



**Convention sur l'élimination  
de toutes les formes  
de discrimination à l'égard  
des femmes**

Distr. générale  
18 octobre 2012  
Français  
Original: anglais  
Anglais, espagnol et français  
seulement

---

**Comité pour l'élimination de la discrimination  
à l'égard des femmes**  
Cinquante-quatrième session  
11 février-1<sup>er</sup> mars 2013

**Observations finales adoptées par le Comité à l'issue  
de l'examen du rapport initial du Timor-Leste  
à sa quarante-quatrième session  
(20 juillet-7 août 2009)**

Additif

**Renseignements communiqués par le Timor-Leste  
sur la suite donnée aux observations finales  
du Comité\*, \*\***

---

\* Conformément aux informations communiquées aux États parties concernant le traitement de leurs rapports, le présent document n'a pas été revu par les services d'édition.

\*\* L'annexe peut être consultée aux archives du secrétariat.

## Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
Sigles et abréviations .....		3
I. Introduction.....	1–5	4
II. Secteur de la santé.....	6–67	5
A. Santé génésique .....	6–60	5
B. Santé mentale .....	61–64	16
C. Système d'information pour la gestion de la santé .....	65–67	17
III. Secteur de l'éducation.....	68–112	18
A. Scolarisation des filles dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire.....	68–70	18
B. Bourses pour filles.....	71–73	19
C. Analphabétisme .....	74–84	20
D. Réduction du décrochage scolaire chez les filles.....	85–90	22
E. Sécurité des filles.....	91–104	23
F. Initiatives gouvernementales pour un environnement éducatif exempt de discrimination et de violence .....	105–112	25

## Sigles et abréviations

CCC	Communication destinée à induire un changement de comportement
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
IEC	Information, éducation et communication
IMC	Indice de masse corporelle
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVA	Inspection visuelle après application d'acide acétique
MINUT	Mission intégrée des Nations Unies au Timor-Leste
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SISCa	Services de santé communautaires intégrés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNTL	Université nationale du Timor-Leste
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis en réponse à la demande formulée par le Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dans ses observations finales de 2009 sur le Timor-Leste (CEDAW/C/TLS/CO/1), invitant l'État partie à fournir dans un délai de deux ans des renseignements détaillés sur l'application des recommandations portant sur les secteurs de l'éducation et de la santé. Il résume les initiatives actuelles – gouvernementales et non gouvernementales – du Timor-Leste dans ces deux secteurs. Il a été conçu dans le souci d'améliorer la situation sur les plans de l'égalité entre les sexes et de l'autonomisation des femmes par l'établissement régulier de rapports et le suivi des observations finales.

2. Afin de réunir les données nécessaires, des questionnaires ont été mis au point et partagés à l'occasion d'un atelier avec les autorités gouvernementales compétentes, à savoir le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation, par l'entremise de leurs points focaux genre respectifs et des chefs de département; ils ont aussi circulé au sein de la société civile. Un examen du large éventail de documents relatifs à la santé et à l'éducation a ensuite été entrepris afin de compléter le rapport. Un atelier de validation s'est tenu avant sa soumission finale au Comité.

3. Ce rapport détaille séparément les deux secteurs sur lesquels le Comité a porté son attention.

4. La première partie du rapport, consacrée au secteur de la santé, commence par une analyse de la situation sur le plan de la santé génésique au Timor-Leste et par la réponse donnée à ces questions par le Ministère de la santé et ses partenaires dans le domaine du développement. Elle porte sur la santé sexuelle et génésique, la santé maternelle et infantile, les soins prénatals et postnatals, l'avortement et, pour finir, les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida. Les auteurs du rapport portent ensuite leur attention sur le planning familial, y compris la prévention des grossesses précoces et l'éducation sexuelle des enfants scolarisés. Comme l'une des principales questions de santé dans ce pays concerne la mortalité maternelle et infanto-juvénile, ces mortalités sont examinées au travers des travaux de recherche menés sur leurs causes profondes respectives. Un chapitre est ensuite consacré à la santé mentale des femmes, précédant une analyse du système d'information sur la gestion de la santé, qui englobe les divers systèmes de contrôle et d'évaluation du secteur de la santé, comprenant la santé génésique et le planning familial.

5. La deuxième partie du rapport est consacrée au secteur de l'éducation et débute par une analyse de la scolarisation des élèves de sexe féminin dans les établissements d'enseignement secondaire et supérieur, et par les initiatives déployées par le Ministère de l'éducation pour améliorer la situation en la matière, notamment par des bourses spéciales accordées aux filles. Le taux d'analphabétisme des femmes reste à un niveau élevé au Timor-Leste, d'où la place faite à cette question dans le rapport, où sont passés en revue différents programmes d'alphabétisation lancés dans le pays. Les chapitres qui suivent sont liés à l'alphabétisation des femmes et à leur fréquentation des établissements d'enseignement. Cette question y est examinée sous l'angle du décrochage scolaire des filles et de l'insécurité à l'école, qui sont les deux causes profondes majeures à la base de ces problèmes.

## II. Secteur de la santé

### A. Santé génésique

6. Avec 5,7 enfants par femme, le Timor-Leste connaît l'un des taux de fécondité les plus élevés au monde, qui s'accompagne d'un taux de mortalité maternelle élevé de 557/100 000. Le taux de fécondité total et le taux de mortalité maternelle relevés lors de la dernière enquête démographique et sanitaire de 2009-2010 apparaissent toutefois en baisse par rapport à l'enquête de 2003, où ils étaient respectivement de 7,8 et de 660/100 000. On a observé une augmentation significative des besoins non satisfaits en termes de planning familial au cours des sept dernières années (31 % en 2009-2010 contre 4 % en 2003, soit sept fois plus). Cette évolution considérable motive le Ministère de la santé pour mettre l'accent sur les programmes de santé génésique à l'intention des hommes et des femmes.

7. La Stratégie nationale de santé génésique est une feuille de route conçue pour intégrer tous les services de santé génésique tels que décrits par la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD). Elle favorise, avec les objectifs suivants, une approche de la santé sexuelle et génésique fondée sur les droits:

- Rehausser substantiellement le niveau de connaissance de la population générale concernant la sexualité et la santé génésique;
- Promouvoir le planning familial afin de stabiliser le taux de croissance de la population et de réduire l'incidence des grossesses non planifiées, non désirées ou inopportunes;
- Veiller à ce que les hommes et les femmes aient tous accès aux services de soins de santé génésique de base, et bénéficient d'informations et de campagnes de promotion de la santé dans le domaine de la reproduction;
- Réduire le niveau de la mortalité et de la morbidité maternelles;
- Réduire le niveau de la mortalité et de la morbidité prénatales et néonatales;
- Réduire le fardeau des IST et du VIH;
- Répondre aux besoins changeants en matière de santé génésique sur le cycle de vie et améliorer l'état de santé des personnes en âge de procréer.

8. Pour atteindre ces objectifs, la Stratégie nationale de santé génésique met l'accent sur quatre éléments:

- a) La santé génésique des adolescents;
- b) Le choix de procréer (planning familial);
- c) Une maternité sans risques;
- d) La santé génésique en général.

9. La communication destinée à induire un changement de comportement (CCC) embrasse ces quatre éléments et, dans la poursuite de cet objectif, le Ministère de la santé a appelé à l'élaboration et l'application d'une stratégie nationale de CCC concernant la santé génésique, en soulignant la nécessité de mettre au point dans ce domaine des mesures culturellement adaptées et respectueuses des droits, ciblant les hommes, les femmes et les jeunes en âge de procréer (15-49 ans) par le biais de campagnes d'information, de diffusion d'informations et de sensibilisation, dans le but de susciter une demande pour tous les services de santé génésique et l'information en la matière. On citera à ce propos les différentes stratégies et mesures de communication en matière sanitaire, s'appuyant entre

autres sur le divertissement éducatif – tel que feuillets radiophoniques et représentations théâtrales –, la mobilisation des communautés, les médias et l'action de sensibilisation par le biais des messages d'intérêt général à la radio et à la télévision, ou encore la communication interpersonnelle générale, qui reste la forme principale de communication au Timor-Leste.

10. Les actions menées dans le but de modifier les comportements et les activités de sensibilisation à la santé génésique, surtout dans le domaine de la santé maternelle, sont particulièrement nécessaires dans les zones rurales, où seulement 21 % des femmes se font assister d'un professionnel de la santé pour accoucher, contre 59 % en milieu urbain. En comparaison de la ville, seulement un tiers des femmes de la campagne ont accouché avec l'aide d'un prestataire de soins qualifié. En comparaison des femmes de Dili, dont 69 % ont bénéficié d'une telle assistance, seules 10 % en ont bénéficié à Oecusse, 11 % à Ainaro et 12 % à Ermera. Le nombre de bébés mis au monde dans un centre de santé est également un motif de préoccupation, en ce sens que ces naissances ne concernent que 12 % des nouveau-nés seulement en zone rurale, contre 53 % en zone urbaine. Cela donne à penser qu'il existe un besoin urgent de construire davantage de cliniques et d'hôpitaux à la campagne, afin que les femmes et les adolescentes rurales aient elles aussi accès à l'information et aux services en matière de santé. Alors que 63 % des femmes de Dili ont accouché dans un centre de santé, elles n'ont été que 3 % à Ermera, 5 % à Oecusse et 7 % à Ainaro.

11. Conscient de l'urgence de traiter des questions de santé maternelle et de planning familial et de répondre aux besoins des jeunes, le Groupe de femmes parlementaire du Timor-Leste et la société civile, appuyés par des institutions gouvernementales, des agences des Nations Unies et des représentants de l'Église catholique, ont organisé sept consultations régionales sur la santé génésique entre mars et juin 2010, clôturées par une conférence nationale sur la même question qui s'est tenue du 11 au 13 juillet 2010. Les grands thèmes de la conférence étaient notamment le planning familial, l'éducation sexuelle et la grossesse à l'adolescence, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC). Les conférences régionales ont servi de forum pour recueillir des informations vitales, recenser les problèmes existants et informer les communautés quant aux efforts déployés par le Gouvernement pour améliorer la santé génésique, le planning familial et l'éducation sexuelle, et pour faire baisser le nombre des grossesses précoces. L'accès à l'information a été désigné comme un secteur d'importance à mettre en exergue, en parallèle avec le manque d'infrastructures sanitaires, le besoin d'un renforcement de capacités dans le domaine des ressources humaines, l'accroissement nécessaire du nombre de sages-femmes formées, d'agents de santé dans les communautés (Promotor Saude Familiar – PSF) et d'accoucheuses traditionnelles, la santé maternelle et infantile, la nutrition et, pour finir, le renforcement du système des établissements hospitaliers de recours.

