



Action Canada **pour la santé & les droits sexuels**

**Mémoire présenté dans le cadre des
consultations prébudgétaires de 2017**

Août 2016



Action Canada pour la santé & les droits sexuels

Mémoire présenté dans le cadre des consultations prébudgétaires de 2017

Août 2016

Résumé

Le présent mémoire a été établi par **Action Canada pour la santé & les droits sexuels**, un organisme de bienfaisance pro-choix et progressiste, voué à la promotion et à la défense de la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'aux droits connexes, tant au Canada qu'à l'étranger. Le mémoire présente une série de recommandations destinées au budget de 2017 et ayant trait à divers investissements au Canada et à l'étranger. À l'échelon national, Action Canada recommande de hausser les investissements faits dans le domaine des soins de santé (en mettant l'accent sur la santé sexuelle et la santé reproductive), dans celui de la santé et de la sécurité des travailleurs du sexe, ainsi que dans celui des services de garde d'enfants. À l'échelle mondiale, Action Canada recommande de hausser les investissements faits dans le domaine de l'aide publique au développement (APD) du Canada, surtout dans des secteurs habituellement négligés par l'aide internationale du Canada et liés à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes (SSRD) et à l'égalité des genres.



Échelle mondiale : Aide publique au développement

Nous saluons l'engagement pris dans le budget de 2016 pour que le Canada procède à un examen de son cadre stratégique de développement. Il s'agit là d'une occasion grandement nécessaire d'intégrer des enjeux qui ont été négligés par l'administration précédente, y compris une approche axée sur les droits de la personne à l'égard de l'aide et du soutien du Canada envers les SSRD.

Malgré les investissements annoncés dans le budget de 2016 au titre de l'APD (128 millions de dollars), le Canada continuera d'être loin derrière d'autres pays membres de l'OCDE et donateurs du G7 qui ont atteint – ou sont près d'atteindre – l'objectif mondial de 0,7 % du RNB au chapitre de l'APD. Cela est particulièrement frustrant pour ceux qui ont été encouragés par l'intérêt exprimé par le gouvernement à l'égard du rétablissement du rôle que joue le Canada à l'échelle mondiale; c'est le cas, plus particulièrement, de la lettre de mandat à la ministre du Développement international, qui prescrit de « [v]eiller à ce que l'importante priorité de développement du Canada en matière de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants soit orientée en fonction de preuves et de résultats plutôt qu'en fonction de considérations idéologiques, notamment en éliminant des lacunes liées aux droits et aux soins de santé des femmes relativement à la reproduction ».

Investir dans les SSRD engendre des retombées importantes par rapport aux investissements faits. Le fait de répondre aux besoins non comblés en matière de contraception moderne et d'obtenir un accès universel à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030, par exemple, rapportera, selon les estimations, 120 \$US pour chaque dollar dépensé, et plus de 400 milliards de dollars américains en avantages annuels¹. D'un point de vue global, les SSRD représentent un investissement du type « quatre pour le prix d'un » et procurent des avantages liés aux aspects suivants :

1. les droits humains des filles et des femmes, y compris l'égalité des genres;
2. la santé, l'instruction et le progrès économique des femmes et de leurs familles;
3. des économies importantes dans les systèmes de santé et d'autres services publics grâce à des coûts nets négatifs;
4. des dividendes démographiques qui améliorent l'économie, la paix et la sécurité à l'échelle nationale.

RECOMMANDATIONS (APD)

Augmenter l'APD du Canada à 0,7 % du RNB, conformément aux obligations internationales en matière de droits de la personne², de façon à :

1. allouer 15 % de l'APD aux SSRD, en investissant au moins 500 M\$ par année dans de nouveaux fonds qui s'ajouteraient aux niveaux actuels, et engager :
 - au moins 400 M\$ par année pour l'accès universel à des renseignements et des services liés à la santé sexuelle et reproductive, notamment la contraception et des soins d'avortement complets;
 - au moins 100 M\$ par année dans des organismes féministes, y compris des organismes dirigés par des jeunes et des organismes de défense des droits des femmes en vue de faire la promotion des SSRD.
2. Allouer 20 % de l'APD à des projets et des programmes conçus principalement pour favoriser l'égalité des genres, et ce, en mettant au point des mécanismes de financement appropriés pour les organismes féministes,

¹ ICPD Task Force. 2015. <http://icpdtaskforce.org/wp-content/uploads/2015/01/FinancingBriefSmartInvestments2015.pdf>.

