

Quatrième Conférence nationale sur la santé internationale

Thème de la Conférence : Femmes, santé et développement

Notes de communication :

Femmes, santé et développement : une approche holistique

Maureen O'Neil
Présidente, Centre de recherches pour le développement international
Canada

Ottawa-Hull, Canada
9 au 12 novembre 1997

Seul le texte prononcé fait foi, 12 novembre 1997

En guise d'entrée en matière et même si cela peut paraître inhabituel, laissez-moi commencer par citer les lignes d'un poème intitulé *Old[er] Women's Choices*¹ :

We keep our thermostats at fifty-nine
so we can give our children gifts
we really can't afford.

We buy bruised, overripe fruit
from the distressed produce
and donate to our churches.

We buy our own clothes at thriftshops
but select grandchildren's presents
from the nicest shop in town.

We eat the same boring dinner every day
because we won't cook for ourselves
but produce a feast for guests.

We never say we need help when we do
but do without, not wanting to burden
those whose burdens we carried.

Some of us break out of these patterns
realize we have rights and choices
to care for ourselves too
but it is hard to forget early teaching.

Even after all these years
we put ourselves last.

Ces vers, écrits par Ruth Harriot Jacobs, nous amènent aimablement à réfléchir sur nos constructions mentales de femmes. La représentation de la femme dans le monde recouvre une infinie diversité et englobe aussi bien la vision de cette dame vieillissante que l'émotion de la jeune fille qui vient de vivre ses premières menstrues ou qui est parvenue au seuil d'un des passages initiatiques de l'existence. Le poème nous rappelle à quel point les rôles et les choix auxquels nous avons part en tant que femmes sont socialement construits et profondément enracinés. La société conforte ces comportements car, à travers les siècles, elle a assigné aux femmes la dernière place. Et dans la mesure où les régimes publics reflètent les normes sociales, aussi bien publiques que privées, des attitudes et des choix analogues se retrouvent dans les

¹ Jacobs, Ruth Harriet. *Old Women's Choices, If I had my life to live over I would pick more daisies*, éd. Sandra Haldeman Martz, Papier-Mache Press, USA, 1992, p. 186.

systemes de sante financés par l'État.

Quelques exemples suffiront à rendre compte des voies qu'emprunte cette marginalisation. La santé et le bien-être ne sont pas déterminés uniquement par des facteurs socio-culturels, économiques, environnementaux, comportementaux et biologiques qui diffèrent selon que l'on est homme ou femme. Le rôle que la société assigne à l'un et à l'autre sexe est un facteur important pour que la personne puisse réaliser les ressources et les possibilités liées à ces facteurs. Depuis toujours, les femmes ont un accès plus limité aux ressources économiques, bénéficient de moins d'autonomie personnelle et sont sous-représentées dans les institutions et les processus de prise de décision liés à la conduite des affaires publiques. En tant que pourvoyeuses de services, les femmes sont plus engagées dans la prestation des soins de santé que membres des instances de décision, de telle sorte qu'elles n'exercent presque aucun contrôle sur l'interprétation de la recherche et l'affectation des ressources. En tant que bénéficiaires de services, les femmes ne peuvent intervenir pour définir la priorité qu'il conviendrait d'assigner à l'étendue de leurs besoins. La recherche en santé accentue souvent ces disparités car la production de savoir institutionnalisée néglige pour la plupart les différences entre les hommes et les femmes et leur contexte social, jugeant que ces facteurs s'appliquent à un large éventail d'aspects relatifs aux soins de santé. Pour un grand nombre d'entre vous qui oeuvrez dans le domaine de la santé, cette situation n'est pas nouvelle mais elle tend à se perpétuer car ce n'est que lorsqu'on mesure pleinement les causes et les modalités de cette marginalisation que nous pouvons commencer à inverser ce processus.

Aujourd'hui, je réponds à votre invitation pour parler de la recherche innovatrice qu'impulse le Centre de recherches pour le développement international. L'approche du CRDI devant les questions entrelacées du rôle des femmes, de la santé et du développement s'inspire d'une intime conviction, à savoir la nécessité de comprendre par quelles voies les institutions et les chercheurs pourront être amenés à ne plus reléguer les femmes au dernier rang (ou pire, à les ignorer tout à fait)². Nous pouvons entreprendre de la recherche qui dans la perspective de la restructuration des soins de santé et d'autres systèmes sociaux redonnera aux femmes la primauté sur des résultats obtenus parfois à leur corps défendant.

