elles ont œuvré à la mise en application des décisions de la Cour suprême tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des tribunaux. En janvier, dans tout le pays, les travailleuses de la santé et le reste du personnel du programme ont envahi les rues. Elles ont commencé par des manifestations au niveau des districts et des quatre provinces, avant de se rassembler à Islamabad, la capitale du pays. Le 26 mars, les travailleuses de la santé des provinces du Pendjab et du Khyber Pakhtunkhwa ont organisé un *sit-in* sur le site des défilés militaires et ont marché vers le Parlement. La police antiémeute a tenté de les arrêter. De nombreuses travailleuses ont été blessées au cours de ces affrontements³⁶.

Les *Lady Health Workers* se sont encore une fois rassemblées à Islamabad le 18 avril. Elles ont lancé un ultimatum aux autorités et menacé de recourir à l'auto-immolation par le feu si leurs revendications n'étaient pas entendues. L'un des membres du personnel du programme, un chauffeur, s'est infligé des brûlures graves. Les policiers « se sont battus avec les manifestant-e-s pour les empêcher de mettre le feu à leurs vêtements imbibés d'essence »³⁷. En repensant à cette journée, Bushra Arain déclare : « nous avons subi des injustices au travail pendant 18 ans. Nous étions désespéré-e-s à cause de l'apathie des pouvoirs publics. Nous voulions que l'on

nous entende, même si nous devons y laisser la vie ». La liste des rassemblements, grèves et *sit-in* organisés par les travailleuses entre 2010 et 2016 est en effet très longue et nécessiterait un récit détaillé.

L'un des facteurs qui a contribué à faire connaître la lutte des *Lady Health Workers* aux niveaux national et international a été leur contribution à la campagne de vaccination contre la polio, un travail qu'elles ont accompli malgré la résistance violente des fondamentalistes religieux des différentes communautés. Les équipes de vaccination ont souvent été agressées et plusieurs travailleuses de la santé ont été tuées par balle.

6. La dynamique du syndicat

Le syndicat des travailleuses de la santé emploie des méthodologies de type communautaire et a adopté un mode de communication de face-à-face. Comme les travailleuses et les cadres de santé sont membres de la même communauté, la continuité des discussions sur les questions professionnelles et la stratégie du syndicat est assurée. Les rapports entre la direction du syndicat et les travailleuses sont caractérisés par un lien de confiance. Le syndicat tire une grande partie de son pouvoir du grand nombre de travailleuses mobilisées sous son autorité et est parvenu à créer une identité collective. Cette dernière est notamment le fruit de l'absence de diversité des emplois subalternes : toutes les personnes représentées sont des travailleuses et cadres de santé, à l'exception de quelques autres types de postes comme les comptables et chauffeurs. Malgré cela, le syndicat a été confronté à des tensions internes et a dû résoudre un certain nombre de problèmes.

Les questions qui ont le plus souvent posé problème sont celles relatives à l'organisation interne et à la gestion financière du syndicat. Depuis sa création, le syndicat s'est essentiellement consacré à la réalisation de ses objectifs – faire valoir les droits des travailleuses de la santé (par exemple la régularisation de leurs activités, l'obtention de salaires plus élevés et payés régulièrement, les avantages sociaux) et a négligé sa structure organisationnelle. En 2010, quand il a été officiellement immatriculé sous le nom de la *All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association*, les membres fondatrices, basées dans la province de Sindh, ont été nommées aux différents postes à responsabilité (présidente, vice-présidente, secrétaire générale, trésorière). Les autres provinces ont choisi leurs responsables parmi leurs propres cadres.

La structure de l'organisation est caractérisée par un mode de leadership fondé sur une prise de décision centralisée et un manque de gouvernance démocratique. Cette centralisation a fonctionné en parallèle avec une forme de décentralisation des « rôles subalternes » dans les provinces et districts. Les travailleuses et les cadres de santé actives y ont en effet été sélectionnées localement. La base du syndicat est constituée de soutiens plutôt que de « membres » au sens propre du terme, dans la mesure où l'enregistrement des membres dans les provinces n'a pas été centralisé. Ce mode de gouvernance a fonctionné sans provoquer de frictions internes notables tant que le syndicat menait la lutte sur deux fronts – auprès de la Cour suprême et dans la rue. Même si le combat pour la mise en application des décisions de la Cour suprême est



Le syndicat soutenu par les médias : sit-in à Islamabad.
© All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association

encore en cours, la bataille pour le droit au salaire minimum et l'intégration dans les services publics a été gagnée en novembre 2010. Et, en 2012, les gouvernements provinciaux ont entamé à contrecœur la mise en application de la décision de la Cour suprême.

