



Action Canada pour la santé & les droits sexuels

Mémoire présenté dans le cadre des consultations prébudgétaires 2016

Action Canada pour la santé et les droits sexuels¹ est un organisme de bienfaisance pro-choix et progressiste voué à la promotion et à la défense de la santé et des droits sexuels au Canada et à l'étranger.

Recommandations formulées en réponse à l'invitation du Comité permanent des finances relativement aux priorités pour le budget de 2016

Au Canada

Augmenter les paiements de transfert aux provinces et aux territoires pour améliorer les services en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris les services d'avortement, et mettre en place un plan national sur les médicaments

Le gouvernement fédéral possède le pouvoir constitutionnel de dépenser lui permettant de financer les systèmes de santé conformément à la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Aux termes de la *Loi*, les provinces et les territoires doivent offrir une protection universelle à toutes les personnes inscrites pour tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, ce qui inclut l'avortement. Les baisses constantes des paiements de transfert en matière de santé peuvent nuire à la capacité de respecter ces exigences. Par conséquent, l'accès aux services de santé peut devenir limité, comme c'est le cas pour les services d'avortement.

À l'échelle nationale, seulement un hôpital sur six offre des services d'avortement, et la majorité, comme c'est le cas pour les cliniques de santé sexuelle indépendante, est dispersée de manière disproportionnée et regroupée dans les régions urbaines². Au Canada, 20 % de la population vit en région rurale. Cette population doit donc se déplacer parfois sur plusieurs milliers de kilomètres pour avoir accès à des services d'avortement, et ce, à ses frais. De surcroît, peu d'endroits offrent des services au-delà de 16 semaines de gestation³. Les déplacements entraînent souvent des dépenses imprévues associées au transport, à l'hébergement, à la perte de revenus, aux soins des enfants et des aînés et aux éventuels coûts associés à la procédure (dans le cas des procédures en clinique, et au Québec, qui ne participent pas à la facturation réciproque).

Les baisses des paiements de transfert en matière de santé aux provinces et aux territoires causent aussi des écarts dans l'accès à d'autres services de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, chaque province a son propre système pour couvrir les coûts des médicaments contre le VIH et des soins pour les personnes trans, ce qui entraîne des variations dans la qualité des services reçus. En conséquence, certaines personnes déménagent dans d'autres provinces pour recevoir les

¹ Pour de l'information supplémentaire, consultez : <http://www.sexualhealthandrights.ca/fr/>. Pour les demandes de renseignements, communiquez avec : Sarah Kennell, agente des affaires publiques, sarah@sexualhealthandrights.ca

² C. Sethna, « *Travel to Access Abortion Services in Canada* », Université d'Ottawa, 2012, http://socialsciences.uottawa.ca/sites/default/files/public/research/eng/documents/CSethna_WorldIdeas.pdf [EN ANGLAIS SEULEMENT].

³ Il existe environ 20 points de service pour les femmes à plus de 16 semaines de gestation. La majorité est située au Québec et en Ontario. Aucun fournisseur n'offre de services au-delà de 16 semaines au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, au Nunavut et au Yukon.



soins dont elles ont besoin, se coupant par le fait même d'importants réseaux de soutien. Au bout du compte, les personnes ayant les plus grandes ressources financières sont mieux en mesure de satisfaire leurs besoins en matière de santé que celles ayant des moyens plus limités, ce qui est en contradiction avec le principe de l'universalité qui est à la base de notre système de soins de santé.

L'absence d'un régime national pour les médicaments accentue les obstacles associés à l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, plus particulièrement pour les personnes n'ayant pas d'assurance. Au Canada, 24 % des citoyens affirment ne pas avoir d'assurance-médicaments et devoir payer eux-mêmes les produits pharmaceutiques, ce qui inclut les médicaments et dispositifs contraceptifs⁴. Les personnes les plus à risque sont celles qui travaillent, mais dont les revenus sont faibles, puisqu'elles n'ont pas nécessairement droit aux régimes publics et sont plus susceptibles de ne pas avoir un régime payé par l'employeur. Cette situation entraîne des différences d'accès aux produits de santé essentiels entre les provinces et les territoires ainsi que des obstacles et des inégalités quant à l'accès aux produits dans les provinces et les territoires, plus particulièrement dans le cas des personnes ayant des ressources financières limitées. Les produits de santé sexuelle et reproductive sont essentiels pour mener une vie saine et productive, mais beaucoup de personnes au Canada n'y ont pas un accès abordable. Par exemple, la population canadienne a accès à une variété plus limitée d'options en matière de contraception que les populations d'autres pays développés, et les obstacles liés aux coûts pour les personnes souhaitant mettre fin à une grossesse au moyen d'un avortement médical sont importants⁵.