12. Une déclaration d'action positive axée sur la diminution de la mortalité maternelle et infantile, du taux de fécondité et des grossesses précoces a été adoptée à l'occasion de la Conférence nationale pour la santé génésique. Elle affirme le droit de toute personne de nationalité timoraise d'avoir accès à des informations et des services en matière de santé sexuelle, de maternité et de santé génésique qui soient à la fois abordables, de bonne qualité, culturellement adaptés et attentifs à la problématique du genre. À cet effet ont été pris les engagements suivants:

- Qu'aucune mère timoraise ne décède en cours de grossesse ou en couches;
- Qu'aucun bébé timorais ne vienne à mourir avant, pendant ou après la naissance;

- Qu'aucune jeune femme timoraise ne soit tenue à l'écart de l'école en raison d'une grossesse non planifiée; et
- Que tous les Timorais – hommes, femmes et jeunes – aient accès à des informations correctes et complètes et à des services de qualité, de nature à permettre le plein exercice des droits à la santé sexuelle, maternelle et génésique.

13. Dans le cadre de la stratégie gouvernementale consistant à s'attaquer prioritairement aux maladies mortelles, en mettant l'accent sur la baisse de la morbidité maternelle et infantile, le Gouvernement a entrepris de mettre en œuvre le Dispositif des services de base. Ce dispositif prend la forme d'actions préventives, curatives, promotionnelles et de réadaptation. Pour toucher les communautés et les zones rurales et isolées, les points d'entrée prioritaires sont les postes de santé au niveau local, assistés des services de santé communautaires intégrés (SISCa – Servisu Integradu Saude Comunitaria).

14. Idéalement, il faudrait un poste sanitaire dans chaque village, doté d'un médecin, d'un technicien de laboratoire, de deux infirmières et deux sages-femmes, de manière à améliorer l'accès aux services médicaux, à faire en sorte que les femmes enceintes accouchent sans risques et dans de bonnes conditions d'hygiène, et à ce qu'elles soient dirigées vers des centres de santé plus sophistiqués si nécessaire. À l'heure actuelle, il existe 193 postes sanitaires, 66 centres de santé communautaires, 5 hôpitaux de recours et 1 hôpital national remis en état en 2008.

15. Les services SISCa portent sur la fourniture de soins de santé et de traitements, les vaccinations, la nutrition et les activités de développement communautaire ayant pour but d'améliorer l'accès à l'information sur la santé et à d'autres services en la matière. En outre, par le biais du Programme de promotion de la santé, le Gouvernement met l'accent sur le changement de comportement grâce aux SISCa, chargés d'inciter les femmes enceintes à solliciter les soins prénatals et à accoucher dans un centre de santé, avec l'aide d'un agent de santé qualifié. Les bénévoles de la santé familiale effectuent des visites à domicile dans le but de promouvoir la santé et d'informer sur la santé maternelle et infantile, la nutrition et d'autres questions de santé. Le Ministère de la santé forme des sages-femmes et des infirmières aux conseils et aux services en matière de planning familial et à la contraception à l'intention des personnels masculins et féminins dans les centres de santé et les SISCa. De cette façon, les communautés difficiles d'accès peuvent plus facilement bénéficier de services intégrés.

16. Dans le cadre des efforts de renforcement des moyens institutionnels et en ressources humaines, le Timor-Leste s'efforce d'accroître le nombre de sages-femmes formées au sein du système de santé. De 2010 à 2011, 46 sages-femmes ont ainsi reçu un diplôme de bachelier de l'Institut National Saude (INS) de Timor-Leste. En outre, en octobre de cette année, une première série de 37 sages-femmes ont été diplômées de l'Université nationale du Timor-Leste (UNTL).

17. L'Église catholique soutient elle aussi la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et l'éducation des familles et de la jeunesse. Dans cet esprit, elle a le souci de créer une école de maternité qui formerait des infirmières et des sages-femmes pouvant assurer des services compétents.

18. Une autre stratégie destinée à combler le manque en termes de fourniture de services est l'initiative du Ministère de la santé de recruter des sages-femmes d'Indonésie. Un mémorandum d'accord a été signé avec le Ministère indonésien de la santé, et, aujourd'hui, on dénombre six sages-femmes indonésiennes à Oecusse, Lautem et Aileu.

19. Le quatrième élément constitutif de la Stratégie nationale de santé génésique est la santé génésique générale. L'une des approches stratégiques consiste à renforcer la prise de conscience concernant le cancer du col de l'utérus. Le Ministère de la santé a élaboré des

lignes directrices axées sur le dépistage de ce type de cancer au Timor-Leste. La formation de médecins et de sages-femmes à l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) pour le dépistage du col de l'utérus commencera l'année prochaine avec l'identification et le traitement des personnes présentant cette forme de cancer. Des matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) destinés à renforcer les connaissances des femmes en la matière ont également été produits par les départements de santé maternelle et infantile et de promotion de la santé.

20. La fistule obstétricale est un autre domaine qui relève de la santé génésique générale. Des matériels IEC ont été mis au point et une campagne de sensibilisation a été menée dans les districts pour informer les femmes enceintes de l'existence de ce problème au Timor-Leste et des possibilités de traitement. Il importe de noter qu'au Timor-Leste, les femmes souffrant de fistule obstétricale ne sont pas victimes de discrimination ou d'ostracisme de la part de leur famille, de leur communauté ou de la société en général. Depuis 2005, un total de 20 femmes souffrant de fistule obstétricale ont été opérées.

21. Un autre domaine de la santé génésique générale est l'état de préparation aux situations d'urgence. À cet égard, le Ministère de la santé a mis à disposition des trousseaux d'urgence pour la santé génésique, à utiliser en cas de catastrophe naturelle ou anthropique. Le Ministère de la santé a en outre organisé des ateliers sur la préparation aux situations d'urgence dans différents districts et régions pour s'assurer que le personnel de santé sache comment gérer les problèmes d'ordre obstétrical dans les urgences.

#### **1. Soins prénatals et postnatals**

22. L'objectif déclaré du Plan stratégique national de développement est celui-ci:

«Pour continuer d'améliorer la situation sur le plan de la santé maternelle au Timor-Leste, nous avons l'intention de renforcer l'accès à des services de santé de qualité, qu'il s'agisse de soins prénatals, d'obstétrique, de soins postnatals ou de planning familial, de sorte que d'ici à 2015, 70 % des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals au moins quatre fois durant leur grossesse et que 65 % des femmes soient prises en charge lors de l'accouchement. Nous améliorerons les soins obstétricaux d'urgence en faisant en sorte que les complications obstétricales soient reconnues, rapidement détectées et prises en charge au niveau des soins primaires comme au niveau du premier recours. Nous avons l'intention de renforcer les services de santé génésique pour les adolescentes et d'agir dans le sens de l'autonomisation des individus, des familles et des communautés de façon qu'ils contribuent à améliorer les soins maternels et les services de santé génésique. Nous voulons également agir au niveau de la collecte et de l'analyse des données relatives aux services de santé maternelle.»

23. Le nombre de femmes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois en cours de grossesse est passé de 61 % en 2003 à 86 % en 2009/10. 93 % des femmes en zone urbaine et 84 % en zone rurale ont bénéficié de soins prénatals. Le pourcentage de bébés mis au monde par un professionnel de la santé, c'est-à-dire un médecin, une infirmière ou une sage-femme, est passé de 19 % à 30 %. Cette amélioration de la situation sur les plans des soins prénatals et des accouchements médicalisés, du renforcement des capacités en termes de ressources humaines, de l'élaboration de matériels de CCC et de l'expansion du programme SISCA de promotion de la santé familiale a contribué à faire baisser la mortalité maternelle et néonatale.

24. Pour que la population ait à sa disposition davantage de centres de santé pouvant assurer des accouchements, le Ministère de la santé a créé des maternités dans 32 centres de santé communautaires, de manière à faciliter l'accès des parturientes à ces centres et à ce que les accouchements puissent s'effectuer avec l'aide d'un personnel qualifié, tout en



permettant aux familles de rester à proximité. À ce propos, il faut également citer les visites à domicile assurées par des organismes d'État, des membres d'ONG et des promoteurs de la santé familiale auprès des femmes enceintes. À cela s'ajoutent les visites de soutien et de supervision destinées à contrôler et renforcer les compétences des sages-femmes en termes de soins prénatals, ainsi que les conseils et les services en matière de planning familial aux niveaux des districts et des sous-districts. L'Église catholique se préoccupe elle aussi de santé génésique générale et, à cet effet, a inauguré à la mi-2011 une maternité privée qui s'est ouverte à Dili.

25. Dans le cadre de son Programme pour une maternité sans risques, le Département de la santé maternelle et infantile du Ministère de la santé a organisé depuis 2005 une formation axée sur les soins obstétriques de base en situation d'urgence à l'intention des sages-femmes et des médecins exerçant dans les hôpitaux et les centres de santé. Le Ministère de la santé a l'intention de mettre en place au moins deux sages-femmes formées à ce type de soins dans les centres de santé à tous les niveaux. L'objectif des soins obstétriques de base en situation d'urgence est que les sages-femmes soient formées pour aider les parturientes à accoucher aussi facilement que possible et sans complications, mais aussi de réanimer les nouveau-nés si besoin est. Si une complication doit survenir avant ou pendant l'accouchement, il appartient à la sage-femme d'orienter la parturiente vers un centre de santé de niveau supérieur en mesure d'assurer toute la palette des soins obstétricaux d'urgence. Afin que les centres de santé communautaires soient équipés pour assurer des soins obstétriques de base en situation d'urgence, le Ministère de la santé a complètement équipé 18 de ces centres avec le matériel, les fournitures et les médicaments nécessaires.

26. Dans l'ensemble des hôpitaux de premier recours et à l'hôpital national, les obstétriciens sont formés pour prodiguer des soins obstétriques complets en situation d'urgence. À ce jour, il existe 6 centres capables d'assurer ce type de soins, 18 centres pouvant prodiguer des soins obstétriques de base en situation d'urgence, complètement équipés, 134 sages-femmes et 23 généralistes ayant bénéficié de l'intégralité de la formation aux soins obstétriques d'urgence. D'ici au début de 2012, 14 centres de santé communautaires seront en outre équipés, ce qui veut dire que 32 des 66 centres de santé communautaires seront pleinement en mesure d'assurer des soins obstétriques de base en situation d'urgence.