C'est à ce moment critique que certaines des lacunes de la direction centrale sont devenues visibles et que l'une des membres fondatrices a quitté l'équipe, soutenue par un groupe de partisans qui se considèrent toutefois encore comme des alliées du syndicat. « L'ancienne direction œuvre en faveur de nos intérêts pour que nous soutenions le syndicat. Nous ne sommes pas en désaccord avec les objectifs et la finalité du syndicat. Nous nous opposons simplement à son mode de fonctionnement. Il n'y a pas d'élections ; elles ne gardent pas la trace de l'argent qu'elles collectent auprès des *Lady Health Workers* pour couvrir les dépenses du syndicat ; elles ne délivrent pas de reçus ; elles ne nous consultent pas avant de prendre des décisions », déclare Asifa, une travailleuse de la santé. Selon une autre cadre, « c'est tout autre chose quand elles nous demandent de prendre part à un rassemblement qui vise à revendiquer nos droits. Tout ce que nous avons obtenu, nous le devons à leur engagement et à leurs efforts, et nous le reconnaissons. »

La direction du syndicat a organisé des réunions avec les membres insatisfaites et planifié des élections au début de l'année 2017. Les travailleuses et les cadres de santé de chaque district vont sélectionner une équipe de trois personnes – une organisatrice en chef et deux assistantes organisatrices – qui seront chargées d'organiser le processus électoral. « Dans plusieurs districts des provinces de Sindh et du Pendjab, le consensus s'est fait sur les nominations, alors que dans d'autres, des réunions préparatoires vont avoir lieu », explique Bushra. Le syndicat est prêt à organiser les élections en mars 2017. Sa direction souhaite acquérir les compétences nécessaires en gestion financière et organisationnelle et structurer davantage son organisation. Elle est actuellement à la recherche de formations adaptées. Malheureusement, les syndicats formels pakistanais sont peu nombreux et peu puissants ; ils sont dominés par les hommes et insensibles aux problématiques de genre. Les fédérations syndicales sont dysfonctionnelles et n'ont aucun lien avec les groupes de travailleurs-ses informel-le-s ainsi qu'avec les autres types de mouvements de travailleurs-ses. De plus, aucune d'entre elles ne propose de formation dans les domaines utiles à la gestion d'un syndicat.

7. Les obstacles à la lutte des travailleuses de la santé

Les *Lady Health Workers* se sont heurtées à de nombreux obstacles dans leur travail et dans leur lutte collective. Les contraintes les plus immédiates ont été les valeurs conservatrices qui prévalaient dans les familles et dans la communauté, dont le non-respect des droits des femmes au travail. Progressivement, les communautés ont compris que les activités des travailleuses de la santé dans le domaine des soins de santé primaires et du planning familial leur étaient bénéfiques. Les revenus générés par les jeunes femmes des zones rurales ont été utiles à leur famille, et il est devenu de moins en moins difficile pour les membres des communautés d'autoriser les femmes à travailler dans le cadre du LHWP.

Mais les contraintes subies par les *Lady Health Workers* au travail se sont avérées plus problématiques. La véritable bataille s'est déroulée dans la sphère publique, et elle est toujours en cours. Les institutions étatiques pakistanaises sont caractérisées par un jeu complexe de politiques de pouvoir féodo-patriarcales et sont parcourues par des biais de genre et de classe. Les travailleuses de la santé se sont heurtées à des difficultés considérables pour revendiquer leurs droits légitimes en tant que travailleuses.

La décentralisation

En 2010, le vote du 18^e amendement à la Constitution a accordé aux provinces une plus grande autonomie économique, législative et administrative. La liste des compétences concurrentes a en effet été abolie et, de ce fait, un certain nombre de domaines, dont la santé, sont tombés dans l'escarcelle des provinces. La décentralisation a entraîné le transfert de projets, de fonds et d'actifs, ainsi que des réaffectations de personnel qui ont été effectuées au cours de l'année 2011. Toutefois, un certain nombre de problèmes n'ont pas été résolus. Suite aux revendications des travailleuses de la santé, le LHWP est devenu un programme complexe. Les questions en suspens, dont celles relatives au LHWP, ont été prises en charge par le *Council of Common Interests*, un organe permanent qui a vocation à régler les différends entre les provinces et le gouvernement fédéral. Le LHWP a été transféré aux provinces en 2010, mais le gouvernement fédéral a conservé la responsabilité du paiement des salaires. Quand la Cour suprême a ordonné l'augmentation des salaires et la régularisation des activités des travailleuses de la santé, les provinces ont refusé d'assumer les charges financières supplémentaires, dans la mesure où « le gouvernement fédéral n'[avait] pas

fourni les fonds nécessaires aux programmes verticaux du domaine de la santé ».