Je commencerai donc par une observation concernant une situation qui semble subsister partout où les femmes sont concernées dans le domaine de la santé : je veux parler du dilemme entre une attention soutenue accordée à leur santé et les moyens limités dont on dispose. Par exemple, malgré toute l'attention accordée aux effets néfastes du cancer du sein nous faisons également face au Canada à des réductions des budgets de la santé dont la fermeture de l'hôpital des femmes à Toronto n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Sur le plan international, l'intérêt du Canada pour les questions de santé à l'échelle mondiale n'a pas fléchi. Au contraire, au cours de la dernière année et sans compter cette conférence, le Canada a affirmé son leadership et son intérêt

² Fugh-Berman, Adriane, *Training doctors to care for women* ", Technology Review, févr.-mars 1994, p. 34-40.
Vlassoff, C. 1994. *Gender inequalities in health in the Third World: uncharted ground*. Social Science and Medicine, Vol. 39, n° 9, p. 1249-1259.

en accueillant au moins trois conférences internationales sur des questions liées à la santé des femmes.³ Mais même lorsqu'on se montre très attentif et inquiet, les moyens sont très limités. Les chercheurs et les praticiens devront faire preuve de détermination et de clairvoyance et s'efforcer de mettre en valeur les résultats de leurs recherches et de coordonner leurs activités. Des ressources réduites peuvent être gaspillées dans le chevauchement des initiatives et s'épuiser dans la compétition plutôt que dans la collaboration.

Dans un tel esprit de coopération indispensable et compte tenu de son expertise dans l'aide à la recherche pour le développement, le CRDI a concentré ses actions dans quelques domaines de programme choisis qui affrontent la problématique de la santé et du développement. Je m'arrêterai sur quatre avenues de recherche - en donnant pour chacune d'entre elles des exemples de projets ponctuels et en terminant par une brève liste de projets dignes d'intérêt que le CRDI mène à bien dans le cadre d'initiatives multiples.

Les grandes avenues de recherche que je viens de mentionner sont les suivantes :

- (1) Écosystème et santé humaine
- (2) Initiative Micronutriments
- (3) Initiative internationale sur le tabac
- (4) Évaluation de la réforme des politiques sociales (Décentralisation)

Pour celles et ceux d'entre vous qui connaissent moins bien le CRDI, je préciserai que c'est au Sommet Planète Terre de 1992, que le gouvernement canadien d'alors a confié au CRDI le mandat d'aider les pays du Sud à entreprendre des recherches orientées vers la solution des problèmes liés aux défis environnementaux. Sur cette toile de fond, un des volets de la programmation du Centre a évolué vers un cadre de recherche explorant les liens entre l'écosystème et la santé humaine.

Dans ce domaine, la recherche part de la prémisse que l'équilibre de la diversité environnementale influe sur la santé humaine. Le Centre n'est pas le seul à le croire. Les groupes de femmes ont depuis longtemps reconnu le lien existant entre la santé de l'environnement et la santé des femmes. Ce lien a été reconnu publiquement à l'occasion de plusieurs conférences mondiales, tels que le Congrès mondial des femmes de 1991 pour une Planète en santé qui a eu lieu à Miami (Floride) en préparation du Sommet de la Terre. Plus récemment, lors de la Conférence mondiale de 1997 sur le cancer du sein à Kingston, il a été reconnu que les « atteintes environnementales » sont assurément un des facteurs qui contribuent à l'incidence du cancer du sein dans les pays en développement. Ces conférences, conjointement avec la IV^e Conférence

³ Conférence mondiale sur le cancer du sein, Kingston (Ontario), 13 au 17 juillet; VIII^e Congrès international sur les femmes et la santé, Saskatoon (Saskatchewan), 7 au 10 juin, Association canadienne de santé publique, juillet, Halifax (Nouvelle-Écosse).

mondiale sur les femmes⁴, ont manifesté un intérêt pour l'interaction entre la santé des femmes et l'hygiène du milieu en partie à cause du rôle évident et indiscutable que celles-ci jouent dans les domaines de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Parmi les femmes, se manifeste également un intérêt croissant pour les effets sur la santé associés à la décharge des déchets dangereux et toxiques ainsi qu' à l'emploi non sécuritaire des produits pharmaceutiques et agricoles mis en commerce.

Il n'est pas difficile d'établir le lien entre les agressions de l'écosystème d'une part et le fardeau disproportionné qui alourdit encore plus la charge de travail des femmes, de l'autre. En Afrique et en Asie, les femmes constituent plus de 50 % de la main-d'oeuvre employée dans les écosystèmes agricoles. Là où les terrains sont surexploités, ce sont les femmes qui doivent le plus souvent intensifier leur travail pour maintenir les niveaux de production. Si l'eau est polluée, les soins des personnes que sa consommation rend malades incombent souvent aux femmes. Et considérant l'importance des tâches domestiques et des soins familiaux que les femmes doivent assumer en plus des travaux des champs, l'appui et la participation des femmes aux solutions mises de l'avant sont essentiels.