27. Cette année, le Ministère de la santé a mis à jour son programme d'accouchement hygiénique et sûr pour une maternité sans risques. À cet effet, il forme l'ensemble des sages-femmes aux accouchements hygiéniques et sûrs afin de réduire les cas d'infection de la mère et du nouveau-né.

28. Le Plan stratégique national de santé plaide pour l'acquisition de véhicules multifonctions (ambulances) afin de fournir des soins médicaux aux patients des zones mal desservies ou isolées qui doivent être adressés à un centre de santé de premier recours ou de niveau supérieur et aussi pour assurer des activités de promotion de la santé. En 2010, le Ministère a fait l'acquisition d'un total de 85 véhicules multifonctions et les a alloués aux 65 centres de santé communautaires, à 5 hôpitaux de premier recours et à l'hôpital national. Un inventaire des moyens de transport dans le domaine sanitaire a été effectué et une évaluation des besoins sera finalisée d'ici à la fin de 2011, de sorte qu'un système de gestion des moyens de transport sanitaire sera mis au point et appliqué d'ici à la fin de 2012.

29. À l'appui de ces initiatives gouvernementales, les partenaires de mise en œuvre (agences des Nations Unies, ONG locales et internationales) collaborent étroitement avec le Ministère de la santé et les services de santé des districts, en particulier les coordonnateurs de la santé maternelle et infantile, en vue d'offrir des services de santé génésique mettant l'accent sur la maternité sans risques, le planning familial, la santé génésique des

adolescents, la santé génésique générale et les campagnes de promotion de la santé, de manière à assurer une plus large couverture de la fourniture des soins de santé.

## 2. Le «protocole médical des options» en matière d'avortement

30. Avant la promulgation du Code pénal 19/2009 adopté en 2009, le Code pénal indonésien était d'application au Timor-Leste. Selon ce dernier, l'avortement était illégal en toutes circonstances. Si le Code pénal d'adoption récente dispose en son article 141, paragraphes 1 et 2, que l'avortement est une infraction passible d'une peine d'emprisonnement, le paragraphe 4 prévoit toutefois une circonstance dans laquelle l'avortement est autorisé. Avec cette exception, le Timor-Leste rejoint ainsi la majorité des pays qui autorisent l'avortement dans certaines circonstances. Au Timor-Leste, l'avortement est autorisé lorsque l'interruption de grossesse est le seul moyen de prévenir le risque de décès de la mère, pour autant que la procédure soit autorisée par un certificat médical signé par trois médecins et que le geste soit effectué par un médecin ou un professionnel de la santé, dans un centre de santé publique, avec le consentement de l'intéressée et après avoir pris l'avis de son partenaire.

31. Sous le titre «Interruption de grossesse», l'article 141 dispose ce qui suit:

«1. Toute personne qui procède à un avortement, de quelque façon que ce soit et sans le consentement de la femme enceinte, sera punie d'une peine d'emprisonnement allant de deux à huit ans.

2. Toute personne qui procède à un avortement, de quelque façon que ce soit, avec le consentement de la femme enceinte, sera punie d'une peine d'emprisonnement de trois ans au maximum.

3. Toute femme enceinte qui consent à se faire avorter par une partie tierce ou qui se fait avorter de sa propre main ou avec l'aide d'une tierce personne sera punie d'une peine d'emprisonnement de trois ans au maximum.

4. Est non passible de sanctions l'interruption de grossesse effectuée sur présentation d'un certificat médical par un médecin ou un autre professionnel de la santé agissant sous la direction d'un médecin, dans un centre de santé publique ou agréé par les autorités, et avec le consentement de la femme enceinte, dans le cas où, compte tenu de l'état actuel des connaissances médicales et de l'expérience en la matière, et s'il s'avère que tout ce qui était possible a été tenté pour écarter le risque de décès de la femme enceinte, ce geste apparaît comme le seul moyen de prévenir ledit risque.

5. L'attestation des circonstances évoquées au paragraphe précédent se fera sur la base d'un certificat médical rédigé et signé par un groupe de trois médecins à une date antérieure à celle de l'interruption de grossesse, et le médecin qui procède à l'interruption de grossesse ou la supervise n'en fera pas partie.».

32. Il convient de noter que ces dispositions résultent d'une proposition émise et signée par 16 parlementaires le 19 mai 2009, proposition qui avait pour but d'amender l'article 141 du Code pénal concernant les interruptions de grossesse. Le Code pénal original publié dans le Journal de la République du 8 avril 2009 prévoyait d'autoriser l'avortement en cas de preuve produite par le corps médical que l'enfant à naître souffrirait d'une maladie incurable ou présenterait une malformation congénitale, ou que le fœtus ne serait pas viable. Il prévoyait l'interruption de grossesse non seulement pour prévenir une atteinte permanente à la santé physique, mais aussi à la santé psychique de la femme ayant été mise enceinte, par exemple, à la suite d'un viol ou d'un inceste. Dans bon nombre des cas de ce type, la victime du viol tenterait de se faire avorter dans la clandestinité (ce qui peut

comporter des risques et menacer la santé de l'intéressée) si une interruption légale de grossesse ne lui était pas permise.

33. Il n'existe pas de données spécifiques disponibles sur les interruptions illégales de grossesse au Timor-Leste. L'on sait cependant qu'il s'en produit tout au long de l'année. La Fondation Alola, après avoir effectué des recherches sur les interruptions de grossesse en 2005, a rapporté que:

- De nombreuses femmes sollicitent des médecins et des sages-femmes pour procéder à un avortement; et
- Des avortements illégaux destinés à interrompre une grossesse non désirée ont été réalisés de manière clandestine selon des méthodes traditionnelles ou modernes.

### 3. Infections sexuellement transmissibles et VIH/sida

34. La stratégie nationale VIH/sida 2006-2010 a permis de déterminer certaines priorités en matière d'éducation et de prévention concernant le VIH/sida pour:

- Les groupes les plus à risque (les travailleuses du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et le personnel des services en uniforme);
- Les jeunes;
- La population en général.

35. Les services assurés à l'intention des professionnelles du sexe, des homosexuels de sexe masculin et du personnel des services en uniforme dépassent en général les objectifs en termes de CCC et de distribution de préservatifs dans les sept districts où de tels services sont assurés. Il se dit que, par rapport aux autres districts, la qualité des services est généralement supérieure à Dili. Les témoignages de changement de comportement et la baisse constante des cas d'infection par le VIH donnent à penser que ces mesures produisent leurs effets. Les campagnes de sensibilisation du public et les actions de CCC, qui ciblent plus précisément la jeunesse, se poursuivent.

36. Le deuxième Plan stratégique national VIH/sida/IST 2011-2016, mis au point l'année dernière, doit servir de cadre d'action pour les cinq prochaines années. Il met surtout l'accent sur deux secteurs: le traitement, les soins et le soutien à toutes les personnes infectées ou affectées par le VIH, moyennant des traitements et des services de soins de haute qualité, et la promotion d'une action de communication destinée à induire un changement de comportement grâce à une prise de conscience, un environnement propice et une action de promotion de la santé génésique.

37. Le nouveau Plan stratégique national sur le VIH a donné lieu à la constitution d'une Coalition pour l'égalité entre les sexes, et la santé sexuelle et génésique. En effet, l'égalité entre les sexes est au cœur des efforts déployés pour créer un environnement propice à la santé sexuelle et génésique. Cette coalition doit faciliter un débat franc et ouvert sur la santé sexuelle et génésique aux fins de mobiliser le soutien de la communauté, susciter une prise de conscience accrue, renforcer les connaissances sur le VIH/sida et créer un environnement propice par l'élimination des tabous associés aux questions portant sur le sexe et du sentiment de honte dont s'accompagne la quête de services de santé sexuelle. Elle est dotée d'un conseil de direction auquel siègent des personnalités des communautés locales, en mesure de mener des débats publics sur ces questions, ainsi que d'un groupe consultatif technique constitué d'experts en matière de genre et de santé sexuelle et génésique. Une action de marketing social est déployée pour susciter une prise de conscience de la population par la mobilisation de militants de terrain, en particulier des agents des services SISCa.

38. Le nombre total de cas de VIH/sida enregistrés entre 2003 et juin 2011 est de 238. Parmi ceux-ci, 45 ont reçu une thérapie antirétrovirale et 23 sont décédés. Les résultats des enquêtes menées dans le pays sur le VIH/sida montrent que la majorité des cas d'infection par le VIH concerne la tranche d'âge 25-44 ans et que les femmes sont davantage touchées que les hommes. Pour y remédier, le Ministère de la santé, guidé par la Stratégie nationale de communication destinée à induire un changement de comportement, tente d'intensifier le dialogue sur la prévention du VIH/sida dans la population, de sorte que les femmes et les hommes en âge de procréer se tournent vers les centres de santé en quête de conseils et d'informations sur le VIH/sida et les IST. Un effort accru d'information sur le VIH et une prise de conscience renforcée de la prévention et du mode de transmission de la maladie sont l'un des moyens de lutter contre celle-ci.

39. La Commission nationale sur le sida s'est vu allouer des ressources pour entreprendre une coordination et des actions multisectorielles. Cette commission fait aujourd'hui l'objet d'un renforcement institutionnel, car elle joue un rôle vital dans la supervision et le contrôle du Programme national de lutte contre le VIH/sida au Timor-Leste. Elle a été très active dans le déploiement d'actions de sensibilisation, principalement au sein des groupes les plus exposés et dans les zones frontalières. Le 6 septembre, la Commission nationale sur le sida du Timor-Leste, avec l'appui du Ministère de la santé, d'organisations nationales et internationales, d'institutions des Nations Unies et d'organisations confessionnelles, a organisé, en collaboration avec la Commission nationale sur le sida du Timor occidental en Indonésie, un atelier de sensibilisation sur le VIH dans les zones frontalières qui s'est tenu dans la ville frontalière de Batugade. Cette région frontalière est considérée comme une zone à haut risque pour la transmission du VIH/sida en raison des flux migratoires. En outre, la création de centres de consultation et de dépistage volontaire est en préparation dans la zone frontalière des districts de Maliana au Timor-Leste et d'Atambua en Indonésie.