En outre, la Commission de planification et le ministère de la Coordination interprovinciale se sont affrontés pour le contrôle des programmes nationaux de santé publique. Au départ, les unités chargées de la gestion de projet de l'ensemble des programmes dans lesquels étaient impliqués des bailleurs de fonds internationaux ont été placées sous la responsabilité du ministère de la Coordination interprovinciale. Mais la Commission souhaitait elle aussi assumer ce rôle³⁹.

Ce différend a été porté devant le CCI. Lors de la réunion du 23 janvier 2013, celui-ci a décidé que le gouvernement fédéral financerait le LHWP jusqu'au 30 juin 2017 et que « toutes les questions portant sur le passif relatif aux prestations de retraite pendant les dix ans qui suivront la régularisation, c'est-à-dire jusqu'au 30 juin 2022, seraient traitées lors d'une prochaine réunion ». Le conseil a ordonné aux gouvernements fédéral et provinciaux de mettre au point les textes législatifs régissant la structure des activités des travailleuses de la santé et leurs conditions de travail⁴⁰.

La résistance étatique aux négociations collectives des *Lady Health Workers*

L'État et les employeurs pakistanais ne tolèrent que difficilement la négociation collective et les syndicats. Ils mettent en œuvre un certain nombre de lois défavorables et de tactiques de répression – harcèlement, menaces, renvoi, actes visant à diviser les membres des syndicats – dans le but de compromettre la constitution de syndicats et le déroulement des négociations collectives. Le Code du travail restreint considérablement les possibilités d'immatriculation d'un syndicat. De ce fait, les associations de travailleurs-ses sont officialisées dans un autre cadre législatif, celui de l'Ordonnance de 1961 sur les mutuelles de prévoyance sociale (immatriculation et contrôle), un texte de loi qui traite exclusivement des activités relatives à la protection sociale mais permet toutefois aux travailleurs-ses de disposer d'une plateforme d'associations.

Le gouvernement s'est trouvé confronté à un problème considérable quand les travailleuses de la santé, le plus bas échelon de la hiérarchie du secteur public de la santé, ont émergé de tous les coins et recoins du pays pour se rassembler et mener une négociation collective sous l'égide de la *All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association*. Le mouvement des *Lady Health Workers* a mis à nu les côtés sombres du secteur public de la santé – le non-respect des droits des travailleurs-ses, une mauvaise gouvernance, la corruption. Ce mouvement est unique dans la mesure où il a opposé des travailleuses – situées au plus bas de la hiérarchie et marginalisées – à un État dominé par les hommes, patriarcal et puissant. Beaucoup de responsables gouvernementaux étaient hostiles au courage de ces femmes à agir, à leur pouvoir numérique et dans la rue, ainsi qu'à leur obtention de gain de cause auprès de la Cour suprême.

L'affaire de droits humains portée devant la Cour suprême par les *Lady Health Workers* en 2009 et leur volonté de faire valoir leurs droits en tant que travailleuses ont conduit des fonctionnaires fédéraux et provinciaux de haut rang devant la Cour suprême. « Le gouvernement du Pendjab s'est avéré le pire. Ils nous ont ridiculisées, ils se sont moqués de nous et ils nous ont affirmé que le LHWP ne serait jamais régularisé », explique Bushra. Dans la province de Sindh, siège de la direction du syndicat, les fonctionnaires gouvernementaux ont tenté de monter les leaders du syndicat les unes contre les autres. Bushra raconte encore : « ils voulaient que le syndicat éclate en plusieurs factions ; ils voulaient que nous nous battions les unes contre les autres et que nous oublions nos objectifs collectifs. Mais, jusqu'à maintenant, ils n'ont pas réussi. Oui, nous avons connu des désaccords mais, heureusement, ils n'ont pas causé de tort au syndicat ».