Augmenter le financement pour améliorer les services d'établissement, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, afin de répondre aux besoins de tous les migrants, peu importe leur statut

Selon le type de régime, certains réfugiés n'ont pas d'assurance pour les soins de santé sexuelle et reproductive, ce qui comprend les soins entourant l'accouchement. Cette situation rend les femmes réfugiées vulnérables puisqu'elle empêche certains demandeurs d'asile d'avoir accès à des soins pré et postnataux ainsi que pour l'accouchement, et limite l'accès à la contraception, au dépistage du cancer, aux services d'avortement et au soutien en cas de violence entre partenaires intimes⁶. Le soutien de l'accès équitable aux soins de santé pour les migrants, peu importe leur statut de réfugié ou d'immigrant ou leur situation maritale, est impératif, tout comme l'est l'élaboration de politiques et de programmes qui sont fondés sur les droits de la personne et sur le principe de l'universalité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Allouer des fonds à l'Agence de la santé publique du Canada afin d'organiser des campagnes de sensibilisation et de la formation à l'intention des fonctionnaires sur la sexualité positive et le consentement, la santé sexuelle et reproductive, et la stigmatisation et la discrimination

Les jeunes Canadiens manquent généralement de connaissances au sujet de la santé sexuelle et reproductive, ce qui accentue la stigmatisation associée à l'activité sexuelle, entraîne de la discrimination et cause des problèmes de santé.

- En 2011, 25 % des tests positifs de VIH ont été attribués à des jeunes de 15 à 29 ans⁷. Les femmes sont surreprésentées au sein de la tranche d'âge la plus jeune (56,5 % chez les 15 à 19 ans)⁸.

⁴ Centre canadien de politiques alternatives, « A public drug insurance plan would save Canada billions », 2010, <http://pharmacarenow.ca/wp-content/uploads/2009/11/Monitor-Pharmacare.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁵ Commercialisée sous le nom « Mifegymiso », la pilule abortive nouvellement approuvée devrait coûter 270 \$ par paquet, ce qui est nettement plus élevé que l'option antérieure.

⁶ Women's College Hospital, « Impacts of changes to Interim Federal Health Programme for Refugees », 2012, <http://www.womenscollegehospital.ca/pdf/WCH%20Impact%20of%20changes%20to%20IFHP%20for%20Refugees.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁷ Agence de santé publique du Canada, « Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/SIDA et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada », 2014, <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/youth-jeunes/assets/pdf/youth-jeunes-fra.pdf>.

⁸ *Ibid.*



- Les jeunes Canadiens présentent les taux les plus élevés d'ITS. Les taux déclarés de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis sont en hausse constante depuis la fin des années 90⁹.
- Plus des trois quarts des jeunes transgenres déclarent subir du harcèlement verbal à l'école, et un tiers de ces derniers déclarent être victime de violence physique¹⁰.
- Les jeunes femmes sont huit fois plus susceptibles de subir un acte de violence sexuelle que les garçons¹¹. En Ontario, 46 % des jeunes filles fréquentant une école secondaire sont victimes de harcèlement sexuel¹². Les taux élevés de violence envers les jeunes femmes et les jeunes filles mettent en évidence le manque de sensibilisation quant aux normes relatives aux sexes et aux stéréotypes ainsi qu'aux comportements respectueux et aux relations.
- Les jeunes filles autochtones sont plus souvent victimes d'incidents de violence que les jeunes filles non autochtones, et 17 % des femmes autochtones disparues et assassinées sont âgées de moins de 18 ans¹³.

Les résultats positifs associés à la sensibilisation en matière de santé comprennent une amélioration de la santé ainsi que des changements des attitudes et des comportements¹⁴. Ces facteurs peuvent entraîner à leur tour une réduction de la demande dans le système de santé. Ces campagnes doivent être complétées par des programmes de formation sur les droits de la personne à l'intention de tous les fonctionnaires fédéraux en contact avec le public afin de faire en sorte que tous soient traités avec respect, peu importe son orientation, son identité et son expression sexuelles.