#### **4. Planning familial**

40. Dans le contexte de la mise en œuvre d'un programme efficace de planning familial, le Gouvernement, avec la médiation du Ministère de la santé, a approuvé en février 2005 une politique nationale de planning familial. Cette politique a été mise au point sur la base du taux de fécondité très élevé (7,8 enfants par femme) révélé par l'Enquête démographique et sanitaire de 2003. Les consultations axées sur l'élaboration de politiques ont montré que la majeure partie de la population, y compris les autorités catholiques du Timor-Leste, était en faveur de l'application d'un programme de planning familial. Le principe directeur de la politique en la matière est celui de la planification de la famille dans le contexte d'une parenté responsable.

41. Sur la base de cette politique et en accord avec l'article 57 de la Constitution – «Chacun a le droit à la santé et à des soins médicaux, et le devoir de les protéger et de les promouvoir» –, le Gouvernement reconnaît l'importance de faire baisser le fort taux de croissance démographique du pays et d'espacer les naissances pour réaliser les objectifs d'éradication de la pauvreté, de diminution du niveau élevé de mortalité maternelle et infantile, et de rehaussement du niveau de santé des mères et des enfants.

42. Les résultats de la dernière Enquête démographique et sanitaire 2009-2010 révèlent une réelle amélioration de la situation pour ce qui a trait au taux de fécondité total, avec une baisse de deux enfants par femme, ce qui ramène le taux à 5,7.

43. Le Département de santé maternelle et infantile du Ministère assume la responsabilité générale du planning familial. Au niveau des districts, la fourniture de services de planning familial est intégrée à d'autres activités, et des équipes de gestion de la santé au niveau des districts s'occupent de la supervision et de la coordination de tous les services de cette nature dans le district. Au niveau national, le Ministère de la santé dispose

d'un fonctionnaire national chargé du planning familial, d'un assistant logisticien, d'un point focal au sein de la SAMES (pharmacie centrale), de 13 assistants coordinateurs santé maternelle et infantile/planning familial, de bénévoles actifs dans le domaine de la santé familiale au niveau des communautés locales et actuellement au sein des districts pilotes d'Ermera et d'Oecusse, en plus de points focaux de planning familial dans 17 *sucos* (villages).

44. En dépit de l'augmentation constatée du taux d'utilisation de la contraception, passé de 10 % en 2003 à 21 % en 2009, la connaissance des moyens de contraception et l'intérêt qu'ils suscitent sont très faibles tant chez les hommes que chez les femmes du Timor-Leste. Pourtant, la proportion des femmes mariées qui ne souhaitent plus d'enfant a doublé au cours des sept dernières années passant de 17 à 36 %. La stratégie nationale de communication destinée à induire un changement de comportement met également l'accent sur le planning familial, de manière à mieux faire connaître les moyens modernes de contraception et à renforcer la communication et la prise de décisions concernant l'espacement des naissances entre les couples et partenaires, maris et femmes. Le but du programme est de promouvoir le concept de l'espacement des naissances et de la planification de la naissance de l'enfant suivant. Avec son programme de planning familial, le Ministère de la santé veut faire passer ce message auprès des hommes et des femmes par l'entremise de programmes radiophoniques locaux et avec l'aide de points focaux de planning familial dans les villages. Le Ministère de la santé est conscient du rôle crucial que les maris jouent dans la prise de décisions lorsqu'il s'agit de planning familial et il plaide pour que ceux-ci participent aux campagnes de santé génésique menées au niveau national et au niveau des districts. Des dispositions ont déjà été prises à cet effet dans cinq districts. Un matériel d'information, d'éducation et de communication a été mis au point et produit en collaboration avec les départements de santé maternelle et infantile et de promotion de la santé.

45. Les résultats de l'enquête démographique et sanitaire révèlent une disparité entre les femmes urbaines et rurales en ce qui concerne la taille des familles et l'utilisation faite des services de planning familial. Les femmes urbaines ont tendance à avoir cinq enfants, alors que les femmes rurales en ont plutôt six. Les femmes vivant à la ville utilisent deux fois plus de moyens contraceptifs modernes que les femmes rurales. Le Ministère de la santé est résolu à remédier à ce déséquilibre par l'entremise de ses programmes SISCa et CCC.

46. Un facteur crucial du succès du programme de planning familial est la sécurité des approvisionnements en produits de santé génésique, notamment les produits axés sur le planning familial. Le Gouvernement a veillé à l'acquisition de produits requis dans les soins obstétricaux d'urgence à l'appui du programme de santé maternelle. Parallèlement, grâce au soutien des institutions des Nations Unies, l'acquisition de produits en rapport avec le planning familial se poursuit sans discontinuer. Un système d'information sur la gestion logistique a également été mis en place. Sur la base de l'évaluation faite du programme de planning familial en 2010, il n'y a pas eu de rupture d'approvisionnement des produits de planning familial à l'hôpital national. Au niveau des districts, 70 % des centres de santé des districts, 60 % des centres de santé communautaires et 45 % des postes sanitaires n'ont pas été en rupture de stock. Durant cette période, on a pu constater que les capacités en termes de personnel de santé disponible pour assurer des services et des conseils en matière de planning familial étaient adéquates, même si le système d'information sur la gestion logistique et le contrôle restait perfectible.

47. Il est à noter que le Ministère de la santé travaille étroitement avec l'Église, particulièrement dans le domaine du planning familial. L'Église catholique jouit d'un prestige certain et est en mesure de peser sur la politique et le droit. La bonne collaboration existant entre l'Église et le Gouvernement pour ce qui a trait à la santé génésique et au planning familial est attestée par la lettre de l'évêque de Baucau à propos du film consacré

à l'espacement des naissances, et par la participation de l'Évêque de Dili à la Conférence nationale sur la santé génésique, le planning familial et l'éducation sexuelle en juillet 2010. Une congrégation catholique, la Soverdy (SVD), a récemment créé le Centre d'orientation spirituelle, qui dispense des conseils aux couples ayant l'intention de contracter mariage. Dans le cadre de ces séances de conseils, le Ministère de la santé a prévu d'intervenir pour entretenir les couples des questions de santé génésique et d'espacement des naissances. Dans cette formule, l'Église apporte des conseils spirituels et moraux, et le Gouvernement des informations sur la santé génésique, qui doivent permettre aux couples de faire leur choix en connaissance de cause, faire usage de leurs droits, et vivre complètement leur vie de couple.

## **5. Prévention des grossesses précoces**

48. Mesurées à l'aune du taux de fécondité par 1 000 femmes dans la tranche d'âge 15-19 ans, les grossesses précoces ont marqué un recul entre 2003 et 2009, passant de 78 à 51, mais ce taux reste l'un des plus élevés de l'Asie du Sud-Est. La santé sexuelle et génésique des jeunes est l'un des éléments de la Stratégie nationale de santé génésique, et la Stratégie nationale de CCC sur la santé génésique, le planning familial et la maternité sans risques met surtout l'accent sur la communication en matière de santé génésique pour les jeunes et la prévention des grossesses précoces. Elle tente de conseiller et d'informer les jeunes filles pour les inciter à refuser les rapports sexuels précoces et de rehausser l'âge moyen de début des relations sexuelles et de la première grossesse (dans la tranche d'âge 15-20 ans). Le Ministère de la santé a élaboré et produit des matériels de CCC afin de remédier à cette situation qui concerne les jeunes en se faisant aider d'autres institutions gouvernementales, des Nations Unies, des ONG internationales et des organisations confessionnelles. L'éducation fondée sur l'acquisition de compétences pratiques continue d'être dispensée dans les écoles et les centres de ressources pour les jeunes, à la radio et la télévision par le biais des messages d'intérêt public, dans des brochures et sur les tableaux d'affichage.

49. Pour assurer une solide collaboration entre les acteurs de la santé génésique des adolescents, un groupe de travail sur la question a été créé en 2009. Une équipe spéciale a été constituée en juin 2010 dans le but de finaliser les Directives nationales et normes sanitaires relatives aux services de santé adaptés aux jeunes, et une consultation a eu lieu parmi les jeunes à la fin de 2010. Ces directives devraient être finalisées d'ici à la fin de 2011, et le Ministère de la santé devrait pouvoir les mettre en application en milieu hospitalier en 2012.

50. L'une des choses qui retiennent les adolescents de solliciter les soins de santé génésique en milieu hospitalier est l'attitude des agents de santé. Pour faire en sorte que ceux-ci se montrent accueillants envers les jeunes, l'Institut des sciences de la santé du Ministère a organisé un programme d'orientation axé sur la santé génésique des adolescents et les services de santé adaptés aux jeunes à l'intention des professionnels de la santé et autres personnes ayant une fonction de filtrage. Le Département de santé maternelle et infantile est occupé en ce moment à harmoniser les divers manuels de formation portant sur la santé génésique des adolescents et les services de santé adaptés aux jeunes dans le but de mettre au point un manuel de formation normalisé devant éviter la confusion et la désinformation chez les jeunes.

## **6. Éducation sexuelle des étudiants**

51. S'agissant de l'éducation sexuelle formelle, la loi n° 14/2008 sur les bases de l'éducation permet l'introduction des enseignements de base concernant le corps humain. La discipline «Se connaître soi-même» débute en troisième année de l'école primaire et se poursuit dans les années 7 à 9 avec les sciences physiques et naturelles, les sciences

sociales et l'éducation civique. Au niveau secondaire, le programme porte sur les éléments psychosociaux, l'anatomie et la construction de l'identité adulte.

52. Tenant compte des observations finales du CEDAW, qui concluaient que les programmes existants en matière d'éducation sexuelle étaient insuffisants, un programme complet de santé sexuelle et génésique pour adolescents a été mis au point par le Ministère de la santé, en vue de son incorporation dans le programme d'enseignement présecondaire et secondaire. Étant donné le caractère sensible de ces matières, les enseignants suivent une formation intensive devant leur permettre d'acquérir les connaissances, les attitudes et les compétences requises à cet effet.

53. Trois organes gouvernementaux collaborent étroitement dans ce domaine. Le Ministère de la santé, le Ministère de l'éducation et le Secrétariat d'État à la jeunesse et aux sports ont élaboré en 2010 un plan de travail sur la santé génésique des jeunes. Ce programme met surtout l'accent sur la fourniture de services de santé sexuelle et génésique et d'informations adaptées à un public jeune, scolarisé ou ayant quitté l'école, et cible également les adolescents et les jeunes avec lesquels il est plus difficile d'entrer en contact.