L'aide du CRDI à l'initiative Écosystèmes et santé humaine a pour objet de protéger l'équilibre dynamique entre les différentes composantes vivantes et non vivantes d'un écosystème⁵. Une approche transdisciplinaire vise à cerner les déterminants de la santé humaine et les possibilités de l'améliorer dans le cadre de la gestion de l'écosystème. Par exemple, un projet de recherche a considéré la question de l'exposition au mercure des collectivités des rives de l'Amazoné⁶. Depuis le début, les chercheurs ont voulu apprécier l'impact différentiel sur la santé des femmes et des hommes. Les techniques d'extraction de l'or entraînent annuellement le déversement de 130 tonnes métriques de mercure dans les eaux du grand fleuve. En conséquence, la pollution par le mercure et la destruction à grande échelle des écosystèmes aquatiques sont devenus des éléments cruciaux des appréhensions environnementales. Engagée dans une démarche transdisciplinaire, l'équipe de recherche se compose de quatorze spécialistes de disciplines diverses et de représentants de la collectivité⁷. Jusqu'à récemment, l'extraction de l'or était la cause présumée des problèmes de la santé humaine liés au mercure. Toutefois, la recherche a démontré que la plupart des agents polluants avaient origine dans le sol des forêts déboisées. Le mercure pénètre dans la chaîne alimentaire des systèmes aquatiques adjacents et se concentre dans le poisson, composante majeure du régime alimentaire humain.

⁴ Déclaration de Beijing et Programme d'action, Nations Unies, New York (USA) 1996, Chapitre K : Les femmes et l'environnement, p. 137-145.

⁵ Initiative de programme Écosystèmes et santé humaine, 1997, p 3.

⁶ Prospectus Écosystèmes et santé humaine, CRDI, 1997, p. 2. Exemple textuel, légèrement modifié.

⁷ L'équipe comprenait un médecin, un ingénieur, un sociologue, un cytogénéticien, un botaniste, un ichtyologue, un biochimiste, un neurotoxicologue, plusieurs environnementalistes et écologistes, une infirmière, un agent communautaire, un pêcheur et un dirigeant communautaire.

Cette approche a produit des résultats inattendus qui ont conduit à encourager les actions tendant à minimiser le rejet de mercure des sols forestiers et à réduire le déplacement du métal dans les écosystèmes aquatiques. Pour une grande partie, les données critiques de cette recherche ont été mises au jour grâce à la participation de la communauté concernée par l'étude et les connaissances dont elle était dépositaire en matière d'alimentation, de pêche et des pratiques de déforestation. Dans une deuxième phase de la recherche, les méthodes participatives seront mises davantage en valeur afin que l'équipe de recherche puisse collaborer avec les collectivités pour trouver les mesures correctives devant privilégier la gestion de l'écosystème, mettre un frein à la déforestation et réduire d'autres apports de mercure⁸.

En passant au deuxième des quatre domaines de programme que j'aimerais aborder avec vous, je commencerai par rappeler les chiffres estimatifs des Nations Unies faisant état, dans la population des femmes, de 500 000 décès par année des suites de la grossesse⁹. Sur ces décès, environ 20 % sont liés à une anémie¹⁰. Qui plus est, les femmes souffrent de manière démesurée de carences en iode et d'avitaminose A¹¹. Le Programme d'action de Beijing a appelé les gouvernements à « mettre en oeuvre des programmes visant à améliorer l'état nutritionnel des filles et des femmes... en accordant une attention spéciale à l'écart entre les sexes dans le domaine de la nutrition et à la réduction de l'anémie ferriprive... »¹². La recherche sur le lien entre l'anémie ferriprive et la mortalité maternelle est l'oeuvre de l'Initiative Micronutriments du CRDI. Un des trois principaux objectifs de ce secrétariat vise justement à réduire d'un tiers d'ici à l'an 2000 les cas d'anémie ferriprive chez les femmes, par rapport aux niveaux de 1990. Ce but concret est révélateur des interventions d'un groupe de donateurs¹³ oeuvrant de conjoint pour mettre un terme à la faim insoupçonnée et répondre aux inquiétudes des ONG et des gouvernements telles que les a exprimées la IV^e Conférence mondiale des femmes. Par exemple, un projet associera des collectivités au Malawi afin de promouvoir une diversification diététique visant à lutter contre les carences en fer et en vitamine A¹⁴.