Les représentantes du syndicat s'adressant à un représentant officiel.

© All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association

8. 2016 : la lutte continue

La lutte des travailleuses de la santé pour faire valoir leurs droits – le paiement régulier des salaires, la sécurité de l'emploi – continue. Si les gouvernements provinciaux ont accepté d'intégrer ces travailleuses dans les services publics, le processus de mise en application de cette décision reste très insatisfaisant dans la lettre et dans l'esprit. Durant toute l'année 2016, les salaires ont encore été payés en retard – des retards pouvant parfois atteindre quatre mois –, ce qui a perturbé les travailleuses même si elles sont désormais rémunérées selon l'échelle salariale des services gouvernementaux. Ce traitement injuste et illégal les contraint à descendre dans la rue pour se faire entendre de la société toute entière dans l'arène publique, grâce à la couverture de la presse écrite et des médias numériques.

Le 15 mai 2016, près de 1 200 travailleuses et cadres de santé ont manifesté dans la ville de Peshawar, dans la province de Khyber Pakhtunkhwa, parce qu'elles n'avaient pas touché leur salaire depuis trois mois. Elles n'avaient pas non plus reçu leur ordre de régularisation⁴¹. En juin, des LHW ont manifesté devant le Club de la presse de Mirpur Khas, dans la province de Sindh, pour réclamer le paiement de leurs salaires retenus depuis quatre mois par le Trésor public⁴². En novembre, d'autres ont encore une fois protesté contre les retards de paiement en organisant des manifestations à Hyderabad et Karachi, dans la province de Sindh⁴³.

Différents facteurs sont à l'origine de ces retards de paiement, mais le plus important d'entre eux tient au fait que le gouvernement n'a pas encore mis au budget les salaires des travailleuses de la santé, dans la catégorie des dépenses non consacrées au développement du *Schedule of New Expenditure* (SNE, Échéancier des nouvelles dépenses). Il semble que le département administratif n'ait pas envoyé la proposition d'intégration des salaires du personnel du LHWP au SNE. Quand cette proposition sera envoyée, si toutefois elle l'est, le département des Finances prendra encore du temps pour procéder à son approbation et publier l'avis nécessaire à son inclusion dans le budget de l'année suivante. Bushra Arain garde confiance : « nous avons déposé une nouvelle plainte auprès de la Cour suprême le 7 décembre 2016, dans le but d'obtenir que cette nouveauté soit intégrée au SNE. Cela prendra du temps, mais le gouvernement sera bien obligé de s'y plier. Une fois que nous aurons obtenu cela, nous tenterons de faire valoir notre droit à la retraite, conformément à la décision du CCI prise en 2013 ».

9. Conclusion et recommandations

Le programme *Lady Health Workers (LHWP)*, un projet national de soins de santé primaires dispensés au niveau communautaire, est opérationnel depuis 1994. Dans ce cadre, au moins 130 000 travailleuses de la santé ont joué un rôle considérable dans l'amélioration des indicateurs pakistanais en matière de santé maternelle et infantile. Mais les conditions de travail de ces femmes sont longtemps restées inacceptables : des salaires bas et payés en retard, l'absence de prestations sociales de santé ou de retraite, les violences basées sur le genre et la corruption sur leur lieu de travail. En 2008, dans tout le pays, les LHW ont rejoint la *All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association* et entamé une lutte collective pour faire valoir leurs droits en tant que travailleuses.

Après un combat long de huit ans, le syndicat a atteint deux de ses objectifs clés : bénéficier du salaire minimum national et intégrer leurs activités dans la fonction publique. Le syndicat a fait preuve d'une grande détermination et s'est battu sur deux fronts : dans la rue et devant la Cour suprême. Au cours de ce processus, les LHW ont obtenu le soutien de deux alliés de poids : le pouvoir judiciaire et les médias. Le syndicat a déposé plusieurs plaintes contre les gouvernements fédéral et provinciaux auprès de la Cour suprême, dans le but d'obtenir des conditions de travail décentes. Les travailleuses de la santé ont poursuivi leur bataille juridique pour faire appliquer les décisions de la Cour. Des milliers d'entre elles ont manifesté et défilé dans les rues d'Islamabad, la capitale du pays, ainsi que dans toutes les petites et grandes villes des provinces. Le syndicat a également déposé de nombreuses plaintes collectives contre des fonctionnaires corrompus et soutenus des procédures individuelles visant à impliquer des hauts fonctionnaires du département de la Santé.