## **7. Mortalité maternelle et infanto-juvénile**

54. Le Timor-Leste a pris l'engagement d'améliorer la santé maternelle et infantile, comme indiqué dans le Plan de développement stratégique 2011-2030 et le Plan stratégique national pour la santé 2011-2030. Le programme de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a déjà permis de réaliser des progrès constants dans le domaine des soins de santé infantile et de réduire sensiblement le taux de mortalité infantile. On a pu observer une augmentation des accouchements médicalement assistés, qui sont passés de 19 % en 2003 à une moyenne de 29,9 % rapportée en 2009-2010, en même temps qu'une diminution stable du taux de mortalité maternelle, qui est passé de l'estimation de base de 660 en 2000 à 557 en 2009-2010. Néanmoins, il faut souligner que le taux de mortalité maternelle au Timor-Leste reste l'un des plus élevés au monde, puisque 42 % de tous les décès de femmes âgées de 15 à 49 ans sont liés à la grossesse. Pour atteindre en 2015 l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD), qui est de 252 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes, le taux actuel devra pratiquement être réduit de moitié. Parmi les facteurs qui concourent à ce taux de mortalité maternelle élevé, il faut notamment citer le fait que seulement 30 % de tous les bébés sont mis au monde par un médecin, une infirmière ou une sage-femme, que le taux de fécondité actuel de 5,7 % reste un taux élevé, même s'il était précédemment de 7,8 %. Et enfin, il faut citer le fait que les Timoraises sont considérées comme ayant une faible constitution, avec un indice de masse corporelle ne dépassant pas 18,5 % pour 27 % d'entre elles, et aussi le fait que bon nombre d'entre elles (21 %) souffrent d'anémie. Il est de la plus haute urgence d'intensifier les efforts pour faire baisser le taux de mortalité maternelle, notamment en mettant davantage de moyens à la disposition des femmes enceintes en termes de soins prénatals et de services d'accouchement médicalisé.

55. La mortalité infanto-juvénile en général a reculé. Le taux de mortalité infantile est passé de 60 ‰ en 2003 à 45 ‰ en 2009-2010, et parallèlement, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 83 ‰ en 1999-2003 à 64 ‰ en 2005-2009. Le Timor-Leste semble en bonne voie pour atteindre l'objectif (OMD) de réduction des deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici à 2015.

### **Recherche sur les causes profondes de la mortalité maternelle et infantile**

56. Le Ministère de la santé a officiellement ouvert en janvier 2010 le Cabinet de recherche et développement en matière de santé. Celui-ci a pour but d'organiser, de promouvoir, de faciliter et de conduire des recherches en matière de santé au Timor-Leste. Une commission d'examen technique et éthique a été créée en son sein, qui est chargée de

passer en revue toutes les propositions de recherche en matière de santé. Le Cabinet gère une base de données concernant l'ensemble des travaux de recherche en santé ayant été menés depuis 1997. Il a pour mission d'amener la population à un meilleur niveau de santé par le biais de la recherche en la matière.

57. Le Ministère de la santé a conscience de l'importance de la recherche et s'est donné pour objectif de renforcer les capacités nationales en la matière afin de mettre au point une politique de santé et de prendre les décisions en la matière sur la base de données factuelles, et aussi d'institutionnaliser la recherche à tous les niveaux des soins de santé, moyennant le renforcement du Comité national consultatif de recherche en matière de santé, qui relève aujourd'hui de l'Institut des sciences de la santé.

58. Il existe trois grands projets de recherche menés par des ONG en partenariat avec le Ministère de la santé – «Étude de la demande en soins de santé au Timor-Leste», «Mortalité maternelle, grossesses non planifiées et avortements à risque au Timor-Leste», et «Mortalité périnatale au Timor-Leste» –, qui mettent l'accent sur les causes ou les racines de la mortalité maternelle et infantile, et plus généralement sur les pratiques fondées sur l'expérience qui visent à renforcer les efforts de sensibilisation à la nécessité de se doter d'une politique axée sur la promotion des droits des femmes et sur les droits à la santé sexuelle et génésique.

59. Il apparaît que les grandes distances qui séparent les patients des centres de santé découragent la fréquentation de ces derniers, surtout s'agissant de soins préventifs n'ayant aucun caractère d'urgence. Cette situation est encore aggravée par le fait que certaines routes sont impraticables à la saison des pluies. Plus de 55 % des personnes interrogées disent habiter à plus d'une heure de route d'un centre de santé, et 78 % doivent faire le chemin à pied pour recevoir un traitement, ce qui leur prend souvent entre deux et cinq heures. Il est apparu que les facteurs principaux de mortalité maternelle étaient le manque de fournitures et d'équipements essentiels, le manque de compétences de base dans les districts et la méconnaissance du planning familial.

60. Un programme conduit par l'hôpital Same a identifié comme suit les causes profondes de mortalité maternelle et infantile: la malnutrition, le grand nombre de grossesses et de naissances par femme, les mauvaises conditions d'accouchement, l'impossibilité dans laquelle sont mises les femmes enceintes d'assister aux séances de soins prénatals en raison de leurs responsabilités de garde d'enfants, l'acceptation du risque de mortalité des enfants à naître, d'où la non-disposition des familles à se déplacer pour des soins spécialisés, et aussi la réticence à utiliser l'eau de pluie pour l'hygiène quotidienne, même lorsqu'aucune autre source d'eau n'est disponible.

## **B. Santé mentale**

61. Le Ministère de la santé considère que la santé mentale est un élément crucial des soins de santé primaires pour la réalisation du potentiel de chaque individu, comme pour le bien-être de la population et du pays. À la suite du projet national de santé du Timor oriental mené à son terme par les Gouvernements du Timor-Leste et de l'Australie, qui a permis de traiter environ 2 000 personnes entre 2002 et 2005, l'unité de santé mentale du Ministère de la santé est devenue le Département de santé mentale au sein de la Direction nationale de la santé communautaire en février 2009. Ce département a déjà adopté une stratégie nationale de santé mentale et un protocole national de prise en charge de l'épilepsie, et est responsable de la coordination de la gestion des soins aux personnes souffrant de troubles mentaux à tous les niveaux du système de santé timorais, y compris par les prestataires de services non gouvernementaux.



62. La Stratégie nationale de santé mentale a pour but d'inclure la santé mentale dans les soins de santé de base et de veiller à ce que chaque district dispose de professionnels spécialisés en la matière. Les services de santé mentale visent à améliorer la santé mentale de la population par le biais de la prévention, des traitements, de la réadaptation et d'une meilleure compréhension des maladies mentales. Il s'agit de réduire la stigmatisation et la discrimination dont souffrent fréquemment les malades et de leur rendre, dans leur communauté, la dignité et la qualité de vie qu'ils ont perdues. L'objectif du Département de santé mentale est non seulement d'assurer des services complets de santé mentale de haut niveau, mais aussi d'œuvrer à une meilleure prise de conscience de cette problématique au sein des communautés et à une meilleure compréhension des troubles mentaux par une action de sensibilisation et d'éducation dans les villages.

63. Les troubles les plus communément observés chez les femmes du Timor-Leste sont la dépression, l'anxiété et le stress dus aux violences sexuelles, psychologiques, économiques ou physiques. Les désordres mentaux chez les femmes, apparus à la suite des conflits qu'a connus le pays, sont toujours présents et continueront de peser sur les besoins en matière de santé mentale, même si les désordres liés au stress post-traumatique dans la population sont revenus à des niveaux bien inférieurs à ceux de 2000. D'autres facteurs communs sont la pauvreté et le chômage, qui conduisent à une baisse de l'estime de soi et débouchent sur l'anxiété ou la dépression.

64. En septembre 2011 a été lancé un rapport de recherche sur le bien-être mental des femmes (Harmonie au sein de la famille/Harmonia iha Familia). Ce projet a été développé pour explorer les causes et les manifestations de la grande colère et de la frustration que l'on a pu constater chez les femmes à l'occasion d'une enquête sur la santé mentale menée dans le pays en 2004. L'un des objectifs clefs de cette étude était d'identifier les facteurs à l'origine de cette colère et de cette frustration, les effets de la colère sur la vie des femmes et de leur famille, et les remèdes pouvant être apportés au problème. Les conclusions de cette étude revêtent une grande importance pour le bien-être des femmes et leur famille et sont particulièrement pertinentes pour les organismes qui s'impliquent dans les problèmes que rencontrent les femmes, notamment lorsqu'ils sont liés à la violence, aux conflits et à l'injustice, à la santé en général et à la santé mentale, aux soins à apporter aux enfants et à la parentalité, et à l'encouragement des liens familiaux et communautaires dans le contexte des conflits qui ont éprouvé le pays par le passé, ainsi que des problèmes sociaux et économiques qu'il traverse aujourd'hui. Cette enquête a été guidée par une théorie selon laquelle les femmes avaient été prises pour cibles par l'armée indonésienne, déterminée à saper et déstabiliser le mouvement de résistance, et aussi à porter atteinte aux liens familiaux et à la cohésion de la société timoraise. Depuis l'indépendance, la violence familiale est restée un phénomène répandu et une source persistante de traumatismes.

### **C. Système d'information pour la gestion de la santé**

65. L'un des engagements du Ministère de la santé est de veiller à ce que l'élaboration des politiques s'effectue sur la base de données factuelles. Cependant, on déplore actuellement une pénurie de données pertinentes et fiables. Quelques-unes des principales sources de données aujourd'hui disponibles, tant quantitatives que qualitatives, sont l'enquête démographique et sanitaire 2009-2010, la stratégie CCC et l'enquête de 2009 sur la demande de soins de santé au Timor-Leste.

66. L'activité de contrôle et d'évaluation du système de santé s'appuie essentiellement sur les rapports réguliers du groupe de réflexion des Systèmes d'information pour la gestion de la santé, qui a été conçu pour gérer la collecte et la diffusion d'informations sur la santé et est actuellement en cours de renforcement. Ce groupe a une double fonction: informer les décideurs des progrès réalisés dans la poursuite et la réalisation des objectifs, et aider les

responsables de la santé dans leur prise de décisions quotidiennes. Selon le type et la pertinence des indicateurs, un contrôle de routine est effectué sur une base mensuelle, trimestrielle, annuelle ou bisannuelle.