Sur un autre front, le CRDI répond à un appel lancé par le Programme d'action de Beijing afin

⁸ Prospectus Écosystèmes et santé humaine, CRDI, 1997, p. 2. Exemple textuel avec des modifications mineures.

⁹ Les femmes dans le monde : Tendances et statistiques, Nations Unies, New York, 1995. Une étude plus récente de la mortalité et de la morbidité maternelles estime que près de 600 000 femmes décèdent annuellement. V. Le progrès des nations, UNICEF, 1996.

¹⁰ Ross J.S. et E. Thomas dans *Iron Deficiency Anemia and Maternal Mortality*, Profils 3, Working Notes Series No. 3, IM, Ottawa, 1996. Document photocopié.

¹¹ Haque, Yasmin Ali. *Les carences en micronutriments -- La perspective des femmes*, préparé pour l'IM, Ottawa, 1995. Document photocopié.

¹² Déclaration de Beijing et Programme d'action, Nations Unies, New York, USA, 1996, p. 62, par. 106.

¹³ La liste des donateurs comprend l'ACDI, le CRDI, l'UNICEF, la Banque mondiale et le PNUD.

¹⁴ Projet n° 02838

« de sensibiliser les femmes, les professionnels de la santé, les décideurs et le grand public aux risques pour la santé graves mais susceptibles de prévention dont le tabagisme est la cause principale ainsi qu'au besoin d'édicter des mesures de réglementation et d'éducation destinées à réduire la consommation du tabac dans le cadre des activités de promotion de la santé et de la prévention de la maladie »¹⁵. L'Initiative internationale sur le tabac financée par le CRDI et Santé Canada aborde les questions liées aux politiques publiques et aux aspects touchant aux pratiques culturelles, à l'économie, à l'environnement et à la santé en rapport avec la production et la consommation du tabac. Cette initiative poursuit des recherches en Afrique du Sud où, par effet des stratégies de marketing de l'industrie qui ciblent en particulier la population des femmes et des adolescents, le nombre de fumeurs ne cesse de croître. Les travaux de l'Initiative internationale sur le tabac aideront à introduire en Afrique du Sud des mesures de lutte antitabac et des lois visant à contrer les pressions de ce type de campagne de marketing agressive.

Le Programme d'action de Beijing fournit également un contexte favorable à la recherche en santé du CRDI. Le chapitre intitulé « Les femmes et la santé » déclare que « la santé des femmes... est déterminée par le contexte social, politique et économique de leurs vies, tout autant que par la biologie »¹⁶. Le document des Nations Unies affirme également que l'inégalité est un des obstacles majeurs à l'amélioration de la santé des femmes et constate chez les femmes « des différences et des disparités d'accessibilité et d'utilisation des ressources essentielles en santé » [p.56].

Le domaine de programme du CRDI appelé Évaluation de la réforme des politiques sociales traite des évaluations comparatives des réformes de la politique publique en matière d'éducation et de santé ainsi que des programmes visant à atténuer la pauvreté ou à assurer une couverture sociale. En appliquant une analyse fine du rôle des femmes à la compréhension de l'édification d'une politique sociale, la recherche peut commencer à évaluer de façon critique et constructive l'habileté des professionnels de la santé dans les systèmes de santé décentralisés à répondre aux besoins en santé des femmes, des enfants et des hommes. Le Programme d'action de Beijing appelle les gouvernements à « concevoir et mettre en oeuvre, en coopération avec les femmes et les organismes communautaires, des programmes de santé attentifs aux besoins des femmes y compris des services de santé décentralisés qui tiennent compte des besoins des femmes à toutes les étapes de leur existence... notamment au sein des collectivités locales et autochtones, dans la définition et la planification des programmes de soins »¹⁷. Voici quelques exemples de la recherche qui répond à ce souci :

Le CRDI aide la recherche tendant à mettre en évidence le lien entre les interventions du personnel sanitaire d'une ville argentine, d'une part, et les pratiques de santé courantes et les revendications des femmes, de l'autre. La recherche étudie les perceptions des femmes adultes

¹⁵ Déclaration de Beijing et Programme d'action, Nations Unies, New York, USA, 1996, paragraphe 106, p. 62

¹⁶ Déclaration de Beijing et Programme d'action, Nations Unies, New York, USA, 1996, paragraphe 89, p. 56.