La lutte des *Lady Health Workers* est loin d'être terminée. Elles se heurteront à de nombreuses difficultés pour parvenir à remettre cause la violence de genre et à apporter leur contribution à l'économie du *care* en étant pleinement reconnues et en jouissant de leurs droits. En parallèle, le syndicat a négligé les questions relatives à sa gestion et gouvernance organisationnelle interne. Il est donc temps pour ses membres fondatrices et ses responsables de rationaliser la gestion de leur structure et de laisser place à une seconde génération de leaders.

Recommandations

Le LHWP doit en grande partie son succès au dévouement et à l'engagement des travailleuses de la santé qui dispensent les soins de santé en première ligne. Il est extrêmement important que leur statut de travailleuses qualifiées soit reconnu par l'État et par la société, et que leurs droits en tant que travailleuses soient respectés, garantis et protégés. L'inlassable lutte des *Lady Health Workers* pour la reconnaissance de leur identité de travailleuses a montré à quel point il est indispensable qu'elles disposent d'une plateforme collective. Il est également essentiel que cette plateforme, le syndicat, évolue pour devenir une institution régie par les principes démocratiques. Nous adressons les recommandations suivantes aux diverses parties prenantes identifiées dans le cadre de cette étude de cas.

À l'intention des acteurs étatiques

Après avoir échoué dans sa tentative d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), le Pakistan a adopté, en février 2016, les Objectifs de développement durable (ODD) et le programme de développement durable à l'horizon 2030 dans l'espoir de terminer le travail inachevé dans le cadre des OMD. Le gouvernement a constitué des groupes de travail parlementaires chargés d'apporter leur soutien à l'élaboration des lois fédérales et provinciales nécessaires aux ODD ainsi que des unités de soutien aux ODD⁴⁴. Dans ce contexte, nos recommandations sont les suivantes :

- En accord avec l'ODD 3 sur la santé qui vise à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et avec l'ODD 5 (« parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles »), le gouvernement doit augmenter substantiellement les enveloppes budgétaires allouées à la santé et à l'éducation ;
- Le LHWP doit être totalement intégré dans les stratégies nationales à long terme en faveur de la santé et du développement ;
- Le gouvernement fédéral doit faire en sorte que les transferts de fonds vers les provinces garantissent le paiement en temps opportun des salaires du personnel du LHWP ;
- Dans le but d'endiguer la corruption, il conviendrait de supprimer le niveau provincial de supervision du LHWP ; cela pourrait se faire en éliminant le poste de coordinateur provincial et en nommant des *Lady Health Supervisors* confirmées aux postes d'assistantes de coordination de district.

- Les ministères et départements provinciaux de la Santé devraient tenir compte du facteur genre dans la détermination de conditions de travail, de rémunérations et d'incitations non financières adaptées, et faire en sorte que toutes les formes de violence, de discrimination et de harcèlement soient absentes de l'environnement de travail.
- Le personnel de ces départements doit recevoir une formation sur les questions de genre et être informé des dispositions prévues par la loi nationale de 2010 sur la protection des femmes contre le harcèlement sur le lieu de travail ainsi que par la section 509 amendée du Code pénal pakistanais qui définit comme un crime le fait de manquer de respect à une femme ou de la harceler sexuellement.
- Les directives en matière de recrutement, de renforcement des compétences, de formation et de rétention des travailleuses du secteur public de la santé doivent être élaborées au niveau national puis transmises aux provinces sous supervision fédérale ;
- Une évaluation-révision du LHWP par une tierce partie devrait être effectuée après le transfert du programme aux provinces dans le cadre de la décentralisation. Elle devrait être mise en œuvre dans les plus brefs délais et communiquée à toutes les parties prenantes.

À l'intention des acteurs non étatiques

Le mouvement lancé par *All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association* doit rester dynamique et vivant dans la mesure où son combat légitime n'est pas achevé. La lutte des *Lady Health Workers* pour leurs droits leur a valu le soutien du pouvoir judiciaire et des médias. D'autres groupes de la société civile n'ont pas encore tissé de liens judicieux avec le syndicat des travailleuses de la santé, parmi lesquels les autres syndicats, les mouvements de travailleurs-ses du secteur informel, les ONG nationales et les groupes de femmes. Nos recommandations sont les suivantes :

- Les centres de ressources sur le travail et les ONG devraient étendre leurs formations aux *Lady Health Workers* dans les domaines de la mobilisation, de l'organisation et de la gestion financière ;
- Depuis 2009, le syndicat des travailleuses de la santé mène une bataille juridique pour revendiquer les droits de ses membres. Si des avocat-e-s soutiennent les travailleuses à titre individuel, les responsables du syndicat éprouvent des difficultés à rassembler les ressources nécessaires à la prise en charge des frais juridiques. Toute aide juridique en provenance des cercles concernés serait la bienvenue pour le syndicat.

À l'intention de la *All Pakistan Lady Health Workers' Welfare Association*

Bien que le syndicat ait réussi à atteindre certains de ses objectifs, son combat est loin d'être terminé, et le seul moyen d'aller de l'avant est de recourir à la lutte collective. Le syndicat doit donc rester fort et se doter de stratégies de résolution des conflits internes, augmenter son nombre de membres, organiser régulièrement des élections, garder la trace des réunions et conserver les données relatives aux dons faits par les membres au niveau du district.

- ¹ À l'exception de celui de Bushra Arain, le nom des personnes interrogées a été changé pour des raisons de confidentialité.
- ² Rapport sur le développement humain 2015, PNUD, http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_-_fr.pdf
- ³ Labour Force Survey of Pakistan 2014-2015, <http://www.pbs.gov.pk/sites/default/files/Annual%20Report%20of%20LFS%202014-15.pdf> (en anglais)
- ⁴ Ibid.
- ⁵ Fertility Decline in Pakistan 1980–2006, 2010, <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1278599377733/Pakistan62810PRINT.pdf> (en anglais)
- ⁶ Country Case Study. Pakistan's Lady Health Worker Programme, World Health Organization, http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/case_studies/CS_Pakistan_web_en.pdf?ua=1 (en anglais)
- ⁷ Zeba Sathar et Batool Zaid, The Status of Family Planning in Pakistan, 2010, <http://www.icomp.org.my/new/uploads/fpconsultation/Pakistan.pdf> (en anglais)
- ⁸ Septembre 1994, Conférence internationale sur la population et le développement, Réseau d'information de l'ONU en matière de population (POPIN), <http://www.un.org/popin/icpd/conference/gov/940907211416.html> (en anglais)
- ⁹ Labour Force Survey 1993-1994, Bureau fédéral des statistiques, Gouvernement du Pakistan.
- ¹⁰ Human Development in South Asia 1997, Mahbub ul Haq, Oxford University Press, Karachi (en anglais)
- ¹¹ Final Report, External Evaluation of the Lady Health Workers Programme, mars 2002, Oxford Policy Management, <https://www.yumpu.com/en/document/view/48158031/lhw-final-report-2002-03-oxford-policy-management> (consulté le 6 décembre 2016, en anglais)
- ¹² Management Review, LHWP, octobre 2009, Oxford Policy Management, http://www.opml.co.uk/sites/default/files/LHW_%20Management%20Review.pdf (en anglais)
- ¹³ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/profiles/maternal/pak.pdf (en anglais)
- ¹⁴ Pakistan Demography & Health Survey 2012-2013, <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR208/SR208.pdf> (consulté le 6 décembre 2016, en anglais)
- ¹⁵ Pakistan Labour Force Survey 1993-1994 (en anglais)
- ¹⁶ Cité dans la décision de la Cour suprême datée du 4 novembre 2010, Affaires relatives aux droits humains No.163630 de 2009 et 1859-S & 14292 de 2010.
- ¹⁷ Voir <http://www.dawn.com/news/40460/protest-against-edo-civil-surgeon> (en anglais)
- ¹⁸ Voir <http://www.dawn.com/news/353258/thatta-26-lady-health-workers-resign-in-protest> (en anglais)
- ¹⁹ Lady Health Worker Programme Evaluation (présentation PowerPoint), National Dissemination Event, 11 décembre 2009, Islamabad, Oxford Policy Management, <http://www.opml.co.uk/publications/lady-health-worker-programme-evaluation-presentation>
- ²⁰ Voir <http://www.dawn.com/news/142252/karachi-paramedics-to-relaunch-protest-drive> (en anglais)
- ²¹ Voir <http://www.dawn.com/news/190753> (en anglais)
- ²² Lady Health Workers Programme : External Evaluation, Oxford Policy Management, 2009, <http://www.opml.co.uk/sites/default/files/Lady%20Health%20Worker%20Programme%20-%202014th%20Evaluation%20-%20Summary%20of%20Results.pdf> (en anglais)