67. Les problèmes ci-après ont été identifiés comme ayant des répercussions sur l'élaboration de politiques efficaces et la mise en œuvre de programmes de santé en faveur des femmes:

- La tâche d'établissement de rapports: il existe deux formulaires relevant du Système d'information pour la gestion de la santé qui sont spécifiquement axés sur la santé des femmes. Le formulaire 2A concerne la santé maternelle et des nouveau-nés et comporte 102 champs de saisie de données que doit remplir chaque mois une sage-femme. Le formulaire 2B concerne le planning familial et comporte 188 champs de saisie de données. Il faut citer en outre 15 formulaires relevant du Système d'information pour la gestion de la santé qui doivent être remplis à la main par le personnel des postes de santé, ce qui représente plus de 4 000 champs de saisie de données à remplir chaque mois. Ce travail peut être réparti entre plusieurs personnes au sein des centres de santé communautaires, mais de nombreux postes de santé ne comptent qu'une seule personne;
- La qualité des données: les données recueillies à l'aide des formulaires sur la santé maternelle et des nouveau-nés sont habituellement de qualité acceptable. On observe cependant une confusion persistante à propos de la définition d'un indicateur (quatre visites prénatales ou plus dans le programme recommandé par le Ministère de la santé), et certaines régions sont connues pour utiliser une définition incorrecte qui entraîne un enregistrement excessif de données. La qualité des données recueillies à l'aide du formulaire sur le planning familial est nettement plus médiocre: il arrive fréquemment que le nombre total de visiteurs ne s'accorde pas avec le nombre des usagers signalés selon les différentes méthodes;
- Le Système d'information pour la gestion de la santé par opposition au système de surveillance locale: il existe pour la santé maternelle deux ensembles parallèles de données. En 2009, le système de surveillance locale a été introduit dans le but de recenser quelques indicateurs clés concernant la santé maternelle, tels que la première visite pour soins prénatals, quatre visites pour soins prénatals ou plus, l'accouchement médicalisé, et les soins post-partum et postnatals dans les villages. Les formulaires ne permettent pas seulement de recueillir des données, ils guident en outre le calcul des taux de couverture à partir de la population de chaque village.

### **III. Secteur de l'éducation**

#### **A. Scolarisation des filles dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire**

68. L'un des buts du Plan stratégique national en matière d'éducation 2011-2030 est de parvenir à l'égalité entre les sexes à tous les niveaux d'éducation d'ici à 2015. La scolarisation des enfants en général est toutefois un problème au Timor-Leste, et ce pour plusieurs raisons: les frais cachés (livres, uniformes, etc.), l'éloignement des lieux d'enseignement, l'inadéquation des bâtiments scolaires (manque d'eau et de toilettes), la violence à l'école, ou encore la perception qu'ont les familles de la qualité de l'éducation et de l'usage qu'en feront leurs enfants. En 2008-2009, le taux brut de scolarisation était de 92 % dans l'enseignement élémentaire (114 % dans l'enseignement primaire et 69 % dans l'enseignement présecondaire). Le taux brut de scolarisation plus élevé dans l'enseignement primaire s'explique par le niveau élevé du taux au cycle 1, qui est de 129 %, contre 80 % au

cycle 2. Néanmoins, pour la même période, le taux brut de scolarisation dans l'enseignement secondaire atteint 38 % pour tous les enfants, alors que le taux net total de scolarisation des élèves ayant atteint l'âge requis pour recevoir un enseignement spécifique est de 11,7 %. Le ratio filles/garçons dans les écoles publiques est de 91 %.

69. Cependant, le Plan stratégique national pour l'éducation et le Plan d'action annuel du Ministère de l'éducation garantissent l'éducation pour tous sans discrimination et visent à améliorer l'équilibre entre les sexes à l'école. Le Programme prioritaire 6 (sur un total de 13) met spécialement l'accent sur la politique d'inclusion sociale. L'objectif des initiatives d'inclusion sociale est d'appuyer la politique d'éducation pour tous, en mettant particulièrement l'accent sur l'élimination des obstacles à la participation et à l'apprentissage des filles et des femmes, les groupes défavorisés, les handicapés et les jeunes en rupture d'école. Il a pour but de garantir aux filles les mêmes droits d'accès qu'aux garçons, à tous les niveaux d'enseignement. Jusqu'à présent, on constate que les écarts se marquent dès l'enseignement secondaire et se vérifient plus encore dans l'enseignement supérieur.

70. Cette année, un plan complet consacré à l'égalité entre les sexes dans l'enseignement a été mis au point. Des orientations spécifiques ont été définies afin de promouvoir et d'assurer la participation des filles dans l'enseignement secondaire, l'enseignement supérieur et les études universitaires supérieures à l'étranger. Un but distinct mais complémentaire doit également être poursuivi: accroître de façon substantielle le nombre d'enseignantes afin de faciliter la scolarisation des filles. Les recherches révèlent en effet une corrélation marquée entre le nombre d'enseignantes et la scolarisation des filles. En conséquence, le but général est d'employer davantage de femmes dans l'enseignement et d'y maintenir celles qui y sont déjà.

## **B. Bourses pour filles**

71. Divers programmes sont mis en œuvre pour améliorer l'équilibre entre les sexes. Depuis 2009, le Ministère de l'éducation offre des bourses aux élèves de sexe féminin depuis l'enseignement présecondaire jusqu'à l'enseignement supérieur. Ce sont ainsi entre 300 et 400 bourses qui sont délivrées chaque année uniquement à des filles. D'autres programmes y concourent indirectement, comme le Programme de distribution de repas à l'école, des concessions publiques telles que la gratuité des transports et des uniformes, ou encore le Programme de subventions des écoles.

72. Un certain nombre de bourses (196) ont été allouées en 2009-2010 à des étudiants pour leur permettre de suivre une formation universitaire supérieure à l'étranger. Cependant, les statistiques montrent que les boursiers de sexe masculin sont plus nombreux à en bénéficier (65 % contre 35 %):

- Philippines: 44 femmes/81 hommes (35 % de femmes);
- Portugal: 20 femmes/27 hommes (43 % de femmes);
- Chine: 2 femmes/8 hommes (20 % de femmes);
- Brésil: 1 femme/7 hommes (14 % de femmes);
- Macao: 1 femme/3 hommes (25 % de femmes);
- Inde: 0 femme/2 hommes (0 % de femmes);
- Total: 68 femmes/128 hommes (35 % de femmes).

73. Le Ministère de la solidarité sociale offre depuis 2008 un programme de bourse d'études appelé «Bolsa da Mãe» (La bourse de la mère), destiné à venir en aide aux familles vulnérables, notamment les familles monoparentales et les veuves, afin qu'elles puissent envoyer leurs enfants à l'école. Cette bourse est accordée aux élèves de l'enseignement primaire jusqu'à l'enseignement supérieur. En 2008 et 2009, ce sont ainsi 16 634 subventions qui ont été accordées, dont 45 % à des élèves de sexe féminin.

## **C. Analphabétisme**

74. En 2007, les taux d'analphabétisme dans les tranches d'âge 15-24 ans et 15 ans et plus se situaient respectivement à 15 et 42 %. Deux grands programmes d'alphabétisation, coordonnés par le Ministère de l'éducation, offrent une capacité de formation qui s'accorde avec l'objectif national d'éradication de l'analphabétisme dans le pays d'ici à 2015. Cependant, une proportion importante des enseignants n'ont reçu qu'une formation minimale et les écoles manquent toujours de matériel pédagogique. Ces problèmes se reflètent dans les résultats scolaires. Une enquête d'évaluation des capacités de lecture en primaire a été effectuée en 2009. Elle montre que seulement 30 % des élèves inscrits en troisième année sont capables de lire 60 mots ou plus par minute. Pour remédier à cette situation, un cadre de compétences d'enseignement et un régime de carrière des enseignants ont été mis au point, et tous les enseignants ont reçu en 2009 une formation intensive de quatre mois. Un programme consistant à distribuer des matériels de lecture et à assurer une formation spécialisée dans l'acquisition de la lecture sera en outre mis en œuvre en 2010.

75. L'enquête démographique et sanitaire montre qu'en 2010, le taux d'analphabétisme chez les femmes (s'agissant des femmes ayant reçu une éducation présecondaire ou supérieure et des femmes sachant lire une phrase entière ou une partie de phrase) était de 32 %, contre un peu plus de 22 % chez les hommes. En d'autres termes, une femme sur trois est analphabète, contre un homme sur cinq seulement. En outre, l'écart entre les zones urbaines et les zones rurales est plus réduit chez les hommes que chez les femmes, ce qui donne à penser que les hommes des zones rurales ont davantage accès aux opportunités d'apprentissage que les femmes.

### **a) Programmes de lutte contre l'analphabétisme**

76. L'objectif à court terme du Plan stratégique national pour l'éducation est de réaliser l'OMD concernant l'élimination de l'analphabétisme dans la population adulte de plus de 15 ans d'ici à 2015, grâce à des campagnes nationales d'alphabétisation et à un effort de formation récurrente s'ajoutant au système d'éducation officiel. La formation récurrente s'adresse aux personnes ayant dépassé l'âge de l'enseignement élémentaire, et aussi aux jeunes de la tranche d'âge 16-18 ans ayant achevé une formation de base et trouvé un travail. Elle s'adresse en outre à ceux qui n'ont pas eu la possibilité de fréquenter l'école à l'âge normal de scolarisation.

77. La formation récurrente ne consiste pas uniquement à assurer l'alphabétisation de base. Elle vise également à combler un manque dans l'éducation des adultes en leur donnant accès à l'éducation élémentaire et secondaire pour adultes et en décernant diplômes et certificats. Le programme d'équivalence nationale propose une formation accélérée pour atteindre ces objectifs. Un projet d'élaboration et d'application de programmes de formation est actuellement en cours d'introduction. La couverture de ce programme d'équivalence nationale sera renforcée par la création de centres d'éducation communautaire dans tous les sous-districts, un objectif devant s'inscrire dans l'action d'élaboration du «nouveau concept scolaire». Ces centres communautaires assureront non seulement une éducation élémentaire mais apporteront en outre d'autres compétences

pratiques devant aider les gens dans leur vie quotidienne. Ils viendront également en appui à d'autres actions importantes du Gouvernement visant à promouvoir l'emploi et la santé.

78. L'objectif d'élimination de l'analphabétisme d'ici à 2015 peut être parfaitement atteint en augmentant de 80 % les capacités actuelles du système. En conséquence, le plan mis en œuvre pour réaliser l'OMD d'élimination de l'analphabétisme d'ici à 2015 inclura une plus large application du programme «Oui, je peux le faire» (avec l'ouverture de 442 salles de classe supplémentaires dans les villages) et le programme d'alphabétisation «Montée en première ligne» qui s'appliquera à l'ensemble du pays et surtout aux zones rurales (263 salles de classe).