¹⁷ Ibid., paragraphe 106 c, p. 62.

non enceintes et non allaitantes (âgées de 40 à 60 ans) au sujet de la prestation des services de santé et l'appréciation du caractère équitable et efficace de ces services¹⁸. Une autre étude qualitative vise à explorer le rôle de la femme dans la prestation des soins de santé dans une société à prédominance musulmane¹⁹. Dans certaines cultures, les femmes semblent être plus enclines à taire leurs soucis de santé, peut-être par fierté, pudeur excessive devant les examens médicaux ou manque de temps et des moyens requis en vue de l'obtention des soins.

Le CRDI, en partenariat avec l'Organisation panaméricaine de la Santé, finance également des travaux de recherche à Lima (Pérou) et à Buenos Aires (Argentine) afin d'évaluer jusqu'à quel point les pourvoyeurs de soins répondent aux besoins sociaux, culturels et médicaux de leurs clients individuels. Le Centre finance un projet analogue en Turquie²⁰. Les représentants des organismes de femmes sur le terrain et des spécialistes dans le domaine de la qualité des soins travailleront de concert pour élaborer un cadre mutuellement acceptable pour contrer les inégalités entre les sexes dans la prestation des soins de santé. Ce cadre peut s'avérer utile pour sensibiliser à la fois les praticiens de la santé et les usagers des modalités de service et des produits les mieux adaptés²¹.

Le Programme d'action de Beijing a invité également les gouvernements à « appuyer les systèmes de services de santé... afin d'accorder le soutien approprié aux femmes en tant que prestataires de soins de santé et d'examiner les règles utiles à la prestation de services de santé aux femmes et à leur utilisation par les femmes »²². La recherche indique que la prévention des infections et des décès puerpéraux est possible dès lors que les complications de l'accouchement sont reconnues et traitées. Un projet Canada-Nigéria a permis la participation d'une centaine d'accoucheuses traditionnelles au travail de dépistage des problèmes rencontrés à la naissance permettant par la suite une admission précoce en milieu hospitalier. Certaines femmes enceintes ont peut-être refusé des traitements substitutifs pour des motifs d'ordre culturel et spirituel, auxquels s'ajoute parfois une méfiance manifeste à l'égard de la possibilité de conjuguer nouvelles technologies et soins prénatals traditionnels. Un projet de suivi a permis l'établissement d'un centre spécial de traitement et de convalescence pour les femmes atteintes des séquelles laissées par un accouchement dysfonctionnel, telles que des infections des voies urinaires, des dysfonctionnements intestinaux et des fistules vaginales. Des recherches plus poussées permettront d'apprécier la satisfaction des besoins des femmes traitées pour des lésions consécutives à l'accouchement et la manière d'améliorer ces traitements²³.

¹⁸ Projet du CRDI n° 92-0212

¹⁹ Projet du CRDI n° 02094

²⁰ Projets du CRDI n°s 94-412 et 02094

²¹ Projet du CRDI n° 95-0207

²² Déclaration de Beijing et Programme d'action, Nations Unies, New York, USA, 1996, paragraphe 109 g, p. 71.

²³ Projet du CRDI n° 01041

Tout en me limitant à quatre domaines de recherche clés pour le développement et la santé, d'autres projets intéressants méritent d'être cités en dehors de ces quatre cadres. Dans un sens large, ces projets abordent les questions de la violence faite aux femmes, de la santé au travail, des pratiques coutumières et des statistiques.

Un projet à Soweto (Afrique du Sud) établira, par exemple, des programmes intégrés destinés à contrer le problème de la violence sexuelle. Un autre projet en Palestine étudiera la nature et les conséquences de la violence telle qu'elle affecte la santé de la famille, et des femmes en particulier²⁴. Le CRDI contribue également à une initiative financée par plusieurs donateurs, laquelle examine le rôle des femmes dans les efforts de reconstruction qui suivent un conflit armé. Les guerres, les déplacements forcés et l'insurrection civile peuvent détruire des environnements en santé et contrarier des soins appropriés. Les boycottages internationaux peuvent empêcher que les femmes puissent se nourrir comme il convient, se soigner ou se déplacer jusqu'au dispensaire le plus proche. Dans le contexte de cette recherche, les femmes ne sont pas traitées comme des sujets passifs d'un service d'assistance mais comme les chefs de file des efforts pour la survie de leur famille, des efforts qui doivent comprendre la négociation et la gestion des besoins en santé de la famille, même et peut-être surtout au cours des périodes de tension.