- ²³ Ibid.
- ²⁴ Ibid.
- ²⁵ Ibid.
- ²⁶ Bringing Finance to Pakistan's Poor, World Bank Study, janvier 2009, <http://siteresources.worldbank.org/INTFR/Resources/Paper-NenovaNiangandAhmad.pdf> (en anglais)
- ²⁷ Human Rights Cell, Supreme Court Annual Report 2010-2011. http://www.supremecourt.gov.pk/Annual_Rpt/Human%20Rights%20Cell.pdf (en anglais)
- ²⁸ Décision de la Cour suprême en date du 4 novembre 2010
- ²⁹ Citation extraite de la décision de la Cour suprême datée du 4 juin 2012
- ³⁰ Citation extraite de la décision de la Cour suprême datée du 7 mars 2013
- ³¹ Ibid.
- ³² Voir <http://www.radio.gov.pk/15-Jan-2015/delegation-of-ajk-lhws-meets-ajk-pm> (en anglais)
- ³³ Voir <http://www.ilmilog.com/2016/09/regularization-of-lady-health-workers.html> (en anglais)
- ³⁴ Décision de la Cour suprême datée du 23 octobre 2014
- ³⁵ 21 octobre 2011, Rassemblement de Lahore: <https://www.youtube.com/watch?v=HHqff6zLiQ29> ; Marche de mars 2012 : <https://www.youtube.com/watch?v=8CN6IS0Kbgc>
- ³⁶ Voir <http://www.dawn.com/news/705695/scores-injured-during-lhws-protest-2> (en anglais)
- ³⁷ Voir <http://www.dawn.com/news/712773/sc-issues-notice-to-health-secretaries-over-lady-health-workers-issue> (en anglais)
- ³⁸ Analysis : Five Years of the 18th Constitutional Amendment : Federal Imperatives on Public Policy and Planning ; http://www.pk.undp.org/content/pakistan/en/home/library/hiv_aids/development-advocate-pakistan--volume-2--issue-1/analysis--five-years-of-the-18th-constitutional-amendment--feder.html (en anglais)
- ³⁹ Devolution and Provincial Autonomy : the 18th Amendment, 2014, Jinnah Institute, Islamabad, <http://jinnah-institute.org/wp-content/uploads/2015/02/Devolution-Report.pdf> (en anglais)
- ⁴⁰ Annual Report 2012-2013, Council of Common Interest ; <http://202.83.164.29/ipc/userfiles1/file/Annual%20CCI%20report%202012-13.pdf> (en anglais)
- ⁴¹ Voir <https://www.youtube.com/watch?v=Zs-OemDCUnl> (en ourdou)
- ⁴² Voir <http://www.socialistworld.net/doc/7630> (en anglais)
- ⁴³ Voir <http://nation.com.pk/picture-gallery/29-Nov-2016/lady-health-workers-protest> (en anglais), <http://video.dunyanews.tv/index.php/en/mustwatch/59979/Karachi:-Lady-Health-Workers-stage-protest-for-remaining-payments-#.WGuL5aNh3-Y> (en anglais)
- ⁴⁴ https://undg.org/main/undg_document/pakistan-making-progress-on-the-sdgs-through-commitment-and-institutional-readiness-at-multiple-levels-of-government/ (en anglais)

ActionAid France - Peuples Solidaires agit pour les droits et contre la pauvreté dans le monde

Relations presse et siège social :

47 avenue Pasteur - 93 100 Montreuil
Tel. : 01 48 58 21 85

Relations membres :

10, quai de Richemont - 35000 Rennes
Tél. : 02 99 30 60 53

Cette étude a été réalisée par PILER avec le soutien d'ActionAid France - Peuples Solidaires.

Coordination de la version française : Mégane Ghorbani, Chargée de mission Droits des femmes pour ActionAid France - Peuples Solidaires

Conception graphique : ActionAid - Traduction : Aurélie Cailleaud.



Cette publication a été réalisée avec le soutien financier de l'Agence Française de Développement (AFD), institution financière publique qui met en œuvre la politique définie par le gouvernement français pour combattre la pauvreté et favoriser le développement durable. Son contenu relève de la seule responsabilité d'ActionAid France - Peuples Solidaires. Il ne peut aucunement être considéré comme reflétant le point de vue de l'AFD.