79. Avec l'aide des partenaires du développement, le Gouvernement a réussi à introduire son programme de formation récurrente et à en élargir progressivement l'application. Ce programme devra atteindre en 2011 sa capacité maximale dans l'ensemble des 442 villages et permettre ainsi d'assurer l'alphabétisation initiale de quelque 50 000 jeunes et adultes. À cet effet, le Gouvernement aura recours à différentes méthodes, telles que des méthodes d'enseignement à distance (utilisant la télévision comme moyen d'aide à l'enseignement, moyennant la diffusion de leçons d'alphabétisation et de programmes éducatifs relayés par le réseau de télévision du Timor-Leste, permettant aux analphabètes d'en bénéficier sans contrainte de temps ou de lieu). Il s'appuiera aussi sur l'engagement et le soutien des communautés, les centres d'éducation communautaires dans tous les sous-districts et la production d'un programme d'enseignement de qualité s'accordant avec le programme d'équivalence nationale.

**b) Programme d'alphabétisation en langues locales et en portugais**

80. L'actuelle loi n° 14/2008 sur les bases de l'éducation définit le cadre général du système éducatif et précise en son article 8 – Les langues du système éducatif – que les langues d'enseignement sont le tetum et le portugais.

81. Alors que la population du pays ne compte guère plus d'un million de personnes, on y dénombre toute une variété de groupes ethnolinguistiques, avec environ 32 langues locales (selon le dernier recensement) dont le mambae, le makassae, le baikenu et le fataluku.

82. Le Ministère de l'éducation, appuyé par l'UNICEF, l'UNESCO et Care International, a tenu en avril 2008 une conférence internationale sur l'éducation bilingue au Timor-Leste, sur le thème «Aider les enfants à apprendre». Il s'agissait de mettre au point et d'appliquer une politique linguistique et une méthode d'enseignement répondant au mieux aux besoins des enfants du Timor-Leste, de telle sorte qu'ils se développent de façon satisfaisante et soient en mesure de parler couramment les deux langues officielles du pays.

83. À la suite de cette conférence, un groupe de travail interministériel mandaté pour s'occuper de la question des langues locales a été constitué en vue non seulement de mettre au point une politique d'éducation multilingue fondée sur la langue maternelle, visant à ce que chacun, surtout dans les populations rurales et défavorisées, soit en mesure de comprendre et de tirer parti des programmes d'alphabétisation et d'éducation, mais aussi de faciliter l'accès à l'éducation, de favoriser la participation et la réussite et de renforcer l'identité culturelle en même temps que les droits de citoyenneté. L'enseignement dispensé dans la première langue des élèves, et donc celle dans laquelle ils se sentent le plus à l'aise, devrait favoriser leur participation et leur maintien dans le système éducatif; il devrait de plus instaurer un meilleur équilibre entre les sexes et permettre de surmonter les clivages existants entre les régions, les zones rurales/urbaines et les classes sociales. À l'heure où le présent rapport était en cours de rédaction, un projet pilote axé sur la langue maternelle était lancé au niveau préprimaire dans les districts de Lautem, d'Oecusse et de Manatuto, sous

l'égide de la Commission nationale d'éducation du Ministère de l'éducation avec l'appui de la Commission nationale du Timor-Leste auprès de l'UNESCO.

84. La question de la langue d'enseignement est une question sensible. Certains problèmes de communication sont dus à la diversité des langues utilisées dans le pays. Bon nombre de parties intéressées et de parlementaires considèrent qu'une politique d'éducation multilingue prenant en compte les langues locales favoriserait le régionalisme et menacerait l'unité du pays.

#### **D. Réduction du décrochage scolaire chez les filles**

85. Le Gouvernement est confronté aux défis que constituent des taux de scolarisation faibles et des résultats médiocres, s'accompagnant de taux élevés d'abandon scolaire et de redoublement. Si l'on examine la situation classe par classe, on observe clairement un décrochage progressif de la classe 1 à la classe 12. Un grand nombre d'enfants scolarisés en première n'atteignent jamais la sixième. Cette tendance au décrochage peut s'expliquer par le nombre élevé d'élèves redoublants, lesquels sont plus susceptibles de décrocher. La situation est critique. La grande majorité des abandons scolaires se produisent dans les classes 1 et 2: les enfants inscrits en troisième année ne représentent déjà plus guère que la moitié de ceux ayant débuté leur scolarité en même temps. Par la suite, le nombre d'élèves inscrits dans le secondaire (classe 10) ne représente plus que 16 % du nombre des élèves ayant commencé leur scolarité en première (10 481 sur un total de 63 690). L'abandon scolaire chez les filles s'inscrit sur une courbe similaire, avec des taux de maintien légèrement meilleurs au début du cycle d'enseignement élémentaire et un taux d'abandon plus élevé dans l'enseignement secondaire.

##### **a) Facteurs communs de décrochage scolaire chez les filles**

86. Les facteurs ci-après ont été recensés comme étant de nature à favoriser l'abandon scolaire: i) les difficultés d'accès à l'école, compte tenu du fait que de nombreux enfants vivent loin de toute école; ii) le fait que bon nombre de parents ne mesurent pas l'importance d'éduquer leurs enfants, souvent en raison du faible niveau d'éducation des familles elles-mêmes; iii) les difficultés financières faisant que les parents ne peuvent pas se permettre les «frais cachés» de l'éducation (uniforme, autres matériels, etc.); iv) l'équipement inadéquat des bâtiments scolaires (spécialement le manque d'eau et de toilettes); v) la violence à l'école.

87. La toute première des causes de l'abandon scolaire, qui vaut tant pour les parents que pour les enfants, est le faible niveau d'importance accordé à l'éducation. Des études poussées ont montré qu'une participation importante des parents se reflétait positivement sur les résultats de leurs enfants, ce qui donnait lieu à un meilleur enseignement, au maintien des élèves dans le système éducatif au-delà du primaire et à un meilleur comportement général des élèves. Pour aller dans ce sens, le Ministère de l'éducation a mis sur pied en 2008 un programme intitulé «Promotion de la qualité d'enseignement et de l'importance de l'éducation pour les étudiants, les enseignants et la communauté en général», programme rendu possible grâce à des projets d'éducation par le canal de la télévision, de la radio et de services consultatifs. Pour le passage de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire, le Ministère de l'éducation a mis sur pied des associations de parents avec l'aide de ses partenaires au niveau des régions et des districts, afin de susciter, auprès des élèves comme de leurs parents, une prise de conscience accrue de l'importance de l'école. Le but est aussi de faire en sorte que cette importance apparaisse de manière égale aux yeux des garçons et des filles, afin qu'ils aient les mêmes chances de départ dans la vie.

## b) Grossesses précoces

88. Les grossesses précoces sont un autre facteur important du décrochage scolaire des filles. Le Ministère de l'éducation et le Secrétaire d'État à la promotion de l'égalité des chances, avec l'appui du Ministère de la santé, du Ministère de la solidarité sociale, de l'Université nationale du Timor-Leste, du FNUAP et de Care International, mettent en ce moment la dernière main à un travail de recherche sur les grossesses précoces, ayant pour objet d'examiner la problématique des grossesses précoces chez les étudiantes et les abandons scolaires qu'elles entraînent, et de recueillir l'avis des étudiantes, des parents, des communautés et des enseignants en vue de formuler des recommandations devant permettre la réinsertion des jeunes filles concernées dans le système scolaire. La proportion des filles du Timor-Leste âgées de 15 à 19 ans qui ont donné naissance à un premier enfant ou sont enceintes apparaît cependant peu élevée (7 %) si on la compare à celle d'autres pays d'Asie du Sud et du Sud-Est (11 %). Les premiers résultats de l'étude montrent que près de la moitié des adolescentes enceintes qui quittent l'école sont dans le premier cycle de l'enseignement secondaire (classes 7, 8 et 9), et que 72 % d'entre elles vivent en milieu rural. 75 % des familles et 92 % des enseignants plaident pour le retour des adolescentes à l'école, mais selon les enseignants, le pourcentage de celles qui font ce choix ne dépasse pas 54 %.

89. Le projet de code de protection de l'enfance, qui incorpore les normes et les principes contenus dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) a été finalisé et soumis pour approbation au Conseil des ministres le 17 août 2011. Le paragraphe 2 de l'article 30 interdit notamment tout type de «sanction ou autre mesure disciplinaire contre des étudiantes pour cause de grossesse, l'État étant tenu de veiller à ce que les étudiantes enceintes et les jeunes mères soient en mesure de fréquenter un établissement d'enseignement et de poursuivre leurs études».

90. Le préambule de la loi sur les bases de l'éducation garantit à tous les citoyens le droit et l'égalité d'accès à l'école. Le Ministère de l'éducation considère que le système de formation récurrente se prête davantage à la réintégration des étudiantes ayant dû suspendre leurs études pour cause de grossesse et d'accouchement, voyant dans ce système de meilleures perspectives pour les étudiantes concernées, par comparaison avec un retour à la même classe dans le système d'enseignement officiel.

## E. Sécurité des filles

### **Sérvices sexuels, punitions corporelles et mécanismes permettant de dénoncer des enseignants fautifs et de les sanctionner**

91. Dans la tranche d'âge 15-19 ans, 30 % des filles ont déjà fait l'expérience de violences physiques au cours des douze derniers mois. Parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans qui n'ont jamais été mariées, 13 % en ont été victimes de la part de leurs enseignants. En 2008, le Ministère de l'éducation a diffusé une communication intitulée «Tolérance zéro pour la violence» dans l'ensemble des établissements scolaires du pays, une mesure visant également les châtements corporels. Elle n'a cependant pas encore fait l'objet d'une disposition écrite.

92. La loi n° 8/2004 sur les fonctionnaires met l'accent sur la conduite éthique des enseignants en leur qualité de fonctionnaires. L'article 7 de la loi parle d'honnêteté et d'intégrité et appelle l'ensemble des fonctionnaires à faire montre, dans l'exercice de leurs fonctions, d'une conduite honnête, juste et éthique, sous peine de sanctions disciplinaires et de poursuites au pénal.

93. Le Code d'éthique de la fonction publique énumère quelques-unes des obligations spécifiques et des exigences faites aux fonctionnaires:

«Un fonctionnaire ou un agent de la fonction publique doit notamment:

- Se conformer à la loi en général et à la loi sur la fonction publique en particulier;
- Être un modèle d'intégrité personnelle, d'authenticité et d'honnêteté, s'attachant en tout temps à contribuer à la bonne réputation de la fonction publique par un comportement quotidien exemplaire;».

94. Selon l'article 45 de la loi sur les bases de l'éducation, le système éducatif doit faire l'objet d'inspections. La loi organique du Ministère de l'éducation, promulguée par décret n° 2/2008 de janvier 2008, a instauré un mécanisme d'inspection générale applicable à l'enseignement.

95. Selon la loi organique d'inspection générale de l'éducation, le mandat de l'Inspecteur général de l'éducation consiste à préparer des dossiers en vue de les porter devant la justice et d'engager des mesures disciplinaires contre les membres du corps enseignant ayant failli à leurs obligations. Il est en outre chargé de recevoir, de traiter et de répondre à toute demande ou plainte émanant d'un citoyen. Les inspecteurs régionaux sont pour leur part chargés d'enquêter sur les demandes de mesures disciplinaires qu'ils reçoivent des citoyens ou dont ils sont chargés par leur hiérarchie.

96. Au cours des deux dernières années, 2010-2011, 46 cas de violence à l'école ont été signalés à l'Inspecteur général. Trente-six d'entre eux concernaient des violences physiques et 10 des violences sexuelles.

97. La Commission de la fonction publique a la responsabilité d'engager, de conduire et de décider toute procédure disciplinaire, et aussi de veiller à l'application des condamnations prononcées. En plus des mesures disciplinaires internes, si l'infraction est en outre considérée comme relevant du Code pénal, c'est celui-ci, avec les procédures pénales s'y rapportant, qui seront d'application, et il appartiendra à la police d'enquêter sur le cas.

98. L'ampleur des mesures disciplinaires à la disposition de la Commission de la fonction publique est précisée à l'article 79 de la loi n° 5/2009 de juillet 2009 telle qu'amendée, qui prévoit six types de mesures disciplinaires en fonction de la gravité de l'infraction: i) la réprimande écrite; ii) l'amende; iii) la suspension; iv) la mise à l'écart; v) la mise à la retraite obligatoire; vi) le licenciement.

99. Toutefois, s'agissant de membres du corps enseignant s'étant rendus coupables de violences à l'école, la Commission de la fonction publique prendra une mesure de transfert de préférence aux mesures disciplinaires précédemment évoquées, comme le prévoit l'article 31 de la loi sur les fonctionnaires.

100. En dépit des mesures officiellement prévues dans le système, la majorité des cas sont résolus par le biais des pratiques traditionnelles de règlement des conflits au sein de la communauté, entre l'auteur des faits et la famille de la victime, qui applique le principe du «Simu malu», signifiant littéralement «recevoir mutuellement» et qui, au sens figuré, doit être compris comme «faire la paix». En 2010-2011, 20 des 46 cas soumis ont ainsi été résolus. Les 18 derniers cas ont été résolus au sein de l'école par l'équipe d'inspection de district, entre l'auteur des faits et la famille de la victime, sur la base d'un accord de ce type. Seulement 3 cas ont été signalés à la police et résolus par elle, tandis que 5 autres cas ont été portés devant le tribunal de la Commission de la fonction publique.



101. Au chapitre IV «Processus disciplinaire», la loi sur la fonction publique décrit en son article 99 «Rapport» le processus conduisant à la prise d'une mesure disciplinaire contre un fonctionnaire, et précise le mécanisme général par lequel l'infraction doit être rapportée – l'enquête, la préparation d'un rapport complet et concis, présentant concrètement les faits, leur qualification, leur gravité et la sanction proposée – avant la transmission dudit rapport à l'autorité compétente. Du point de vue du Ministère de l'éducation, les étapes de la procédure de notification sont les suivantes: après enquête, l'équipe d'inspection adresse son rapport au surintendant, qui le fait suivre à l'Inspecteur général, lequel l'adresse au Directeur général des services d'entreprise (et, le cas échéant, au Ministre de l'éducation), qui énonce une recommandation de sanction à l'intention de la Commission de la fonction publique.

102. Il faut noter que ce processus s'effectue en coordination avec la police, mais seul le flagrant délit est considéré comme une infraction publique, exigeant que l'accusé/l'auteur des faits soit placé en garde à vue et fasse l'objet de poursuites au pénal.

103. Le projet de code de protection de l'enfance contient en son article 30 une liste des châtiments que le corps enseignant n'a pas le droit d'infliger aux élèves, parmi lesquels les châtiments corporels, les punitions psychologiques portant atteinte à la dignité de l'enfant, et les châtiments collectifs.

104. En son article 30, le projet de code de protection de l'enfance appelle également à l'instauration d'un système confidentiel de dépôt de plainte formel à appliquer en cas de violation des droits des élèves. Son article 32 traite en outre de l'obligation de signaler et du devoir d'informer. Il impose aux directeurs, aux enseignants et aux éducateurs des établissements scolaires publics et privés de signaler au ministère public, au Ministère de la solidarité sociale et/ou à la Police nationale toute suspicion raisonnable de cruauté ou de sévices contre les enfants, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'école. Enfin, l'article 43 intitulé «Compétence» appelle toute personne ayant connaissance d'un enfant subissant des préjudices graves à alerter les autorités compétentes, à savoir le Ministère de la solidarité sociale, la police et/ou les services judiciaires.

## **F. Initiatives gouvernementales pour un environnement éducatif exempt de discrimination et de violence**

105. Le Ministère de l'éducation a adopté une approche holistique de l'éducation avec un nouveau concept intitulé «Les fondements de l'école». Ce concept offre une vision intégrale orientée vers la réalisation des objectifs de l'éducation de base moyennant une évolution de la manière de concevoir l'école et son mode de fonctionnement. Refonder l'école sur cette base suppose de:

- Placer le bien-être physique, psychologique, social et académique des enfants au centre des prises de décisions et de toutes les mesures concernant l'école, dans le but de fournir une éducation pertinente et de qualité;
- Faire en sorte que tous les enfants, indépendamment de leur sexe, de leur statut social, de leur origine ethnique, de leur race ou de leurs handicaps physiques ou mentaux éventuels, puissent exercer leur droit à une éducation de qualité;
- Prendre en compte les droits de tous les enfants, avec l'aide de ceux qui sont en mesure de les faire respecter, de façon qu'ils aient leur mot à dire sur la forme et le contenu de leur éducation;
- Donner à tous les enfants une éducation de qualité, de la première à la neuvième année;

- Susciter dans la communauté la perception d'une institution appliquant des pratiques modèles dans le domaine de l'éducation.

106. Pour que de tels principes puissent être efficacement appliqués, ce modèle devra être développé avec la participation des principales parties prenantes: les parents, les enseignants, les élèves, l'Église et d'autres organisations de la société civile activement engagées dans le soutien à l'éducation dans les établissements scolaires. Parallèlement au modèle des «Fondements de l'école», une nouvelle structure de gestion et de gouvernance répondant à quatre types de normes qualitatives sera introduite. L'une de ces nouvelles normes concerne «l'environnemental scolaire positif», destiné à assurer le bien-être physique et psychologique de tous au sein de l'école, et de nature à instaurer une politique de gestion du comportement à l'école et à susciter des relations positives entre toutes les parties en présence.

107. Le nouveau système de gestion des écoles nécessitera l'introduction d'un système de «Conseil des écoles», constitué de représentants des établissements (directeurs, proviseurs et chefs d'établissement), parents, autorités locales et ONG. Il offrira un espace de prise de décisions démocratiques, propre à garantir la réalisation d'objectifs clefs en matière d'éducation. Le Conseil des écoles encouragera la création d'associations parents/communauté dans toutes les grandes agglomérations. Ces associations constitueront une plate-forme de référence pour les écoles sur différents sujets et permettront notamment aux parents de faire connaître leur avis et de manifester leur soutien à propos de diverses questions pratiques concernant l'école.

108. Des mesures ont été prises pour remédier au problème de la protection des enfants. En 2008, un fonctionnaire a été affecté à cet effet dans chacun des 13 districts pour surveiller et gérer, sous l'autorité du Ministère de la solidarité sociale, les cas où des enfants se trouvent en situation de vulnérabilité.

109. Une Commission nationale des droits de l'enfant a été créée à la fin de 2009 au sein du Ministère de la justice pour défendre, promouvoir et sauvegarder les droits des enfants dans le pays. Cette commission a pour mission de défendre et de protéger les droits des enfants en plaidant pour la mise en place de mécanismes attentifs aux besoins des enfants et en œuvrant pour la promotion de leurs droits partout sur le territoire. Elle a la responsabilité d'examiner et de commenter les projets de loi qui concernent les enfants, et de s'assurer de la conformité des lois, règlements, décrets et politiques existants, et aussi de conseiller le Gouvernement quant à leur conformité avec la CRC.

110. Le Ministère de la justice a entrepris de passer en revue un projet de politique de justice axé sur la problématique du genre, et concernant la question de la violence s'exerçant contre les femmes et les enfants. Avec cette politique, le Gouvernement tentera d'enquêter sur tous les crimes de violence contre les femmes et les enfants de manière efficace, approfondie et tenant compte des différences entre les sexes. Cette politique vise également à la mise au point de stratégies de prévention portant sur les causes de la violence infligée aux femmes et aux enfants, notamment la persistance de stéréotypes fondés sur le sexe. Elle tend à coordonner les efforts entre les institutions gouvernementales et la société civile dans le but de susciter une prise de conscience accrue, de modifier les comportements au sein des communautés face à la violence et d'améliorer le statut de la femme dans la société.

111. Le projet de code de protection de l'enfance stipule en son article 28 que les enfants, en leur qualité d'écoliers, jouissent des droits généraux ci-après:

- a) Être traités avec respect et civilité par tous les membres de la communauté scolaire, à savoir les enseignants, le personnel des écoles et leurs condisciples, et inversement;

b) Être en sécurité dans l'environnement scolaire et jouir du respect de leur intégrité émotionnelle, psychologique et physique.

112. Le Secrétariat d'État à la promotion de l'égalité entre les sexes et Rede Feto Timor Leste (Réseau de femmes de Timor-Leste), association d'ONG locales engagées dans la défense des droits des femmes, bénéficiant d'un financement d'Irish Aid, ont conduit un programme de sensibilisation à la problématique du genre dans les écoles, dans les quatre bureaux régionaux de Maliana, Baucau, Maubisse et Oecusse. Ce programme avait pour but d'inciter une part croissante du personnel, et en particulier les surintendants, les chefs de département et les directeurs au niveau régional, à appliquer des concepts respectueux de l'égalité entre les sexes sur les plans du recrutement, des mouvements, de l'administration et de la pédagogie.

---