Les questions liées à la santé au travail de la population féminine retiennent l'attention d'un grand nombre de pays. La recherche financée par le CRDI en Turquie vise à analyser l'occurrence d'atteintes pulmonaires obstructives chez les femmes des villages situés à proximité de Keskin qui sont exposées de manière chronique à la combustion domestique du bois et des fumures. La recherche établira les améliorations rendues possibles par des interventions faisables visant à réduire l'exposition à la fumée à l'intérieur des locaux²⁵. Un projet financé par l'entremise d'ENGENDER, une ONG d'envergure mondiale basée à Singapour, se penche sur la viabilité de certains modes de subsistance en étudiant, par exemple, la possibilité de remplacer certaines teintures nocives utilisées dans la fabrication des tissus par des mélanges plus respectueux de l'environnement²⁶. La main-d'oeuvre féminine est prédominante dans le secteur des matériaux de construction au Viet Nam. Des études préliminaires tendent à prouver que l'incidence des maladies industrielles va croissant. La recherche financée par le CRDI évaluera les risques associés à la pollution sur les lieux de travail et la prévalence des maladies professionnelles chez les personnes exposées. La recherche s'avère nécessaire pour établir les critères et les normes qui aideront à protéger la santé des travailleuses et des travailleurs²⁷.

Grâce à une bourse de recherche modeste, des candidats au doctorat étudieront la question de

²⁴ Projet du CRDI n° 96-340

²⁵ Projet n° 95-0216

²⁶ Projet n° 02177

²⁷ Projet n° 03017

l'excision au Mali où certains suggèrent que 80 %²⁸ des femmes sont affectées par cette coutume. La recherche amènera à proposer des politiques et des interventions susceptibles de réduire sa fréquence et en dernier ressort aider à éliminer cette pratique²⁹.

Depuis la conférence de Beijing, le Centre a financé deux études visant à remédier à l'absence d'études empiriques sur les femmes et le travail des femmes. Les deux objectifs du projet sont ambitieux. Un projet aidera à la conception, mise en oeuvre et institutionnalisation d'un programme statistique national dans les pays arabes pouvant servir d'instrument utile à l'élaboration et au contrôle de politiques publiques bien accordées³⁰. Les liens entre les femmes, le travail et la santé attirent une attention accrue à cause de l'existence manifeste de disparités de répartition de la charge de travail entre les sexes et du poids grandissant que cette situation a sur le plan de la santé et du stress. Un deuxième projet conçu pour seconder le processus de mise au point de statistiques sur la population active tentera d'élargir la définition de travail en proposant les voies et moyens permettant aux bureaux nationaux de la statistique de recueillir des données et d'être informés des rôles productifs des femmes en dehors des marchés officiels. La preuve statistique aidera à faire apparaître au grand jour la condition par trop occultée des femmes, en facilitant la tâche des décideurs qui sont appelés à élaborer des politiques tenant compte de la problématique des femmes³¹.

Bien qu'ils soient plus éloignés du créneau habituel du CRDI, je ne puis résister à la tentation de mentionner brièvement au moins deux domaines de recherche susceptibles de marquer une différence dans la santé et le développement des femmes. Un domaine qui suscite l'inquiétude est celui de la santé au travail des travailleuses dans les zones de transformation pour l'exportation et le deuxième est celui de l'application intégrale des articles 2 et 12 de la Convention pour l'élimination de la discrimination faite aux femmes (CEDFF).

Il ne faut pas beaucoup d'imagination pour prédire que la promotion du libre-échange se prolongera selon toute vraisemblance dans le troisième millénaire. À ce jour, plus de 60 pays ont créé des zones franches industrielles, en partie pour attirer des capitaux étrangers. Nombre de zones de transformation pour l'exportation (ZTE) affichent une préférence pour l'embauche d'une main-d'oeuvre féminine. Bien qu'on ne puisse pas l'assimiler aux pires conditions de travail des femmes employées dans le secteur structuré, l'environnement est loin d'être idéal dans ces zones du point de vue de la santé; les différences deviennent manifestes lorsqu'on compare ces conditions avec les normes établies en vertu des politiques nationales et des lois régissant l'emploi aux sièges des compagnies transnationales. Il est donc nécessaire d'entreprendre des

²⁸ WIN News, USA, Été 1997, p. 24.

²⁹ Projet n° 96-0800-11

³⁰ Projet n° 96-0800-11

³¹ Projet n° 96-0216. Citons, parmi les autres donateurs, l'UNICEF et l'UNIFEM ainsi que le Bureau régional pour les États arabes du PNUD. Le Centre des femmes arabes pour la formation et la recherche (CFAFR) collabore avec l'organisme d'exécution, la CESAO des Nations Unies.

recherches propres à documenter et à mettre en évidence ces différences en présentant des voies et moyens visant à améliorer les milieux de travail dans les ZTE³².

