



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

Distr. générale
13 novembre 2017
Français
Original : anglais

**Comité pour l'élimination de la discrimination
à l'égard des femmes**

**Observations finales concernant le rapport valant
huitième et neuvième rapports périodiques du Portugal**

Additif

**Renseignements reçus du Portugal au sujet de la suite
donnée aux observations finales***

[Date de réception : 6 novembre 2017]

Note : le présent document est publié en anglais, français et espagnol seulement.

* La version originale du présent document n'a pas été revue par les services d'édition.



1. En ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations énoncées à l'alinéa c) du paragraphe 23, à l'alinéa b) du paragraphe 25, et au paragraphe 37 des observations finales concernant les huitième et neuvième rapports périodiques (présentés en un seul document) du Portugal (CEDAW/C/PRT/CO/8-9), les autorités portugaises ont l'honneur de lui communiquer les informations ci-après.

Mise en place d'un mécanisme de coordination et de coopération efficace entre les tribunaux familiaux et les tribunaux pénaux afin que les femmes puissent recourir immédiatement à une ordonnance de protection et d'interdiction contre les partenaires violents, sans avoir besoin d'engager une action en justice (alinéa c) du par. 23)

2. Au cours de la période considérée, les autorités portugaises se sont employées à améliorer la coordination entre les tribunaux de la famille et les tribunaux pénaux dans les affaires de violence familiale et éviter les contacts entre victimes et auteurs d'infractions afin d'améliorer la protection des enfants et des victimes.

3. La loi n° 24/2017 du 24 mai a récemment porté modification de la loi n° 112/2009 du 16 septembre (qui fixe le régime juridique applicable à la prévention de la violence familiale, à l'aide aux victimes de violence familiale et à leur protection i), le Code Civil, la procédure civile de protection de l'enfance et la procédure pénale.

4. En vertu de cette loi, le ministère public doit être immédiatement informé lorsque des mesures d'éloignement, notamment la restriction des contacts entre les parents, sont appliquées, de sorte qu'il fixe ou modifie, dans les meilleurs délais, les modalités de l'exercice des responsabilités parentales.

5. En application de cette loi :

a) Lorsqu'une mesure de contrainte est émise ou qu'une peine accessoire d'interdiction de contact entre parents est appliquée ou si les droits et la sécurité des victimes de violence domestique ou d'autres formes de violence familiale telles que des maltraitances ou sévices sexuels sur enfant, sont gravement menacés :

- L'exercice commun des responsabilités parentales peut être jugé contraire aux intérêts de l'enfant dans les cas suivants :
- Lorsque l'audition technique spécialisée et la médiation entre les parties ne sont pas autorisées ;
- Lorsque le ministère public demande que soient fixées ou modifiées les modalités de l'exercice des responsabilités parentales, ce dans un délai maximum de 48 heures après avoir pris connaissance des situations précitées.

b) Les mesures de contrainte qui entraînent la restriction des contacts entre parents sont immédiatement communiquées au représentant du ministère public afin qu'il engage sans tarder une procédure visant à fixer ou à modifier les modalités de l'exercice des responsabilités.

Création de centres de crise et de services d'urgence pour les victimes de viol, sensibilisation du personnel hospitalier et de la police à l'assistance requise en cas de viol et mise en place de protocoles types pour la prise en charge des victimes de viol

6. Un protocole a été signé en 2016 entre le Ministère de la Justice, le Vice-Ministre chargé de l'égalité des sexes, et l'Association des femmes contre la violence en vue de mettre en place une intervention pilote, à caractère spécialisé, ayant pour objet d'offrir des soins, un soutien psychosocial, ainsi qu'un appui

psychologique individuel aux femmes et aux filles victimes de violences sexuelles à Lisbonne. L'objectif est d'établir un bureau pilote spécialisé et expérimental destiné aux personnes ayant subi des violences sexuelles, qui offrirait un appui psychosocial et psychologique, garantirait la coopération en ce qui concerne les mesures de prévention du risque de revictimisation et de victimisation secondaire et mettrait en œuvre des mesures visant à sensibiliser les victimes d'agression sexuelle. Ce projet a été créé dans le cadre du Programme de citoyenneté active (*Cidadania Ativa Programme*¹), géré par la Fondation Calouste Gulbenkian, avec le cofinancement du mécanisme financier de l'Espace économique européen (EEE) et l'appui de la Norvège, de l'Islande et du Liechtenstein. Deux guides sur la violence sexuelle à l'intention des professionnels et des victimes², élaborés en partenariat avec la Direction générale de la santé et l'Institut national de médecine légale (criminalistique), seront diffusés dans le cadre du projet.

7. En outre, le Ministère de la santé, par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé, a créé en 2013, par arrêté n° 6378 du 16 mai 2013, l'Action sanitaire sur l'égalité des sexes, la violence et le cycle de vie, qui englobe également la violence sexuelle. Un réseau national d'équipes de prévention de la violence des adultes a également été mis en place. Ses principales fonctions sont les suivantes :

- Contribuer à l'information fournie à la population et sensibiliser les professionnels aux différents services intéressant l'égalité des sexes et la prévention de la violence tout au long du cycle de vie ;
- Diffuser des informations juridiques, normatives et techniques sur le sujet ;
- Améliorer la formation et la préparation des professionnels dans ce domaine ;
- Recueillir et classer des informations sur les situations de violence qui ont fait l'objet d'un suivi dans les modules de soins de santé primaires et les hôpitaux ;
- Fournir un appui consultatif aux professionnels de la santé et à leurs équipes en ce qui concerne le signalement et le suivi des cas ou leur orientation vers un spécialiste ;
- Gérer les situations cliniques qui peuvent faire l'objet d'un suivi dans les services de soins de santé primaires ou les hôpitaux ;
- Promouvoir la mise en place de mécanismes de coopération intra-institutionnels et intersectoriels dans le domaine de la violence interpersonnelle ;
- Établir une collaboration touchant d'autres projets et ressources communautaires ;
- Mobiliser le réseau des ressources internes et rationaliser le réseau social ;
- Assurer une coordination fonctionnelle, en réseau, avec d'autres équipes de santé qui travaillent dans ce domaine.

8. Dans le Service national de santé, les équipes de prévention de la violence des adultes donnent suite aux recommandations énoncées aux articles 61 et 62 de la loi n° 112/2009, du 16 septembre, qui établit le régime juridique applicable à la prévention de la violence domestique, à la protection et à l'assistance de ses victimes.

¹ <https://gulbenkian.pt/en/initiatives/cidadania-ativa-programme/>.

² <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/violencia-sexual-guia-de-bolso-para-profissionais-pdf.aspx> et <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/diversos/violencia-sexual-guia-de-bolso-para-sobreviventesvitimas.aspx>.

9. L'Action sanitaire sur l'égalité des sexes, la violence et le cycle de vie a publié en 2014 un manuel à l'intention des professionnels de la santé intitulé « Violence interpersonnelle - approche, diagnostic et intervention dans les services de santé », qui comprend une série de directives et de protocoles médicaux concernant les situations de violence, en particulier la violence sexuelle.

10. En outre, pour ce qui est de la violence sexuelle à l'encontre d'enfants, le secteur de la santé est depuis 2009 officiellement et structurellement organisé à l'échelle nationale grâce au Réseau du centre d'appui aux enfants et aux jeunes à risque et au Centre de soutien hospitalier pour les enfants et les jeunes à risque établis par l'Action sanitaire en faveur des enfants et des jeunes à risque, créée par l'ordonnance n° 31292 du 5 décembre 2008. En outre, des documents d'orientation ont été publiés à l'intention des professionnels de la santé dans le domaine de la maltraitance des enfants et des jeunes, en particulier sur la violence sexuelle, dont cet ouvrage intitulé « La maltraitance des enfants et des jeunes : Guide pratique pour l'approche, le diagnostic et l'intervention », publié en février 2011 par la Direction générale de la santé.

11. Dans le cadre des mesures de santé précitées, plusieurs activités de formation et des séminaires techniques portant sur le thème de la violence ont été organisés dans les cinq administrations régionales de la santé.

12. Qui plus est, la Direction générale de la santé a participé à plusieurs initiatives visant, avec différents partenaires de la communauté, à informer les professionnels, en particulier de l'élaboration d'autres manuels dans le domaine de la violence sexuelle, tels que le Guide de poche à l'intention des rescapés et des victimes de violence sexuelle et le Manuel sur la violence sexuelle à l'intention des professionnels.

13. Plusieurs plans et programmes nationaux relatifs à cette question ont été mis en œuvre, notamment les suivants :

- Le cinquième Plan d'action national en faveur de l'égalité des sexes, de la citoyenneté et de la non-discrimination (2014-2017) :
- Le cinquième Plan national de prévention et de lutte contre la violence familiale et sexiste (2014-2017), dans lequel a été intégré le troisième programme d'action de prévention et d'élimination de la mutilation génitale féminine :
- Le troisième Plan national visant à prévenir et à combattre la traite d'êtres humains (2014-2017).

Application de garanties suffisantes pour que les procédures d'accouchement trop médicalisées telles que les césariennes soient minutieusement évaluées et qu'elles soient effectuées seulement lorsqu'elles sont nécessaires et avec le consentement éclairé de la patiente

14. Afin de réduire le taux de césariennes au Portugal, sans compromettre les bons résultats sanitaires obtenus ces dernières années, le Gouvernement portugais a créé en 2013 une Commission nationale chargée de la réduction du taux de naissances par césarienne.

15. Dans le cadre de ses fonctions, la Commission a élaboré, à l'intention des professionnels de la santé, une norme et cinq directives cliniques sur les aspects techniques liés aux césariennes.

16. Des textes d'information et de sensibilisation ont également été élaborés à l'intention des professionnels de la santé et du grand public.

17. Ces textes, qui ont été publiés et diffusés, ont renforcé l'homogénéité des pratiques cliniques en matière de soins de santé maternelle, offrant ainsi aux professionnels de la santé un appui important, moins axé sur la césarienne que sur l'orientation clinique.

18. Il importe que tous les professionnels de la santé qualifiés en soins maternels donnent aux femmes enceintes des informations objectives et cohérentes sur l'augmentation des risques associée aux accouchements par césarienne. Les différents décrets législatifs précisent le principe du consentement libre et éclairé à cet égard.

Modification de la loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse annulant les conditions excessivement contraignantes ajoutées récemment, y compris les frais imposés, afin d'assurer aux femmes la liberté de faire un choix éclairé tout en respectant leur autonomie

19. Une initiative législative citoyenne a été présentée en 2015 au Parlement pour examen, en vue d'apporter plusieurs modifications à l'avortement sur demande, notamment pour imposer aux femmes qui veulent avorter de partager les coûts et de recevoir obligatoirement un accompagnement psychologique. En conséquence, le Parlement a adopté en septembre 2015 les deux projets de loi suivants :

20. La loi n° 134/2015 qui prévoit l'introduction de frais modérateurs dans le cas où un avortement est pratiqué à la demande de la femme, dans les 10 premières semaines de grossesse (sur demande de la femme uniquement, et non pas pour d'autres motifs) :

21. La loi n° 136/2015, portant première modification de la loi n° 16/2007 du 17 avril, sur l'exclusion de l'illégalité en cas d'interruption volontaire de grossesse, contenant plusieurs restrictions à l'avortement sur demande de la femme, y compris l'obligation de recevoir un accompagnement psychologique et social pendant le délai de réflexion.

22. En février 2016, ces deux lois ont été abrogées par la loi n° 3/2016.

Organisation des services de santé de l'État de sorte que l'exercice du droit à l'objection de conscience dans ce type de situation n'empêche pas les femmes d'accéder effectivement aux services de soins de santé procréative, y compris l'avortement

23. Le Service national de santé est tenu de veiller à ce que toutes les femmes qui souhaitent avorter puissent subir cette intervention en temps voulu. Il incombe aux hôpitaux de leur garantir l'accès aux soins requis, ce qui a une incidence non négligeable sur l'organisation de leurs services.

24. En 2001, le Réseau d'orientation des mères et des enfants a été créé par arrêté ministériel. Ce réseau de santé maternelle et infantile a permis aux professionnels des soins de santé primaires et aux hôpitaux d'agir de concert et de constituer des unités de coordination fonctionnelle. Lorsqu'il s'est avéré nécessaire, en 2007, de disposer d'un réseau national de services de santé reproductive qui permette de garantir l'application de la loi n° 16/2007, celui-ci existait déjà, ce qui constituait une valeur ajoutée non négligeable.

25. Cet apport a été important pour ce qui est de garantir l'aptitude à faire face à des situations diverses, dont celles où les ressources humaines disponibles sont limitées et où le nombre d'objecteurs de conscience que comptent certains services est tel que la procédure ne peut être mise en œuvre.

26. En ce qui concerne l'objection de conscience, les professionnels participant directement à la pratique de l'avortement peuvent s'y opposer, mais doivent présenter une déclaration écrite au directeur de l'hôpital où ils exercent. Par sa déclaration, l'objecteur doit confirmer qu'il viendra en aide à toutes les femmes enceintes dont la santé est en péril, qu'il orientera la patiente vers un clinicien disposé à pratiquer l'avortement et qu'il ne participera pas aux séances d'accompagnement psychologique.

27. La loi n° 16/2007 sur l'exclusion de l'illégalité en cas d'interruption volontaire de grossesse est régie par l'ordonnance n° 741-A/2007 du 21 juin, prévoit ce qui suit :

« Article 11 : Respect des délais – En toutes circonstances, le Conseil d'administration de l'établissement de santé officiel, le responsable de la prestation des soins de santé primaires ou le chef de l'établissement de santé reconnu officiellement, selon le cas, prendra toutes les mesures nécessaires pour respecter les délais fixés par la loi relative à l'interruption de grossesse. »

« Article 12 : Objection de conscience

[...]

3. Les professionnels de la santé qui sont objecteurs de conscience doivent veiller à ce que les femmes enceintes désireuses d'interrompre leur grossesse soient aiguillées vers les services compétents dans les délais prévus par la loi.

4. Dans les établissements de santé officiels où la présence d'objecteurs de conscience empêche de procéder à l'interruption de grossesse dans les conditions définies par la loi, il convient de veiller à ce que la procédure soit effectuée en adoptant, sous la coordination de l'administration régionale de la santé compétente à l'échelon territorial, des formes appropriées de collaboration avec d'autres établissements sanitaires officiellement reconnus, en tenant compte des coûts ainsi occasionnés. »