² En mars 2016, le Canada a comparu devant le Comité des droits économiques, sociaux et culturels en vue d'évaluer sa conformité aux obligations en matière de droits de la personne que prescrit le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Le Comité a publié une série d'observations finales, dont la recommandation que le Canada « [i]ntensifie l'APD en vue d'atteindre l'objectif de 0,7 % du RNB, et vise une approche axée sur les droits humains dans le cadre de sa politique pour le développement » [TRADUCTION].

y compris des organismes locaux de défense des droits des femmes et organisés par des jeunes qui s'efforcent d'obtenir plus de respect et de protection et la réalisation des droits des femmes.

Échelon national

Soins de santé

Renouvellement de l'accord en matière de santé et de la stratégie nationale d'assurance-médicaments

L'absence de leadership et de ressources à l'échelon fédéral dans le domaine de la santé contribue à de piètres résultats sur le plan de la santé sexuelle et reproductive, comme l'illustrent de sérieuses inégalités dans l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive d'un bout à l'autre du pays. Ce fait contribue à une hausse des taux d'IST, à un accès restreint à un éventail de méthodes contraceptives et de services d'avortement, à des différences de couverture pour les soins de santé dont ont besoin, notamment, les personnes trans et les personnes à la recherche de technologies de reproduction assistée.

Le budget de 2017 se doit de réaliser l'engagement pris en 2016 d'établir avec les provinces et les territoires un accord en matière de santé et une stratégie d'assurance-médicaments renouvelés. Cela est crucial si l'on veut s'attaquer aux différences particulières que l'on relève dans l'accès des personnes à des services et à des renseignements liés à la santé sexuelle et reproductive qui sont accessibles, acceptables, disponibles et de qualité – conformément aux obligations internationales du Canada en matière de droits de la personne³.

Un accord en matière de santé renouvelé permettrait de s'attaquer aux différences dans l'accès aux services d'avortement, notamment dans les collectivités rurales et du Nord. Seul un hôpital sur six au Canada fournit des services d'avortement, et la majorité des cliniques sont situées dans les collectivités de grande taille. Les personnes vivant dans un secteur éloigné et rural sont obligées de quitter leur collectivité pour obtenir un avortement et, chaque année, des milliers de personnes ont à subir des dépenses imprévues, comme des frais de déplacement, de logement, une perte de salaire, des frais de garde d'enfants ou de soins d'aînés, et peut-être des frais procéduraux (dans les cas où il n'y a pas de système de facturation réciproque dans leurs systèmes de santé provinciaux ou territoriaux); ces obstacles ont une incidence disproportionnée sur les personnes à faible revenu.

Santé Canada a récemment approuvé un nouveau produit pour les avortements médicamenteux, le Mifegymiso, qui est considéré par l'OMS comme le produit d'avortement médicamenteux par excellence. Bien que ce médicament offre la possibilité d'améliorer nettement l'accès à des services d'avortement dans tout le pays, en approuvant ce médicament Santé Canada a imposé de strictes dispositions réglementaires⁴ qui limiteront sérieusement l'accès à ce médicament et feront peu pour améliorer l'accès à des services d'avortement dans tout le pays⁵.

³ En mars 2016, le Canada a comparu devant le Comité des droits économiques, sociaux et culturels en vue d'évaluer sa conformité aux obligations en matière de droits de la personne que prescrit le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Le Comité a publié une série d'observations finales, dont la recommandation que le Canada assure l'accès à des contraceptifs abordables, en particulier pour les personnes vivant dans des secteurs éloignés et les personnes vivant dans la pauvreté (le Comité fait référence à son General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health), veille à ce que l'objection de conscience de certains médecins n'empêche pas les femmes d'avoir accès à des services d'avortement légaux et garantisse l'accès à des services d'avortement légaux dans toutes les provinces et tous les territoires.

⁴ Les dispositions réglementaires comprennent notamment les suivantes : prescription et distribution par des médecins formés et agréés uniquement, exiger des médecins qu'ils suivent une formation obligatoire en vue de prescrire/distribuer le Mifegymiso, approuvé seulement pour une gestation de 7 semaines, exiger des pharmaciens habilités à délivrer le médicament qu'ils suivent une formation, et le registre des médecins prescripteurs ne sera pas rendu public. Pour plus de renseignements, consulter <http://www.sexualhealthandrights.ca/fr/comment-un-medicament-pourrait-modifier-lacces-a-lavortement-au-canada/>.

⁵ Le manque d'accès à des services d'avortement sûrs continue d'être un obstacle pour les femmes qui décident de mettre un terme à leur grossesse, surtout dans les régions rurales ou éloignées. Seul un hôpital sur six fournit des services d'avortement, et la majorité (tant les hôpitaux que les cliniques de santé sexuelle autonomes) sont dispersés de manière disproportionnée dans tout le Canada et situés dans des régions urbaines. Au Canada, 20 % des habitants vivent dans des régions rurales, ce qui les oblige à effectuer parfois des milliers de kilomètres pour avoir accès à des services d'avortement, lesquels peuvent exiger en particulier des soins dispensés en temps opportun, ce qui dresse un autre obstacle à l'accès.

Une stratégie d'assurance-médicaments éliminerait les inégalités que l'on relève dans l'accès aux médicaments et aux dispositifs, ce qui pourrait mener à des résultats positifs sur le plan de la santé sexuelle et reproductive. Environ 24 % de la population canadienne n'a pas d'assurance-médicaments et ces personnes sont contraintes de payer les produits pharmaceutiques de leur poche, ce qui inclut les médicaments et les dispositifs contraceptifs⁶. À l'heure actuelle, ces personnes doivent payer plus de 350 \$ pour certaines méthodes contraceptives, 50 \$ pour une contraception d'urgence, 45 \$ pour un avortement médical⁷, 500 \$ pour le vaccin contre le VPH et des milliers de dollars pour des technologies de reproduction assistée.

Mesures de sensibilisation et campagnes axées sur une sexualité positive et le consentement, renseignements sur la santé sexuelle et reproductive, et stigmatisation et discrimination

Les jeunes Canadiens ont les taux déclarés d'IST les plus élevés, et les taux déclarés de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis augmentent constamment depuis la fin des années 1990⁸. Les taux élevés de violence à l'endroit des jeunes femmes et des filles révèlent davantage un manque de connaissance à l'égard des normes et des stéréotypes sexuels, ainsi que d'un comportement et de rapports respectueux. Les jeunes femmes ont huit fois plus de risques que les garçons d'être victimes d'une infraction de nature sexuelle⁹; et près de la moitié (46 %) des filles fréquentant l'école secondaire en Ontario sont victimes de harcèlement sexuel¹⁰. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer sur ce plan et il doit s'attaquer ces réalités en diffusant des preuves ainsi qu'en lançant des mesures de sensibilisation et des campagnes axées sur les droits, qui traitent de manière complète de la santé sexuelle et reproductive ainsi que des droits connexes dans les écoles et auprès de membres clés du public.

Indicateurs nationaux de la santé sexuelle

Au Canada, il y a un manque de données exhaustives et systématiquement recueillies sur la santé sexuelle dont on a besoin pour mettre au point des politiques et des programmes efficaces (y compris des programmes exhaustifs de sensibilisation à la sexualité) ainsi que pour éclairer de saines dépenses. Le Canada « est en retard sur plusieurs autres pays en ce qui a trait à sa capacité de recueillir des données nationales complètes concernant cet important aspect de la santé des jeunes¹¹ ». Par exemple, il n'y a pas de données nationales que l'on recueille régulièrement sur le taux de prévalence de la contraception. Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer sur ce plan, en recueillant et en analysant des données sur les tendances liées à la santé sexuelle et reproductive de tous les Canadiens¹². Cela permet au gouvernement de changer les politiques et les programmes existants et d'en créer de nouveaux qui visent à améliorer les résultats sur le plan de la santé et à réduire la stigmatisation et la discrimination.

Commerce du sexe

En juin 2014, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* (LPCPE), qui criminalise concrètement l'achat de services sexuels, les

⁶ Karlo Franko Azores, « Catastrophic Drug Coverage in Canada ». *Health Policy: Healthy Dialogue*, vol. 2, n° 1, 2013, p. 1-9.

⁷ Santé Canada a récemment approuvé un nouveau régime pour les avortements médicaux (Mifegymiso), qui sera disponible au Canada à l'automne de 2016. On prévoit que ce médicament coûtera 270 \$. Pour plus de renseignements, consulter : <http://srhweek.ca/prendre-soin-de-soi/pregnancy/positive-test-pregnancy-options/mifegymiso>.

⁸ En 2011, le quart des tests de VIH positifs étaient attribués à des jeunes âgés de 15 à 29 ans. Agence de santé publique du Canada, 2014, Rapport d'étape sur les populations distinctes, VIH/SIDA et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/youth-jeunes/assets/pdf/youth-jeunes-fra.pdf>.

⁹ Statistique Canada, 2013, Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques, <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-fra.pdf>.

¹⁰ D. Wolfe et D. Chiodo, 2008, *Sexual Harassment and Related Behaviors Reported Among Youth from Grade 9 to Grade 11*, Toronto : Centre for Addiction and Mental Health.

¹¹ Agence de santé publique du Canada, 2012, Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle – Essai pilote et phase de validation : Un rapport sur les résultats de l'essai pilote et la validation de l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle, http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP40-67-2012-fra.pdf.

¹² L'une des approches pourrait consister à exiger que l'ASPC surveille régulièrement un large éventail d'indicateurs de santé sexuelle de nature qualitative et quantitative (en se fondant sur l'Enquête canadienne sur les indicateurs de santé sexuelle), ou à élargir considérablement le module des comportements sexuels de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, en ajoutant d'autres questions, qui porteraient notamment sur les intentions en matière de contraception et de grossesse.



communications en vue d'acheter et de vendre des services sexuels, le fait de tirer un avantage matériel du commerce du sexe et le fait d'annoncer des services sexuels. La LPCPVE rétablit des dispositions semblables à celles qui, d'après la Cour suprême du Canada, sont préjudiciables pour la vie, la santé et la sécurité des travailleurs du sexe, simplement en remaniant certaines dispositions et en en ré-étiquetant d'autres en leur donnant des objectifs nouveaux et plus généraux. La Loi impose du danger, une criminalisation accrue, peu de contrôle sur les conditions de travail et moins d'options sûres pour les travailleurs du sexe. Il y a donc lieu de l'abroger.

Dans l'intervalle, la Loi inclut la somme de 20 M\$ sur cinq ans à répartir dans tout le pays pour des systèmes de soutien destinés aux travailleurs du sexe qui souhaitent quitter cette industrie. Une part importante de ces fonds est réservée à des mesures d'application de la loi. Ces fonds sont insuffisants pour soutenir une approche exhaustive qui viserait à améliorer la sécurité des personnes vendant des services sexuels et à aider celles qui souhaitent cesser de le faire. De plus, quand la prestation de services sociaux est subordonnée au fait que les travailleurs du sexe cessent de pratiquer leur métier, on restreint les activités de réduction des risques, on mine la sécurité et la sûreté de ces personnes et l'on amoindrit leur accès à des informations et à des produits sexuels sans risque. Outre un appui financier plus important pour les personnes qui souhaitent quitter l'industrie du sexe, il est nécessaire de prévoir des fonds accrus et soutenus pour offrir des mesures tangibles d'atténuation de la pauvreté qui garantiraient une sécurité économique et un accès à un logement et qui faciliteraient l'accès aux soins de santé de façon à ce que les personnes puissent faire des choix réels et significatifs quant au fait de savoir si elles participeront à l'industrie du sexe, et dans quelles conditions.

Services de garde d'enfants

L'accès à des services de garde d'enfants à prix abordable est un enjeu lié aux droits relatifs à la santé sexuelle et reproductive. La réalisation de ces droits implique qu'une personne est en mesure de décider si elle veut avoir des enfants et quand, et d'élever ces derniers dans un milieu sûr et sain. Les gouvernements ont un rôle à jouer sur ce plan, en établissant des systèmes de soutien social qui sont exempts de discrimination, qui reconnaissent toutes les formes d'inégalités et qui en tiennent compte. Retarder le financement d'une stratégie nationale sur les services de garde d'enfants ne fera que perpétuer davantage les inégalités socioéconomiques au Canada. Sans un accès à des services de garde d'enfants à prix abordable, les parents risquent de se heurter à des difficultés quand ils réintègrent la population active, ce qui contribue à une diminution des gains et crée des effectifs à dominante masculine susceptibles de perpétuer les stéréotypes et la violence liés au genre¹³. Ce fait peut avoir des répercussions sur le plan du genre, de la classe et de la race, car ce sont plus souvent les femmes qui quittent la population active pour prendre soin d'enfants. Les femmes racialisées, qui peuvent être victimes de formes de discrimination multiples et croisées (de pair avec le genre, l'âge, la situation économique, l'instruction, le statut de migrant, etc.) sont, notamment, entravées encore plus dans leur capacité à exercer un contrôle sur leurs choix de méthode de reproduction et à subvenir aux besoins de leur famille¹⁴. De telles situations peuvent créer des obstacles à l'accès à des services de soutien et à des soins de santé de façon plus générale, et cela inclut les soins de santé de nature sexuelle et reproductive.

¹³ CCPA, 2015, « Time to Grow Up: Family Policies for the Way We Live Now. »,

https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2015/01/Time_to_Grow_Up.pdf.

¹⁴ Institut Wellesley et Centre canadien de politiques alternatives, 2011, « Canada's Colour Coded Labour Market: the gap for racialized workers », http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/03/Colour_Coded_Labour_MarketFINAL.pdf.



RECOMMANDATIONS (ÉCHELON NATIONAL)

1. Au moment de renouveler l'accord national en matière de santé, veiller à ce que l'on porte une attention particulière aux différences qui existent dans l'accès aux services d'avortement dans tout le pays, y compris en assouplissant les restrictions concernant le médicament abortif Mifegymiso et en veillant à ce que son coût soit couvert par les formulaires pharmaceutiques des provinces et des territoires.
2. Établir une stratégie nationale en matière d'assurance-médicaments, qui comporterait une couverture précise pour les médicaments et les dispositifs liés à la santé sexuelle et reproductive (dont les contraceptifs, les technologies de reproduction assistée, l'avortement médical et les IST).
3. Surveiller à intervalles réguliers et à l'échelle nationale, au moyen, notamment, d'enquêtes de grande envergure, un ensemble solide d'indicateurs de la santé sexuelle, ventilés par des facteurs pertinents.
4. Allouer à l'ASPC des fonds à consacrer à des mesures de sensibilisation et des campagnes axées, notamment, sur les sujets suivants : sexualité positive et consentement, renseignements sur la santé sexuelle et reproductive, et stigmatisation et discrimination.
5. Abroger la *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* et soutenir la prise de mesures concrètes visant à améliorer la sécurité des personnes qui vendent des services sexuels et aider celles qui souhaitent quitter l'industrie du sexe, et ce, en fournissant des ressources importantes en matière de soutien du revenu, de logement, d'éducation et de formation, d'atténuation de la pauvreté, ainsi que de traitement et de soutien à ceux qui ont des problèmes de dépendance.
6. Créer des mesures de soutien destinées aux familles afin de leur permettre d'élever leurs enfants avec dignité, et ce, en créant une stratégie nationale sur les services de garde d'enfants.