Une large majorité des pays du monde ont ratifié la CEDFF qui, à l'article 2, traite des obligations de l'État d'éliminer la discrimination et qui énonce, à l'article 12, le principe de l'égalité d'accès aux soins de santé. La notion du droit de toute personne à recevoir des soins de santé équitables et d'autres services sociaux n'a, à mon avis, jamais été affirmée à son plein avantage. Comme pas en avant dans cette direction, je recommande une liste de questions dressée par une ONG appelée Observatoire international d'action pour les droits des femmes, qui fournit un guide utile pour aider les chercheurs et les militants des droits à évaluer la conformité des états aux obligations contractées aux termes de la CEDFF. Nous tenons volontiers à votre disposition ces lignes directrices (v. annexe).

Conclusion

Le poème par lequel j'ai commencé ma communication reflète les processus de prise de décision d'un grand nombre de femmes dans le monde, attitudes confortées et reprises par les systèmes de santé publique. Un message reçu par courrier électronique me fournira le prétexte du mot de la fin. Vous savez sans doute les blagues que des amis aiment à faire circuler par ce moyen de communication. Un message en particulier me faisait part de quelques annonces affichées en anglais dans d'autres pays d'Europe. Un restaurant suisse jugeait opportun de signaler à sa clientèle : "Our wines leave you nothing to hope for" et une blanchisserie romaine exhortait : "Ladies, leave your clothes here and spend the afternoon having a good time." Parmi ces perles, j'en ai trouvé une qui convenait de façon étonnante à mon intervention d'aujourd'hui. La publicité d'un cabinet médical à Rome affichait que le docteur était "a specialist in women and other diseases"³³.

Cette dernière me rappelle de façon poignante l'histoire de la santé des femmes et du combat des femmes à réclamer la maîtrise de leur propre corps. Compte tenu de leur intégration dans chaque aspect des fonctions liées à la reproduction, à la famille, à la production alimentaire et à la vie sociale, les femmes exigent dans leur espace de vie ³⁴ une définition de la santé qui tiendra pleinement compte de la diversité de leurs expériences et qui leur restitue le pouvoir d'action et de décision. Nous avons appris cette leçon en oeuvrant dans le domaine de la recherche en développement. C'est la raison pour laquelle le CRDI appuie désormais des équipes multidisciplinaires afin d'explorer la complexité des questions dans toute leur étendue,

³² Pour plus de précisions, v Beneria, Lourdes, *A Global Vision of Women, Health and Work*, Women's Health Journal, 1/1996, p. 4-13.

³³ Pour une lecture féministe de l'évolution des sciences modernes dans le domaine de la santé de la reproduction, consulter Martin, E. 1989 *The Women in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction* Milton Keynes: Open University Press.

³⁴ Terme employé par Bonnie Kettel, *Women, Health and the Environment*, dans *Social Science and Medicine*, 1966, vol. 42, n° 10, p. 1367-1379.

conjointement avec des approches participatives qui associent la femme bénéficiaire et ses connaissances, sans oublier pour autant de placer les besoins qu'elle exprime au coeur du processus. J'ai remarqué que les membres de WEDO (wee-doo) qui ont organisé la Conférence mondiale sur le cancer du sein à Kingston ont mis intelligemment l'accent sur les mêmes points. Elles ont encouragé les scientifiques, les artistes, les médecins et les avocats, les dirigeants politiques, les écologistes et les militants des droits et de la santé humaine à participer à l'élaboration du plan d'action mondial visant à éradiquer la maladie. Et un simple coup d'oeil au programme de la Conférence canadienne sur la santé internationale suffit pour constater qu'elle rallie avec succès et perspicacité à sa cause un large éventail d'expériences et de talents. Je vous remercie infiniment pour l'occasion que vous m'avez donnée de passer en revue le concours que le CRDI, un acteur parmi tant d'autres de l'action menée en association avec des organisations du monde entier, apporte en vue de l'aboutissement de cet effort si complexe et si important.