Augmenter les paiements de transfert aux provinces et aux territoires pour assurer de l'aide au revenu uniformisée à l'échelle nationale et remettre en place pour tous les travailleurs relevant du fédéral le salaire minimum fédéral de 15 \$ de l'heure, indexé selon l'inflation

La pauvreté est l'un des meilleurs indicateurs de la mauvaise santé¹⁵. Les faibles niveaux de développement socioéconomiques augmentent la transmission des infections transmises sexuellement (ITS), y compris le VIH, créent des difficultés au chapitre de l'accès aux mesures de prévention, au traitement et au soutien et coïncident avec la hausse du taux de grossesses non désirées¹⁶. Lorsque le gouvernement investit dans la création d'emplois, dans les services de santé et dans l'aide sociale et adopte des mesures législatives pour augmenter le salaire minimum, la situation à court et à long terme des enfants et des familles s'améliorent¹⁷. Les mesures susceptibles de réduire les taux de pauvreté dans la

⁹ Agence de la santé publique du Canada, « Rapport d'étape sur les populations distinctes : VIH/sida et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang parmi les jeunes au Canada », 2010, <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/youth-jeunes/chapitre-3-fra.php#note1>.

¹⁰ Egale : Canada Human Rights Trust, « Chaque classe dans chaque école », 2011, <http://egale.ca/chaque-classe/>.

¹¹ Canada, Statistique Canada, Article de Juristat, « Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques », 2013, <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-fra.pdf>.

¹² D. Wolfe et D. Chiodo, « Sexual Harassment and Related Behaviors Reported Among Youth from Grade 9 to Grade 11 ». Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2008.

¹³ Association des femmes autochtones du Canada, http://www.nwac.ca/files/download/NWAC_3D_Toolkit_e_0.pdf [LIEN BRISÉ].

¹⁴ K. Newbold et S. Campos, McMaster Institute of Environment and Health, 2011, <http://www.mcmaster.ca/mihe/documents/publications/Social%20Media%20Report.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

¹⁵ Feeny D., Kaplan MS, Hugué N, McFarland BH. Comparing population health in the United States and Canada. *Popul Health Metr* 2010 Apr 29; 8:8; Marmot M. and Wilkinson R. 1999. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press., 2009; Morris JN, Wilkinson P, Dangour AD, Deeming C, Fletcher A. Defining a minimum income for health living (MIHL): older age, England. *Int J Epidemiol*. 2007 Dec; 36(6): 1300-7.; Pickett KE, Wilkinson RG. Greater equality and better health. *BMJ* 2009 Nov 10; 339: b4320.; Raphael D. Public policies and the problematic USA population health profile. *Health Policy*. 2007 Nov; 84(1): 101-11., 2010; Victorina CC, Gauthier AH. The social determinants of child health: variations across health outcomes – a population-based cross-sectional analysis. *BMC Pediatr*. 2009 Aug; Dahlgren G and Whitehead M. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; Evans RG, Stoddart GL. 1994. *Producing Health, Consuming Healthcare*. In: Evans RG, ML Barer, TR Marmor (Eds.) *Why are some people healthy and Others Not? Determinants of the Health of Populations*. New York: Aldine de Gruyter: 77-63.

¹⁶ Guttmacher Institute, « Unintended Pregnancy in the United States », 2015, <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unintended-Pregnancy-US.html> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

¹⁷ G. Bloch, Making Evidence Matter, « How an inadequate minimum wage is linked to poorer health outcomes – for everyone », <http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/17163> [EN ANGLAIS SEULEMENT].



collectivité améliorent l'état de santé, y compris la santé sexuelle et reproductive et contribuent à limiter les coûts croissants associés à une mauvaise santé¹⁸.

Augmenter les paiements de transfert aux provinces et aux territoires pour les programmes destinés à améliorer la sécurité des personnes vendant des services sexuels et à aider les personnes souhaitant quitter l'industrie du sexe, dont des mesures de soutien pour les facteurs suivants : soutien du revenu, logement, éducation et formation, réduction de la pauvreté et traitement et soutien relatifs aux dépendances

La *Loi sur la protection des collectivités et des personnes victimes d'exploitation* de 2014 prévoit une somme de 20 millions de dollars sur cinq ans à répartir partout au pays pour établir des systèmes de soutien pour les travailleurs du sexe souhaitant quitter cette industrie. Une grande partie de cette somme est réservée à des fins d'application de la loi. Ces fonds ne suffisent pas à soutenir une approche complète, qui aurait pour objectif d'améliorer la sécurité des personnes qui vendent des services sexuels et d'aider les personnes souhaitant cesser ces activités. Si la prestation de services de soutien dépend du fait que la personne cesse ces activités, les activités de réduction des préjudices sont par conséquent limitées, la sécurité des travailleurs du sexe n'a pas assurée et l'accès à l'information et aux produits permettant d'avoir des rapports sexuels plus sûrs est réduit.

Fournir un financement suffisant et stable aux stratégies communautaires offrant des solutions de rechange réalistes à l'emprisonnement des délinquants autochtones et appartenant à des groupes raciaux¹⁹

Les communautés raciales et autochtones du Canada subissent les conséquences négatives du racisme et de la discrimination systémiques. Les Autochtones et les groupes raciaux sont surreprésentés dans les prisons fédérales²⁰, une situation qui augmente les probabilités que soient imposées aux délinquants appartenant à ces groupes des peines minimales obligatoires, que les juges sont désormais forcés d'appliquer pour certaines infractions²¹. Les peines plus longues peuvent entraîner des problèmes de santé chez les détenus, plus particulièrement en ce qui a trait à la santé sexuelle et reproductive. Les personnes plus susceptibles d'être détenues (les Autochtones et les membres des collectivités raciales) sont plus à risque de contracter une ITS, y compris le VIH²². La hausse des taux d'ITS peut être attribuée à l'absence de politiques efficaces de réduction des préjudices, au manque d'accès à des services complets de santé sexuelle et reproductive et au manque d'information à l'intérieur et à l'extérieur des prisons²³.

¹⁸ E. Forget, « The Town with No poverty: using health administration to revisit outcomes of a Canadian guaranteed annual income field experiment », 2011, <http://public.econ.duke.edu/~erw/197/forget-cea%20%282%29.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

¹⁹ Commission de vérité et réconciliation du Canada : « Appels à l'action », 2015, http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf.

²⁰ En 2011, l'enquêteur correctionnel du Canada a signalé une hausse de 80 % chez les détenus noirs dans les prisons fédérales au cours de la dernière décennie même si la population des Noirs du Canada ne représente que 2,5 % de la population totale.

Native Youth Sexual Health Network, <http://www.nativeyouthsexualhealth.com/january15172014.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT];

Rabble, « Do Black Lives Matter in Canada? », 2014, <http://rabble.ca/columnists/2014/12/do-black-lives-matter-canada> [EN ANGLAIS SEULEMENT];

CBC, « Prison watchdog probes spike in number of black inmates », 2011, <http://www.cbc.ca/news/politics/prison-watchdog-probes-spike-in-number-of-black-inmates-1.1039210> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

²¹ BC Civil Liberties Association, « More than we can afford: the cost of minimum sentencing », <https://bccla.org/wp-content/uploads/2014/09/Mandatory-Minimum-Sentencing.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

²² Agence de la santé publique du Canada, « Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013, Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle », <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/sti-its-fra.php>.

²³ L'enquêteur correctionnel du Canada a signalé des délais d'accès aux services de santé pour les détenus, des réductions dans des programmes de santé essentiels, des stratégies de réduction des préjudices non attestées et l'aggravation des troubles de santé existants des détenus. « Rapport annuel 2013-2014 du Bureau de l'enquêteur correctionnel », 2014, <http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20132014-fra.pdf>.



Investir dans l'implantation des lignes directrices sur la création d'unités mère-enfant dans les établissements correctionnels canadiens dans toutes les prisons fédérales

Les femmes autochtones représentent 36 % de l'ensemble des jeunes femmes incarcérées²⁴. Les rapports signalent des atteintes aux droits de la personne des femmes autochtones détenues, notamment « sous la forme de contention physique pendant l'accouchement, de stérilisation forcée et de violence sexuelle infligée par le personnel correctionnel et les gardiens²⁵ » et aussi en conséquence de l'absence d'installations efficaces pour les mères incarcérées²⁶.

Des éléments probants constatés en Colombie-Britannique, là où les lignes directrices ont été élaborées et mises en œuvre, démontrent divers résultats positifs associés aux unités mère-enfant dans les prisons. Ces résultats comprennent la baisse des taux de réincarcération chez les femmes ayant eu un enfant en prison, des économies de coûts pour l'État (associées à la baisse des taux de réincarcération et à la diminution du nombre d'enfants en famille d'accueil) et une meilleure santé physique et psychologique²⁷.

Politique étrangère et développement international

Mettre fin au gel de l'aide à l'étranger, respecter l'engagement international de consacrer 0,7 % du RNB à de l'aide au développement officielle et dépasser l'engagement de consacrer 10 % de l'aide à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive²⁸

Les investissements du gouvernement du Canada dans l'aide sont plafonnés à 0,24 % du RNB, le financement des organismes de défense des droits des femmes et des projets sexospécifiques a beaucoup reculé, et beaucoup de partenaires et de pays ont critiqué le Canada pour avoir adopté des positions idéologiques en matière de développement, plus particulièrement en ce qui concerne les droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Les investissements du Royaume-Uni dans le domaine de la planification familiale en une seule année représentent plus du double des investissements totaux du Canada dans la planification familiale pour les quatre dernières années de l'Initiative de Muskoka, alors qu'un piètre 1,2 % du financement a été consacré à la planification familiale²⁹.

Les droits des femmes et des jeunes filles continuent d'être bafoués :

- Une femme sur trois dans le monde a subi de la violence sexuelle.
- D'ici 2020, 142 millions de jeunes filles seront mariées avant d'atteindre l'âge de 18 ans.
- Les complications durant la grossesse et l'accouchement sont la deuxième plus importante cause de mortalité parmi les jeunes filles de 15 à 19 ans dans le monde.

Les investissements dans la santé sexuelle et reproductive et les droits qui s'y rattachent rapportent beaucoup. Par exemple, le fait de répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception moderne et de parvenir à l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030 permettrait de rapporter 120 dollars américains pour

²⁴ Native Youth Sexual Health Network, <http://www.nativeyouthsexualhealth.com/emrip2013item5.pdf> [TRADUCTION].

²⁵ Native Youth Sexual Health Network, présentation à la sixième séance de « Expert Mechanism on the Rights of Indigenous Peoples », du 8 au 12 juillet 2013, <http://www.nativeyouthsexualhealth.com/emrip2013item5.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

²⁶ S. Brennan, « Canada's Mother-Child Program: Examining its emergence, usage and current state », Canadian Graduate Journal of Sociology and Criminology, 2014, <file:///C:/Users/Sarah/Downloads/84-444-1-PB.pdf> [NON ACCESSIBLE].

²⁷ « Bonding through bars: new guidelines for mother-child prison units puts interests of child first », Peter Wall Institute for Advanced Studies, Université de la Colombie-Britannique, <http://pwias.ubc.ca/media-centre/wall-papers/fall-2015/Bonding-through-Bars-new-guidelines-for-mother-child-units/> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

²⁸ Tel que convenu à la dernière Conférence internationale des parlementaires sur la mise en œuvre du programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD).

²⁹ « Euromapping », 2013, http://www.dsw.org/uploads/tx_aedswpublication/Euromapping_2013.pdf [EN ANGLAIS SEULEMENT]; McLeod Group, « Aid Flows », <http://www.mcleodgroup.ca/topics-3/development-assistance/aid-flows/> [EN ANGLAIS SEULEMENT].



chaque dollar investi, et plus de 400 milliards de dollars américains en gains annuels³⁰. Malgré cela, le financement des organismes et des projets de défense des droits des femmes portant sur leurs besoins et leurs réalités propres continue d'être insuffisant³¹.

Augmenter le financement des organisations multilatérales œuvrant dans le domaine de l'égalité des sexes, des droits en matière de santé sexuelle et reproductive et des droits de la personne en général, dont : le FNUAP, l'ONU Femmes et le HCDH.

Les organismes et institutions de l'ONU restent des chefs de file en matière d'orientation technique, de renforcement de la capacité, de négociations intergouvernementales et d'aide au développement. Bien que les niveaux d'aide continuent d'augmenter à l'échelle internationale, le soutien alloué aux organismes multilatéraux, plus particulièrement ceux s'intéressant aux droits de la personne, stagne. Les organismes œuvrant plus spécialement dans le domaine des droits en matière de santé sexuelle et reproductive, de l'égalité entre les sexes et des droits de la personne de manière générale reçoivent nettement moins de financement que les autres organisations de l'ONU³². Même si les droits de la personne sont reconnus comme constituant l'un des trois piliers de l'ONU, le programme des droits de la personne ne reçoit que 3 % du budget ordinaire du Secrétariat³³. Les organismes de l'ONU ont aussi connu des hausses dans des volets de financement affecté à des fins précises aux dépens du soutien du financement de base, ce qui empêche souvent les organismes de maintenir le soutien pour les initiatives à long terme et de répondre plus efficacement aux besoins en matière de développement³⁴.

Financer et soutenir les initiatives de défense des droits visant à accroître l'accès à l'avortement et à le décriminaliser

Malgré les restrictions légales, les barrières sociales et le manque de services sûrs dans les pays en développement, les taux d'avortement sont plus élevés que dans d'autres parties du monde³⁵. Les restrictions imposées à l'avortement ne

³⁰ Groupe de travail de la CIPD, 2015, <http://icpdtaskforce.org/wp-content/uploads/2015/01/FinancingBriefSmartInvestments2015.pdf> [EN ANGLAIS SEULEMENT].

³¹ En plus de l'Initiative de Muskoka, le gouvernement du Canada s'est donné comme priorité en matière de développement le mariage des enfants, le mariage précoce et le mariage forcé ainsi que la violence sexuelle pendant les conflits. Le gouvernement doit affecter des fonds à ces initiatives afin de fournir aux victimes un ensemble complet d'information et de services sur la santé sexuelle et reproductive, des initiatives de soutien visant à s'attaquer aux lois et aux politiques discriminatoires et à renforcer les capacités des organisations de défense des droits des femmes œuvrant à promouvoir les droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

³² Par exemple, en 2014, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a déclaré avoir reçu en subventions un peu plus de 1 milliard de dollars, et l'ONU Femmes, 322 millions de dollars, comparativement au Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et au Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), qui ont chacun reçu plus de 4 milliards de dollars en 2013. FNUAP, Rapport annuel, 2014, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_annual_report_2014_en.pdf [EN ANGLAIS SEULEMENT]; UNICEF, Rapport annuel, 2014, http://www.unicef.org/french/publications/files/FRENCH_UNICEF_AR_2013_Final.pdf; ONU Femmes, Rapport annuel, 2015, http://www2.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/annual_report_fr.pdf?v=1&d=20150820T135913; PNUD, Rapport annuel, 2014, http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/UNDP-in-action/2014/UNDP_AR2014_french.pdf.

³³ « OHCHR Management Plan. 2014-2017: Working for your rights », http://www2.ohchr.org/english/OHCHRreport2014_2017/OMP_Web_version/media/pdf/0_THE_WHOLE_REPORT.pdf [EN ANGLAIS SEULEMENT].

³⁴ Les organismes dont les activités visent les droits en matière de santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes et les droits de la personne en général reçoivent nettement moins de financement que les autres organismes de l'ONU. FNUAP, Rapport annuel, 2014, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_annual_report_2014_en.pdf [EN ANGLAIS, LIEN POUR LE FRANÇAIS BRISÉ].

³⁴ Par exemple, en 2014, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a déclaré avoir reçu en subventions un peu plus de 1 milliard de dollars, et l'ONU Femmes, 322 millions de dollars, comparativement au Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et au Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), qui ont chacun reçu plus de 4 milliards de dollars en 2013. FNUAP, Rapport annuel, 2014, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_annual_report_2014_en.pdf [EN ANGLAIS SEULEMENT]; UNICEF, Rapport annuel, 2014, http://www.unicef.org/french/publications/files/FRENCH_UNICEF_AR_2013_Final.pdf; ONU Femmes, Rapport annuel, 2015, http://www2.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/annual_report_fr.pdf?v=1&d=20150820T135913; PNUD, Rapport annuel, 2014, http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/UNDP-in-action/2014/UNDP_AR2014_french.pdf.

³⁵ Guttmacher Institute, « Facts on induced abortion worldwide », 2012, http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html [EN ANGLAIS SEULEMENT].



réduisent pas les taux d'avortement; elles forcent les femmes à se tourner vers des services clandestins, illégaux et dangereux qui mettent leur santé et leur vie en danger.

- L'OMS estime que 22 millions d'avortements dangereux sont effectués chaque année et qu'ils sont responsables de 13 % des décès maternels à l'échelle mondiale.
- En 2008, les avortements dangereux ont entraîné 47 000 décès maternels; on estime qu'ils auraient causé une incapacité temporaire ou permanente chez plus 5 millions de femmes.
- Plus de 14 millions de jeunes filles sont forcées à se marier chaque année³⁶, et on estime que 90 % des adolescentes qui accouchent sont mariées. Les jeunes filles mariées sont deux fois plus susceptibles d'être victimes de violence sexuelle, de vivre une grossesse non désirée et de recourir à un avortement dangereux.

³⁶ UNICEF, « Joint Press Release: Child marriages: 39,000 every day », 2013, http://www.unicef.org/media/media_68114.html [EN ANGLAIS SEULEMENT].