Annexe A

Responsabilité et mise en oeuvre : Questions³⁵

1. Qu'a-t-on fait pour éliminer la discrimination envers les femmes dans le domaine de la santé?
2. Les femmes ont-elles le même accès que les hommes aux services de santé?
3. La gratuité des soins médicaux au cours de la grossesse et en période postnatale est-elle assurée?
4. L'État a-t-il à coeur de garantir aux femmes, pendant la grossesse et l'allaitement, une alimentation saine? Si tel est le cas, de quelles façons?
5. À quelles installations et personnels de santé les femmes ont-elles accès? Ceux-ci peuvent inclure les hôpitaux, les cliniques, les centres de santé et tout autre établissement sanitaire ainsi que le personnel médical, infirmier et auxiliaire, les travailleuses de la planification familiale et les agents communautaires. Y a-t-il des installations et des personnels de santé répondant en particulier aux besoins des femmes?
6. Quelles sont les principales causes de la mortalité et de la morbidité des femmes?
7. Quel est le taux de mortalité maternelle?
8. Quels sont les taux de mortalité infantile et juvénile chez les enfants en bas âge des deux sexes? Quelles sont les principales causes de la mortalité et de la morbidité infantile et juvénile chez les petites filles? Quelles sont les principales causes de la mortalité et de la morbidité infantile et juvénile chez les garçons?
9. Quelle est l'espérance moyenne de vie des hommes et des femmes?
10. Quels sont les taux bruts de natalité et de mortalité chez les hommes et les femmes?
11. Quel pourcentage de femmes reçoivent des soins prénatals?
12. Quel est, en moyenne, le nombre de naissances vivantes par femme?
13. Quels moyens de contraception sont-ils inaccessibles aux femmes?
14. Quelle est la fréquence de la contraception, selon la méthode?
15. Quels obstacles d'ordre légal ou culturel empêchent que les femmes obtiennent des services de santé, y compris la planification familiale?
16. Combien de femmes travaillent dans le secteur de la santé? Dans quels domaines du secteur de la santé travaillent-elles? À quel niveau d'ancienneté dans les domaines où elles travaillent?

³⁵International Women's Rights Action Watch (IWRAP), *Assessing the Status of Women: A Guide to Reporting Under the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women*, USA, 2^e éd., 1996, p. 34 et 35.

17. Le pays compte-t-il des travailleurs de la santé traditionnels? Si oui, que font-ils? Quelle est la proportion des femmes dans cette catégorie?
18. L'autorisation du mari est-elle requise, en vertu de la loi ou des conventions, avant qu'une femme mariée puisse bénéficier des services de santé, y compris la planification familiale?
19. L'État a-t-il édicté des lois ou des politiques exigeant des mesures de planification familiale? Si tel est le cas, quelles sont les conséquences (amendes, par exemple) de l'inobservation desdites lois et politiques?
20. L'avortement est-il légal? Si oui, dans quelles circonstances? Les frais des IVG sont-ils assumés par l'assurance-santé ou la sécurité sociale? Les femmes pauvres ont-elles accès à l'IVG gratuite ou subventionnée? Si l'avortement est légal, les services sont-ils accessibles dans la pratique?
21. Les tests prénatals sont-ils disponibles? Si oui, quelle est l'incidence des avortements consécutive à ces tests? Si l'incidence est notable, quelles sont les principales raisons de ces avortements?
22. L'État s'est-il doté de lois ou de politiques dictant l'avortement? Si de telles lois ou politiques existent, l'avis de la mère est-il pris en compte en déterminant s'il y a lieu de procéder à un avortement?
23. Si l'avortement n'est pas légal, est-il néanmoins pratiqué? De quelles statistiques dispose-t-on au regard des décès et(ou) des maladies consécutives à un avortement? Quelles dispositions sont prises pour dispenser des soins aux femmes qui ont eu recours à un avortement dans de mauvaises conditions?
24. La stérilisation volontaire est-elle accessible? Si tel est le cas, quelle est l'incidence de la stérilisation volontaire chez les femmes? Et chez les hommes?
25. L'État a-t-il légiféré ou dicté des politiques rendant la stérilisation obligatoire? Quelles sanctions applique-t-on en cas de non conformité à ces lois et politiques?
26. L'excision ou la circoncision sont-elles pratiquées couramment? Si oui, dans quelles circonstances? S'agit-il d'un rite légal?
27. Certaines populations du pays perpétuent-elles des pratiques (par exemple, régimes restrictifs pour les femmes enceintes) susceptibles de nuire à la santé des femmes? Si tel est le cas, quelles mesures a-t-on engagées pour éliminer de telles pratiques?
28. Quelles mesures a-t-on prises dans le pays pour sensibiliser le public au risque et aux conséquences des MTS, et notamment du VIH/SIDA? Dans quelle mesure les jeunes filles et les femmes ont-elles bénéficié de ces dispositions?
29. Y a-t-il des programmes de lutte contre les MTS, et notamment le VIH/SIDA? Lesquels de ces programmes sont consacrés aux femmes et aux jeunes filles? Ces programmes prennent-ils en compte le rôle reproducteur de la femme et sa subordination parmi les facteurs qui rendent les femmes et les jeunes filles vulnérables aux MTS et au VIH/SIDA.
30. Quelles mesures a-t-on prises pour assurer la participation des femmes dans le contexte des soins de santé dispensés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA?