



**Convention relative aux
droits de l'enfant**

Distr.
GÉNÉRALE

CRC/C/URY/2
13 octobre 2006

Original : ESPAGNOL

COMITÉ DES DROITS DE L'ENFANT

**EXAMEN DES RAPPORTS PRÉSENTÉS PAR LES ÉTATS PARTIES
EN APPLICATION DE L'ARTICLE 44 DE LA CONVENTION**

Deuxième rapport périodique des États parties devant être soumis en 1997

URUGUAY* **

[18 septembre 2006]

* Les annexes peuvent être consultées au secrétariat.

** Conformément aux informations communiquées aux États parties concernant le traitement de leurs rapports, les services d'édition n'ont pas revu le présent document avant sa traduction par le secrétariat.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
RAPPORT PÉRIODIQUE SUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE DANS LE CADRE DE LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT, SOUMIS EN 2006	1 - 9	5
1. MESURES D'APPLICATION GÉNÉRALES (articles 4, 42 et 44)	10 - 25	6
1.1 Réserves à la Convention	10 - 11	6
1.2 Révision de la législation interne	12	7
1.3 Principales innovations du Code de l'enfance et de l'adolescence	13	7
1.4 Statut de la Convention dans le droit interne	14	7
1.5 Participation, consultation, coordination et accès à l'information pour l'établissement du rapport	15 - 17	8
1.6 Politiques de protection de l'enfance et pauvreté	18 - 22	8
1.7 Dépenses publiques et sociales en matière d'enfance.....	23 - 25	12
2. DÉFINITION DE L'ENFANT (article premier).....	26 - 61	13
2.1. Age minimum légal pour tout traitement médical sans consentement parental	27 - 29	13
2.2 Age de la scolarité obligatoire.....	30	13
2.3 Age minimum d'admission à l'emploi.....	31 - 32	13
2.4 Age nubile (différence d'âge légal du mariage entre les hommes et les femmes)	33 - 34	13
2.5 Age du consentement sexuel.....	35	14
2.6 Age minimum de l'engagement volontaire, du service militaire obligatoire et pour la participation aux hostilités	36 - 40	14
2.7 Age de la responsabilité pénale.....	41 - 42	14
2.8 Age minimum d'application de la peine de mort et de la peine de prison à perpétuité	43	15
2.9 Age minimum pour témoigner en justice dans des affaires civiles ou pénales	44	15
2.10 Age pour porter plainte et demander réparation devant un tribunal ou une autre autorité sans consentement parental	45	15
2.11 Age pour intervenir dans des procédures administratives ou judiciaires relatives à l'enfant	46	15
2.12 Age pour donner son consentement à un changement d'identité notamment en cas de changement de nom, modification des liens familiaux, adoption et tutelle	47 - 49	16
2.13 Accès à l'information sur les parents biologiques	50 - 54	16
2.14 Age minimum légal pour hériter	55	18
2.15 Age minimum légal pour mener des transactions immobilières	56	18
2.16 Age minimum légal pour le choix d'une religion ou la fréquentation de cours d'instruction religieuse.....	57	18
2.17 Age minimum légal pour la consommation d'alcool et autres substances contrôlées	58	18
2.18 Age minimum d'admission à l'emploi à la fin de la scolarité ..	59 - 61	18

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
3. PRINCIPES GÉNÉRAUX	62 - 101	19
3.1 Principe juridique de non - discrimination (article 2)	62	19
3.2 La stigmatisation des adolescents	63	19
3.3 Intérêt supérieur de l'enfant (article 3)	64 - 87	20
3.4 Le droit à la vie, à la survie et au développement (article 6)	88 - 91	27
3.5 Respect des opinions de l'enfant (article 12)	92 - 101	28
4. DROITS ET LIBERTÉS CIVILS (articles 7, 8, 13 à 17 et paragraphe a) de l'article 37)	102 - 124	31
4.1 Nom et nationalité (article 7)	102 - 104	31
4.2 Préservation de l'identité (article 8)	105	32
4.3 Liberté d'expression	106	32
4.4 Liberté de pensée, de conscience et de religion	107	32
4.5 Protection de la vie privée (article 16)	108	33
4.6 Accès à l'information (article 17)	109	33
4.7 Protection de l'enfant contre la diffusion de matériel préjudiciable à son bien - être	110 - 111	33
4.8 Droit à ne pas être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants	112 - 124	33
5. MILIEU FAMILIAL ET PROTECTION DE REMPLACEMENT (paragraphe 1 et 2 de l'article 5, articles 18, 9 à 11, 19 à 21, 25, paragraphe 4 de l'article 27 et article 39)	125 - 159	38
5.1 Orientation parentale (article 5)	125	38
5.2 Responsabilités parentales (article 18, paragraphes 1 et 2)	126 - 128	38
5.3 Séparation d'avec les parents (article 9)	129 - 132	38
5.4 Réunification familiale (article 10)	133 - 135	40
5.5 Déplacements et non - retours illicites (article 11)	136 - 137	41
5.6 Recouvrement de la pension alimentaire (paragraphe 4 de l'article 27)	138	41
5.7 Enfants privés de leur milieu familial (article 20)	139	41
5.8 Adoption (article 21)	140 - 146	42
5.9 Examen périodique des conditions de placement (article 25)...	147 - 149	43
5.10 Mauvais traitements et négligence, notamment réadaptation physique et psychologique et réinsertion sociale (article 39) ...	150 - 159	43
6. SANTÉ DE BASE ET BIEN - ETRE (article 6, paragraphe 3 de l'article 18, articles 23, 24 et 26 et paragraphes 1 à 3 de l'article 27)	160 - 278	48
6.1 Enfants handicapés (article 23)	160 - 162	48
6.2 Enfants handicapés et éducation	163	49
6.3 La santé de l'enfant dans le contexte historique uruguayen	164 - 227	49
6.4 La sécurité sociale et les services et établissements de garde d'enfants (article 26 et paragraphe 3 de l'article 18), (paragraphe 99 à 102)	228 - 257	66
6.5 Dépenses publiques de santé	258 - 278	75

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
7. ÉDUCATION, LOISIRS ET ACTIVITÉS CULTURELLES (articles 28, 29 et 31)	279 - 324	80
7.1 Politiques éducatives dans le contexte des politiques de l'enfance en Uruguay	279 - 283	80
7.2 Enfants de 0 à 6 ans : universalisation de l'enseignement préscolaire	284 - 289	82
7.3 Enfants de 6 à 12 ans : universalisation de l'enseignement primaire	290 - 292	83
7.4 L'enseignement secondaire et les adolescents âgés de 13 à 17 ans.....	293 - 308	85
7.5 Dépenses publiques en matière d'éducation de l'enfance.....	309 - 322	89
7.6 Problèmes persistants en matière d'éducation	323 - 324	93
8. MESURES SPÉCIALES DE PROTECTION (articles 22, 38, 39 et 40, paragraphes b) à d) de l'article 37 et articles 32 à 36).....	324 - 384	93
8.1 Enfants réfugiés (article 22)	325 - 326	93
8.2 Enfants touchés par des conflits armés (article 38), notamment leur réadaptation physique et psychologique et leur réinsertion sociale(article 39)	327 - 329	94
8.3 Enfants en situation de conflit avec la loi	330	94
8.4 Enfants privés de liberté, y compris soumis à toute forme de détention, d'emprisonnement ou de placement dans un établissement surveillé (paragraphes b), c) et d) de l'article 37)	331 - 345	94
8.5 Peines prononcées à l'égard de mineurs, en particulier l'interdiction de la peine capitale et de l'emprisonnement à vie (paragraphe a) de l'article 37)	346	97
8.6 L'exploitation économique des enfants, notamment le travail des enfants (article 32)	347 - 369	97
8.7 Usage de stupéfiants (article 33)	370 - 384	105
Bibliographie		112

RÉPUBLIQUE ORIENTALE DE L'URUGUAY

Ministère des relations extérieures

Direction des droits de l'homme et du droit humanitaire

**RAPPORT PÉRIODIQUE SUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE
DANS LE CADRE DE LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT,
SOU MIS EN 2006**

1. Le Gouvernement de la République orientale de l'Uruguay, conformément aux engagements établis par l'article 44 de la Convention relative aux droits de l'enfant, a l'honneur de soumettre au Comité des droits de l'enfant le rapport périodique sur les enfants et les adolescents pour 2006, lequel vise à remédier au défaut de soumission des rapports pour 1997 et 2002.
2. Le retard relatif à l'établissement et à la soumission des rapports périodiques de ces années ne peut pas être attribué à un manque de volonté ou de coopération de la part de l'État uruguayen vis-à-vis du Comité, mais à des événements et à des raisons objectives qui ont marqué ces mêmes années sur le plan intérieur et qui ont retardé l'exécution des engagements contractés par l'État partie.
3. Il convient de rappeler en premier lieu, comme le Gouvernement uruguayen l'avait annoncé en 1996 lors de la présentation orale du rapport initial, que notre pays a connu un grand débat national sur la nécessité d'harmoniser les dispositions de l'ancien Code de l'enfant avec les nouveaux paradigmes établis par la Convention relative aux droits de l'enfant. L'établissement du rapport devait être nécessairement assujéti à l'adoption du nouveau Code de l'enfance et de l'adolescence, à l'issue d'un débat parlementaire aussi long que minutieux.
4. À cet égard, il faut souligner que le processus de discussion et d'adoption du nouveau texte de loi visant à la transposition juridique de ces nouveaux paradigmes, a modifié l'idée d'enfant, non plus conçu désormais comme un objet de protection mais comme un sujet de droit, ce qui répond ainsi à certaines des préoccupations justement exprimées par le Comité des droits de l'enfant relativement au cadre légal des droits de l'enfant précédemment en vigueur en Uruguay. Le nouveau Code a finalement été approuvé par la loi N° 17823 du 14 septembre 2004 (texte ci-joint en annexe).
5. De plus, bien que cela soit d'un autre ordre, l'Uruguay a souffert à partir de 2002 de l'impact d'une crise économique et financière sans précédent dans toute son histoire, laquelle a profondément retenti sur les niveaux de revenu de centaines de milliers de personnes et bouleversé par là même tous les indicateurs de développement social, économique et culturel, d'où une incidence particulière sur les indicateurs relatifs à la situation des enfants et des adolescents.
6. Il faut par conséquent ne pas oublier que le présent rapport a été établi et révisé dans le cadre de circonstances fluctuantes, que ces circonstances soient dues à la réalité économique, à l'évolution des nouveaux principes, paradigmes et concepts en matière d'application ou au changement d'orientation et de priorités du Gouvernement à partir de mars 2005.

7. Toutefois, l'établissement du présent rapport s'est efforcé dans toute la mesure du possible de respecter les instructions générales et spécifiques relatives à la forme et au contenu des rapports figurant dans les *Directives générales concernant la forme et le contenu des rapports périodiques que les États parties doivent présenter conformément au paragraphe 1 b) de l'article 44 de la Convention* (CRC/C/58, du 20 novembre 1996), à partir d'une méthodologie prédéterminée qui a permis d'élaborer un canevas pour la collecte et l'analyse des données dans le cadre d'un processus de consultation se voulant le plus large possible.

8. Sur cet aspect particulier et compte tenu des observations formulées par le Comité sur les rapports précédents, la rédaction du présent rapport s'est tout particulièrement attachée à faire intervenir le plus grand nombre possible d'institutions et d'agences ayant une responsabilité directe dans l'observation, l'analyse ou l'établissement et l'exécution des politiques de l'enfance et de l'adolescence. Tout en reconnaissant que cet élargissement de la base de consultation doit s'étendre encore à des niveaux supérieurs de participation et à une approche plus transversale, il reste que les organes officiels et les organisations de la société civile qui suivent ont été consultés ou ont participé à la définition de termes et de contenus :

- Au niveau de l'État : Bureau de la planification et du budget (OPP), Ministère de l'éducation et de la culture (MEC), Ministère de la santé publique (MSP), Conseil directeur central de l'enseignement (CODICEN), Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay (INAU);
- Au niveau universitaire : Institut d'économie de l'Université de la République (UDELAR), Faculté de médecine de l'UDELAR, Centre de recherches économiques (CINVE);
- Au niveau de la société civile : Service œcuménique pour la dignité humaine (SEDHU), Centre d'études judiciaires (CEJU), Gurises Unidos (Enfants Unis), Institut d'études légales et sociales de l'Uruguay et du Sud (IELSUR).

Il a été également possible de compter sur la coopération et la collaboration du Bureau du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en Uruguay.

9. Étant donné ce qui vient d'être déclaré, le Ministère des relations extérieures est conscient que le présent rapport périodique souffre encore d'insuffisances quant à l'étendue et à la profondeur des analyses statistiques et conceptuelles requises et souhaitables, et de limitations méthodologiques quant à son établissement et à son processus de consultation. Toutefois, il souhaite réaffirmer l'esprit de collaboration et de transparence qui l'anime encore plus à l'égard du Comité des droits de l'enfant, convaincu que les observations formulées par celui-ci ne visent qu'à renforcer plus efficacement l'application des instruments de protection des droits de l'enfant et de l'adolescent.

1. MESURES D'APPLICATION GÉNÉRALES (articles 4, 42 et 44)

1.1 Réserves à la Convention

10. L'Uruguay a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant sans formuler de réserves de fond à ses dispositions. De leur côté, les représentants nationaux ont émis une déclaration concernant l'article 38, aux termes de laquelle le recrutement de mineurs âgés de moins de 18 ans dans les forcées armées de leur pays ne serait pas admis.

11. À cet égard, la déclaration uruguayenne est pleinement conforme aux développements ultérieurs en la matière, en particulier depuis l'adoption du Protocole facultatif à la Convention relative des droits de l'enfant et concernant la participation des enfants aux conflits armés.

1.2 Révision de la législation interne

12. À partir de 1996, un débat de fond s'est ouvert sur la nécessaire réforme du texte de loi désigné sous la dénomination de « Code de l'enfant ». Le Code de l'enfant de 1934 était considéré à l'origine comme une loi modèle pour l'Amérique latine en fonction des critères sur lesquels il se fondait (protection de la mère enceinte, procédure accélérée d'obtention de pension alimentaire, protection de l'enfance contre les atteintes sociales, etc.). L'avènement des principes directeurs de la Convention relative aux droits de l'enfant, qui met l'accent sur l'enfant comme sujet de droit plutôt que comme objet de protection, a fait rapidement prendre conscience que le cadre législatif uruguayen avait besoin d'être actualisé. Le projet de Code de l'enfance et de l'adolescence a fait l'objet d'un examen minutieux, à la faveur duquel d'importants secteurs de la société civile ont été consultés par les parlementaires afin d'exprimer leur opinion sur les critères utilisés pour l'établissement de certains articles. Le Code de l'enfance et de l'adolescence a été établi avec la participation d'un large éventail de parties prenantes aux discussions sur cette question et il a été adopté le 14 septembre 2004 par la loi N° 17823.

1.3 Principales innovations du Code de l'enfance et de l'adolescence

13. Le nouveau Code a introduit différentes innovations. Parmi elles, il convient de noter les suivantes : la jouissance et l'exercice des droits de l'homme de base sont garantis aux personnes âgées de moins de 18 ans en tant que sujets en développement; les enfants handicapés bénéficient d'une pleine protection et les enfants ont droit de participer à toutes les procédures administratives et légales susceptibles de concerner leurs droits; des mesures spéciales ont été adoptées en vue de protéger l'identité par le relevé des empreintes digitales et plantaires des nouveau-nés; les mères célibataires, quel que soit leur âge, ont droit de reconnaître légalement leurs enfants biologiques; la priorité est donnée aux mesures correctives et éducatives par rapport à la détention des mineurs délinquants dans des institutions.

1.4 Statut de la Convention dans le droit interne

14. Comme indiqué dans le rapport initial présenté au Comité, en vertu de la Constitution uruguayenne, les traités internationaux signés par le pouvoir exécutif sont soumis au Parlement pour approbation. Une fois promulguées, les lois approuvant les traités font partie de l'ordre juridique interne. De ce fait, les dispositions de la Convention peuvent être invoquées par les particuliers devant les tribunaux dans la mesure où ces dispositions font partie de la législation interne. La Constitution uruguayenne ne contient pas de dispositions expresses permettant d'accorder la primauté à la législation interne ou à un instrument international en cas de conflit. Toutefois, la doctrine et la jurisprudence nationales conviennent d'accorder la primauté aux traités des droits de l'homme en vertu de leur nature juridique et des droits légalement protégés qu'ils défendent.

1.5 Participation, consultation, coordination et accès à l'information pour l'établissement du rapport

15. Durant l'établissement du présent rapport, un mécanisme de dialogue et de consultation a été mis en place, qui a fait intervenir une diversité d'acteurs du secteur public, d'organisations non gouvernementales et d'agences internationales. Parmi eux, les plus importants sont :

- a) Au niveau de la société civile : le Comité non gouvernemental de suivi de la Convention relative aux droits de l'enfant;
- b) Au niveau de l'État : le Bureau de la planification et du budget du Président de la République; le Ministère de la santé publique; le Ministère de l'intérieur; l'Institut de l'enfant et de l'adolescent; l'Administration nationale de l'éducation publique; l'Institut national de la statistique et la Faculté de médecine de l'Université de la République; la Cour Suprême de Justice, organe supérieur du pouvoir judiciaire; et
- c) Au niveau des agences internationales : l'UNICEF et l'Institut interaméricain de l'enfant.

16. De plus, un mécanisme de coordination a été conçu afin de maximiser l'efficacité et de promouvoir des méthodes innovantes de collecte pour les données utilisées dans le cadre de l'établissement du rapport. Ce mécanisme a consisté fondamentalement en une demande d'identification des points de contact dans chacune des institutions publiques participant à la collecte et à l'analyse des données. Toutefois, malgré les efforts engagés, les résultats obtenus par ce mécanisme se sont révélés décevants : plusieurs obstacles persistent, liés pour la plupart à la structure organisationnelle de l'État uruguayen. Certains de ces obstacles intrinsèques concernent la fragmentation, l'approche sectorielle de l'État et l'énorme difficulté rencontrée quant à l'introduction de méthodes de travail d'équipe, flexibles, transversales et multidisciplinaires (Motta, 2000). Ces obstacles organisationnels et culturels peuvent être notamment mesurés par les retards considérables pris par certaines institutions consultées pour communiquer les données demandées et par la non-communication de quelque information que ce soit par d'autres.

17. Certaines des raisons qui expliquent les difficultés rencontrées dans la coordination interinstitutionnelle sont liées au fait que le changement de gouvernement advenu le 1^{er} mars 2005 s'est soldé par des changements de personnel, de responsables politiques et administratifs, ainsi que par l'apprentissage et les adaptations qui en ont dérivé quant aux nouvelles fonctions dévolues dans l'administration publique à l'issue d'un tel changement. Enfin, la difficulté d'accès à l'information permettant d'établir le rapport s'est avérée aussi très préjudiciable. Cette difficulté d'accès est due à différents facteurs parmi lesquels le plus notable est la fragmentation de la prise de décision en matière de politiques de l'enfance. Le nouveau Gouvernement envisage actuellement la mise en œuvre urgente d'un système permettant de centraliser l'information sur l'enfance et l'adolescence en Uruguay.

1.6 Politiques de protection de l'enfance et pauvreté

18. Le système de protection sociale de l'Uruguay a été fondé au début du XX^e siècle et a connu une crise dans les années 1960, qui a eu notamment pour conséquence majeure au milieu des années 1990 l'augmentation croissante de la pauvreté. Cette tendance est devenue plus sensible après la crise économique et financière de 2002, période où le taux de pauvreté a atteint selon les estimations de 31 à 41 % de la population (Amarante et Arim, 2005). Ce phénomène a

eu des effets particulièrement dévastateurs pour l'enfance si l'on compare le pourcentage des enfants pauvres – nettement supérieurs – à celui des adultes pauvres.

TABLEAU 1

Évolution de la pauvreté par âge

<i>Au-dessous du seuil de pauvreté (Institut national de la statistique, 1997)</i>						
	<i>De 0 à 5 ans</i>	<i>De 6 à 12 ans</i>	<i>De 13 à 17 ans</i>	<i>De 18 à 64 ans</i>	<i>65 ans et plus</i>	<i>Total</i>
1991	41,9	40,6	34,1	20,2	10,9	25,5
1992	38,5	37,8	31,3	19,5	13	23
1993	36,3	35,1	30,8	16,5	9,8	20,1
1994	36,5	34,8	29,3	15,7	6,5	20,2
1995	40,4	37,3	31,6	18	7,8	21,6
1996	44	39,4	33,5	19,3	8,4	23
1997	45,3	39,7	35,2	20,4	8,3	24,6
1998	44,1	37,8	34,7	18,9	9,2	23,1
1999	42,7	38,6	32,6	21,2	7,3	22,2
2000	48,3	41,8	36,3	21,3	10,4	25,1
2001	50,3	45,7	37,7	23,3	8	27,3
2002	57	52,8	45,5	29,3	9,8	32,5
2003	66,5	61,5	53,8	38,4	17	41

Source : Institut d'économie.

<i>Au-dessous du seuil de pauvreté (Institut national de la statistique, 2002)</i>						
	<i>De 0 à 5 ans</i>	<i>De 6 à 12 ans</i>	<i>De 13 à 17 ans</i>	<i>De 18 à 64 ans</i>	<i>65 ans et plus</i>	<i>Total</i>
1991	41	39,9	33	19,1	9,8	23,4
1992	37,5	36,1	29,1	16	6,4	19,9
1993	32,6	31,4	26,8	13,5	5,6	17,1
1994	30,7	28,8	24,1	11,9	4,1	15,3
1995	34,4	32,6	25,9	14	5,1	17,4
1996	35,5	31,8	25,8	13,7	4,8	17,2
1997	36,4	30,5	25,8	14	4,8	17,2
1998	34,7	29,2	26,7	13,1	4,1	16,7
1999	32,5	28,3	22,7	12,5	3,4	15,3
2000	37,4	32,2	25,8	14,5	3,9	17,8
2001	38,3	35,4	27,7	15,3	3,9	18,8
2002	46,5	41,9	34,6	20,3	5,4	23,7
2003	56,5	50,2	42,7	27,8	5,7	30,9

Source : Institut national de la statistique (INE), Amarante et Arim, tableau A.3, p. 79.

19. La pauvreté, qui a « un visage d'enfant » en Uruguay ou qui constitue ce que l'on a appelé « l'infantilisation de la pauvreté », est la clef avec laquelle on doit analyser l'évolution positive ou négative, en termes de progrès, du système des politiques de l'enfance dans le pays. En matière d'approches, celle qui est la plus appropriée pour analyser les progrès ou les revers de ces politiques se fonde sur les « droits ». Cette approche met l'accent sur le fait que l'individu est le principal sujet bénéficiaire des droits de l'homme et qu'il se constitue en tant que tel en un sujet qui peut « recevoir l'aide d'autrui pour défendre ses libertés fondamentales et ses droits de l'homme, c'est-à-dire que la responsabilité de l'exercice de ces droits et libertés est transférée à d'autres acteurs », comme l'État et d'autres parties prenantes de la société civile (Amarante et Arim, 2005, p. 19).

TABLEAU 2

Évolution de la pauvreté en Uruguay de 1986 à 2004, par groupe d'âge (en %)

	<i>Total des personnes pauvres</i>	<i>De 0 à 5 ans</i>	<i>65 ans et plus</i>	<i>Rapport entre les enfants de 0 à 5 ans et les personnes âgées de 65 ans ou plus</i>
1986	46,2	63,2	32,6	1,94
1987	35,6	54,1	20,8	2,60
1988	26,6	44,2	12,4	3,56
1989	26,6	44,1	13,1	3,37
1990	29,7	49,9	14,9	3,35
1991	23,4	41,0	9,7	4,23
1992	19,9	37,5	6,4	5,86
1993	17,1	32,6	5,6	5,82
1994	15,3	30,7	4,2	7,31
1995	17,4	34,4	5,1	6,75
1996	17,2	35,5	4,8	7,40
1997	17,2	36,4	4,9	7,43
1998	16,7	34,7	4,1	8,46
1999	15,3	32,5	3,4	9,56
2000	17,8	37,4	3,9	9,59
2001	18,8	38,3	3,9	9,82
2002	23,6	46,6	5,4	8,63
2003	30,9	56,5	9,7	5,82
2004	32,1	56,5	10,8	5,23

Source : Institut national de la statistique (INE), La famille et le ménage (Montevideo, INE, 2002); Estimations sur la pauvreté en fonction du revenu, 2004 (Montevideo, INE, 2005); Estimations sur la pauvreté en fonction du revenu, 2003 (Montevideo, INE, 2004); De Armas (2005).

20. À l'appui de cette interprétation, De Armas, analysant le tableau précédent, observe que l'évolution de la pauvreté au cours des deux dernières décennies témoigne du progrès « du processus d'infantilisation de la pauvreté [et que,] ces vingt dernières années, l'écart inéquitable de la pauvreté entre enfants et adultes – notamment entre les enfants les plus jeunes et les personnes âgées – s'est creusé ». De Armas montre que si, en 1986, le taux de pauvreté « parmi les enfants âgés de moins de 6 ans était deux fois supérieur à celui qu'on enregistrait parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus, il était en revanche dix fois supérieur à la fin des années 1990 » (De Armas, 2005, p. 5).

21. La situation de l'enfance est également très préoccupante si l'on analyse l'évolution de l'extrême pauvreté en Uruguay. Selon De Armas, de 2001 à 2004, « le pourcentage de la population en situation d'extrême pauvreté a triplé, indépendamment de la méthodologie que nous utilisons pour la quantifier, ce qui signifie qu'en 2004, un enfant âgé de moins de 6 ans sur 10 se trouvait dans cette situation ». Ces données sont présentées dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 3

Enfants et adolescents en situation d'extrême pauvreté (sous le seuil de l'extrême pauvreté de 2002), par groupe d'âge, 2000-2004 (en %)

<i>Année</i>	<i>De 0 à 5 ans</i>	<i>De 6 à 12 ans</i>	<i>De 13 à 17 ans</i>	<i>Total</i>
2000	3,76	3,11	2,62	3,17
2001	3,60	3,21	2,21	3,04
2002	5,44	3,78	2,70	3,96
2003	7,50	5,33	4,23	5,65
2004	8,91	8,55	6,12	7,91

Source : D'après l'Institut national de la statistique, estimations de 2004 sur la pauvreté en fonction des revenus (Montevideo, INE, 2005).

22. De Armas conclut que « le tableau devient encore plus préoccupant si l'on quantifie le pourcentage de la population vivant en extrême pauvreté, cette dernière étant définie comme « l'extrême pauvreté ou la vulnérabilité à l'extrême pauvreté » à savoir « la situation où se trouvent les personnes dont le revenu par tête est inférieur à 1,5 fois le coût du panier alimentaire de base ou au seuil d'extrême pauvreté » (De Armas, 2004). Comme le tableau qui suit le montre, en se fondant sur la valeur en 2002 du panier alimentaire de base ou du seuil de pauvreté fixé par l'Institut national de la statistique, De Armas estime que « 1 Uruguayen sur 10 vivait en situation d'extrême pauvreté en 2004 : 9,8 % à Montevideo et 10,7 % dans le reste du pays. Si l'on applique la valeur du panier alimentaire de base ou du seuil de pauvreté de 1996, les chiffres sont encore plus importants : 13,4 % à Montevideo et 13,6 % dans l'intérieur. Le taux de pauvreté dans certains quartiers de Montevideo et certains départements de l'intérieur est alarmant. À cet égard, les chiffres les plus élevés concernent le quartier de Casavalle, à Montevideo, où, en 2005, les deux tiers des enfants âgés de moins de 14 ans se trouvaient dans une situation d'extrême pauvreté ou de vulnérabilité à l'extrême pauvreté ».

TABLEAU 4

Personnes en situation d'« extrême pauvreté » (extrême pauvreté ou vulnérabilité à l'extrême pauvreté), par groupe d'âge et par méthode de calcul de la valeur du panier alimentaire de base ou du seuil de pauvreté, dans certaines zones géographiques, 2004 (en %)

	<i>Total</i>		<i>Personnes de 0 à 14 ans</i>	
	<i>Méthode de 2002</i>	<i>Méthode de 1996</i>	<i>Méthode de 2002</i>	<i>Méthode de 1996</i>
Montevideo	9,8	13,4	22,4	29,1
Quartier de Casavalle à Montevideo	44,1	57,4	58,7	72,7
Reste du pays	10,7	13,6	21,7	26,5
Département d'Artigas	17,9	23,2	34,6	41,4

Source : De Armas, d'après des microdonnées de l'Enquête permanente sur les ménages de l'INE de 2004.

1.7 Dépenses publiques et sociales en matière d'enfance

23. Ces dernières années, l'Uruguay a fait des progrès considérables quant à l'analyse de la situation des enfants pauvres ou vulnérables. Toutefois, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'estimer les dépenses publiques consacrées à l'enfance dans le pays. Il n'existe pas d'estimations ventilées, officielles ou non officielles, sur les dépenses publiques et sociales (GPS) en matière d'enfance. Les seules sources d'information sont par conséquent les quelques rares études dont on dispose.

24. L'une de ces exceptions qui ont vu le plus récemment le jour dans la littérature spécialisée est l'analyse de l'économiste Grau Pérez (2005). La contribution de Grau à l'estimation des dépenses publiques et sociales en matière d'enfance prend comme base de travail les données collectées par un bureau du gouvernement ayant précédé l'actuel Front Large. Ce bureau était le Conseil technique pour les politiques sociales, qui travaillait de manière indépendante et relevait du Bureau de la planification et du budget (OPP) de la Présidence de la République. S'appuyant sur ces données officielles, Grau Pérez parvient aux conclusions suivantes :

- a) Les GPS en matière d'enfance pour la période 1999-2002 s'élèvent en moyenne à 4,9 % du PIB, ce qui est inférieur à l'Argentine;
- b) Bien que les enfants représentent 29,5 % de la population totale et constituent le groupe où se concentre un pourcentage important de la pauvreté, seuls 19,5 % des GPS leur sont consacrées (Grau Pérez, 2005).

25. On observe ces données dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 5

Dépenses publiques et sociales consolidées en matière d'enfance

	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>Moyenne</i>
GPS en matière d'enfance	4,82	4,78	4,98	4,95	4,88
Total des GPS	25,4	25,3	25,3	25	25,25
GPS en matière d'enfance (en pourcentage du total)	19	18,9	19,7	19,8	19,34

Source : Grau Pérez (2005, tableau 2, p. 115).

2. DÉFINITION DE L'ENFANT (article premier)

26. La présente section traite des différents droits et aspects abordés par l'article premier de la Convention. En vertu du cadre légal en vigueur, toute personne âgée de moins de 18 ans est considérée comme mineur.

2.1 Age minimum légal pour tout traitement médical sans consentement parental

27. La législation uruguayenne ne contient pas de dispositions expresses quant à un âge minimum légal pour tout traitement médical sans consentement parental. Toutefois, en vertu des dispositions du Code de déontologie médicale, il est tenu compte de la maturité du patient et de la nature de la maladie qui, dans des circonstances spéciales, peuvent justifier un traitement médical sans consentement parental.

28. Dans la pratique, il est courant que les adolescents âgés de plus de 12 ans consultent un médecin sans leurs parents et choisissent librement leur médecin.

29. Le Code de déontologie médicale susmentionné a été adopté en 1995 par un référendum organisé par l'Association médicale d'Uruguay, qui regroupe les professionnels de santé. Le respect de cet instrument qui régit différents aspects de la relation entre médecin et patient est obligatoire.

2.2 Âge de la scolarité obligatoire

30. En Uruguay, il n'existe pas de limite d'âge pour l'entrée dans l'enseignement primaire ou secondaire.

2.3 Âge minimum d'admission à l'emploi

31. L'âge minimum d'admission à l'emploi est de 15 ans, conformément aux engagements contractés par l'Uruguay qui a ratifié la Convention N° 138 de l'OIT. Avant l'adoption du Code de l'enfance et de l'adolescence et conformément au Code de l'enfant de 1934 désormais abrogé, l'âge minimum d'admission à l'emploi était de 14 ans. Le Comité a pris note de cette modification et a formulé une recommandation spécifique en la matière.

32. L'article 162 du Code de l'enfance et de l'adolescence, qui a été ratifié par la loi N° 17823 du 8 septembre 2004, dispose à l'heure actuelle que l'âge d'admission à l'emploi est de 15 ans.

2.4 Âge nubile (différence d'âge légal du mariage entre les hommes et les femmes)

33. Le nouveau Code ne contient pas de dispositions spécifiques qui régissent l'âge minimum légal pour contracter mariage autrement que ce qui a été établi par le Code civil, ce qui a suscité la préoccupation du Comité lors de son examen du rapport initial. On estime par conséquent que les dispositions actuelles méritent d'être réexaminées à la lumière du cadre général de garanties, de la consécration des principes directeurs de la Convention et du nouveau Code, et du fait que le nombre des mariages à un âge précoce est peu important en Uruguay.

34. L'article 14 du nouveau Code dispose ce qui suit :

Article 14 (Principe général) : « L'État protégera les droits de tous les enfants et adolescents relevant de sa juridiction, indépendamment de leur origine ethnique, nationale

ou sociale, de leur sexe, de leur langue, de leur opinion politique ou autre, de leur statut économique, de leur handicap mental ou physique, de leur naissance ou de toute autre situation de l'enfant ou de ses représentants légaux... L'État assurera l'application de toutes les règles qui donnent effet à ces droits. »

2.5 Âge du consentement sexuel

35. L'âge du consentement sexuel est indirectement fixé par les règles régissant la violence sexuelle dans le Code pénal, en fonction du délit considéré. À cet égard, toute relation sexuelle avec une personne âgée de moins de 15 ans est considérée comme un viol. De même, tout acte sexuel avec une personne âgée de 12 à 18 ans est constitutif du délit de corruption de mineur. En matière de viol, le délit est constitué lorsque la relation sexuelle avec une personne âgée de 15 à 20 ans a lieu après lui avoir promis le mariage.

2.6 Âge minimum de l'engagement volontaire, du service militaire obligatoire et pour la participation aux hostilités

36. Le service militaire obligatoire n'existe plus en Uruguay depuis plus de 50 ans. Tout engagement est volontaire et le recrutement de tout mineur de moins de 18 ans est interdit par la loi, sans exception et même en temps de guerre.

37. Sur le plan international, la République orientale de l'Uruguay a participé activement au Groupe de travail à composition illimitée sur le projet de Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant destiné à régler la participation des enfants aux conflits armés.

38. Cette position en matière de politique extérieure caractérise de manière permanente la tradition nationale uruguayenne. Il convient à ce propos de rappeler la déclaration qui suit, faite à l'occasion de la ratification par l'Uruguay de la Convention relative aux droits de l'enfant : « Le Gouvernement de la République orientale de l'Uruguay déclare, à propos des paragraphes 2 et 3 de l'article 38, que conformément à la loi uruguayenne il eût été souhaitable de fixer à 18 ans, au lieu de 15 ans comme le fait la Convention, l'âge limite auquel la participation directe aux hostilités en cas de conflit est autorisée. Par ailleurs, le Gouvernement uruguayen déclare que, dans l'exercice de sa volonté souveraine, il n'autorisera aucun mineur âgé de moins de 18 ans relevant de sa juridiction à participer directement à des hostilités et qu'il n'enrôlera en aucun cas des mineurs âgés de moins de 18 ans ».

39. Dans cette même ligne d'action diplomatique, l'Uruguay a organisé et accueilli une conférence régionale des pays d'Amérique latine et des Caraïbes en coopération avec la Coalition pour mettre fin à l'utilisation des enfants soldats, en vue de sensibiliser au problème et de promouvoir l'adoption d'un instrument contraignant en la matière.

40. Dans le même esprit, l'État uruguayen a adopté le Protocole facultatif de la Convention relative aux droits de l'enfant et concernant la participation des enfants aux conflits armés par la loi N° 17483 du 8 mai 2002, lequel a été ratifié le 9 septembre 2003.

2.7 Âge de la responsabilité pénale

41. L'âge de la responsabilité pénale n'a pas fait l'objet de modifications par rapport aux informations transmises au Comité en 1996. Conformément aux dispositions de l'article 34 du

Code pénal, « toute personne qui commet une infraction avant l'âge de 18 ans ne peut pas être tenue pour pénalement responsable ».

42. Il convient par ailleurs de souligner que la législation uruguayenne ne fait pas de différence entre hommes et femmes sur le plan de la responsabilité pénale. Dans les dispositions du nouveau Code, il est spécifié que les références aux enfants et aux adolescents concernent les deux sexes¹.

2.8 Âge minimum d'application de la peine de mort et de la peine de prison à perpétuité

43. Aucune de ces peines n'est admise par la législation interne. Cette interdiction s'applique aussi aux adultes.

2.9 Âge minimum pour témoigner en justice dans des affaires civiles ou pénales

44. Dans les affaires pénales, toute personne citée à comparaître a l'impérieuse obligation de témoigner afin d'établir la vérité. Les juges sont habilités à apprécier la valeur de tout témoignage, l'incapacité de témoigner ne concernant pas spécifiquement les mineurs. En vertu des dispositions du Code de procédure pénale, quiconque a connaissance d'une manière ou d'une autre de la commission d'un délit passible de poursuites d'office peut le dénoncer auprès des autorités judiciaires ou de la police. En cas d'infractions non passibles de poursuites d'office et qui exigent l'ouverture d'une action par la victime, l'article 12 du Code de procédure pénale dispose que les parents, à titre individuel ou conjointement, sont en droit d'introduire une action dans le cadre de délits commis à l'encontre de leurs enfants mineurs. Sur le plan civil, seuls les adultes ont le droit d'intenter une action en justice, mais la loi prévoit la possibilité d'être représenté légalement par un avocat. Auquel cas et après accord préalable avec l'avocat, les mineurs peuvent être représentés par ce dernier sans le consentement de leurs parents ou tuteurs légaux.

2.10 Âge pour porter plainte et demander réparation devant un tribunal ou une autre autorité sans consentement parental

45. Le droit à réparation est reconnu dans la législation interne. Quiconque cause un dommage à autrui a l'obligation de le réparer devant les autorités juridictionnelles compétentes. Conformément à l'article 1319 du Code civil, « tout acte illicite commis par une personne causant un dommage à autrui impose à la personne coupable de fraude, faute ou négligence de le réparer ». De son côté, la Constitution uruguayenne garantit réparation aux frais de l'État, lorsque la responsabilité du tort est imputable à une action ou à une omission de l'un de ses agents.

2.11 Âge pour intervenir dans des procédures administratives ou judiciaires relatives à l'enfant

46. Plusieurs dispositions du nouveau Code (art. 8, 74 et suiv.) garantissent aux enfants le droit d'intervenir dans des procédures administratives et judiciaires concernant leurs intérêts.

¹ Code de l'enfance et de l'adolescence, article premier.

2.12 Âge pour donner son consentement à un changement d'identité notamment en cas de changement de nom, modification des liens familiaux, adoption et tutelle

47. Le système légal uruguayen prévoit deux sortes d'adoption : l'adoption simple et l'adoption pleine. L'adoption simple est régie par le Code de l'enfant et établit que l'enfant adopté continue d'appartenir à sa famille naturelle ou biologique au sein de laquelle il conserve tous ses droits. Au regard de ce type d'adoption, l'enfant adopté prend le nom de sa famille adoptive, lequel s'ajoute à son nom de famille d'origine. Si l'enfant adopté et la famille adoptive portent le même nom, aucune modification ne sera enregistrée quant au nom de l'enfant.

48. L'adoption pleine ou légitimation adoptive est régie par la loi N° 10674 du 20 novembre 1945, telle que modifiée ultérieurement en 1978² et 1990³. Elle a été incorporée au nouveau Code de l'enfance. Cette forme d'adoption concerne les enfants abandonnés, les orphelins de père ou de mère, les enfants placés dans des institutions publiques, les enfants de parents inconnus, ou les enfants reconnus par l'un des parents adoptifs. Elle s'étend aussi aux enfants ou adolescents abandonnés par un de leurs parents biologiques si le parent détenant l'autorité parentale fait une demande d'adoption de l'enfant, conjointement avec son nouveau conjoint. Dans de tels cas, le nouveau Code établit que :

« ... La légitimation adoptive prévue dans cet alinéa ne pourra être réalisée qu'une seule fois, relativement à l'enfant ou à l'adolescent.

- 1) Lorsque deux enfants ou plus peuvent prétendre à la fois à une légitimation adoptive, le fait qu'ils soient nés à moins de 180 jours d'intervalle ne constituera pas un obstacle.
- 2) Si des frères et ses sœurs ont été abandonnés, on s'efforcera de les réunir dans une seule et même famille adoptive. »

49. Dans tous les cas prévus par le Code, le statut d'enfant abandonné ne sera accordé que par un jugement exécutoire, conformément aux procédures établies par l'article 113 et autres articles y afférents. La légitimation est une procédure judiciaire qui est arrêtée devant les tribunaux des affaires familiales compétents. En matière de noms, l'acte du jugement exécutoire qui autorise la légitimation ordonne l'inscription du mineur au registre de l'état civil en tant qu'enfant légitime du parent adoptif, inscrit hors délai. À cet égard, la loi dispose que la légitimation rend caducs les liens de filiation antérieure du mineur, spécifiant que mention devra en être faite sur l'acte de naissance de l'enfant.

2.13 Accès à l'information sur les parents biologiques

50. L'article 173 du Code de l'enfant garantit le droit de tout enfant à connaître l'identité de ses parents. Les modalités d'accès à ces informations sont présentées ci-dessous.

² Loi N° 14759 du 5 janvier 1978.

³ Loi N° 16108 du 20 avril 1990.

a) *Recherche en paternité et en maternité*

51. La procédure judiciaire de recherche en paternité ou en maternité est régie par l'article 197 et suivants du nouveau Code, établissant que l'action peut être introduite par : 1) l'enfant jusqu'à l'âge de 25 ans; durant la minorité de l'enfant, l'action pourra être engagée par son père, sa mère ou son représentant légal; 2) la mère ou le père, à partir de la confirmation de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 18 ans; 3) l'Institut national du mineur, en tant qu'organe gouvernemental responsable de la surveillance des intérêts de l'enfance, a le pouvoir d'engager d'office une recherche en paternité toutes les fois où il aura été informé qu'un enfant sera inscrit comme étant de père inconnu ou lorsque l'enfant placé dans des institutions publiques le sollicitera. Le Code établit également que si le père présumé reconnaît l'enfant comme sien devant un juge, ce dernier fixera les droits correspondants à verser, notamment en matière de pension. Si le père présumé nie sa paternité, une enquête sera ouverte à l'appui de la production de preuves indirectes, testimoniales et littérales. Dans tous les cas mentionnés, le ministère public, en sa qualité de représentant des intérêts de l'État, devra être obligatoirement entendu. Enfin, le Code établit que, compte tenu des informations recueillies et des preuves produites, le juge ordonnera l'inscription de l'enfant sous le nom du père ou de la mère ou, le cas échéant, rejettera la demande de recherches.

b) *Adoption pleine*

52. Dans ce cas, étant donné que les liens entre les parents et l'enfant antérieurs à l'adoption demeurent intacts et que l'enfant adopté utilise encore son nom de famille biologique, l'enfant a accès aux informations qui lui permettront de localiser ses parents biologiques.

c) *Légitimation adoptive*

53. Avant l'entrée en vigueur du nouveau Code, la transformation des liens filiaux résultant de la légitimation adoptive influait considérablement sur la documentation d'origine du mineur, ce qui ne permettait pas d'accéder facilement aux informations. À présent, l'article 146 du Code dispose que seuls des tiers ont accès à l'enregistrement des procédures d'adoption, bien que l'enfant ou l'adolescent y ait accès à partir de l'âge de 18 ans. Toutefois, il existe en Uruguay des précédents jurisprudentiels qui annulent des légitimations adoptives afin de garantir le droit de l'enfant à l'information sur son identité biologique.

54. En 1996, le Comité des droits de l'enfant avait observé l'absence de mesures législatives internes « dans des domaines sur lesquels porte la Convention, notamment l'adoption à l'étranger, » et « l'interdiction de la traite des enfants ». Les articles 150 à 157 du Code réglementent l'adoption à l'étranger « en l'absence d'instruments internationaux ratifiés par l'Uruguay ». On estime que les contrôles administratifs et judiciaires sont en général suffisants pour répondre aux dispositions de l'article 21 de la Convention relative aux droits de l'enfant. L'UNICEF a indiqué que le cadre de garanties pouvait être encore amélioré s'il était fait expressément référence, conformément à l'alinéa d) de l'article 21 susmentionné et à l'article 35 de la Convention, à des mesures concrètes permettant d'empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants, ou de garantir que l'adoption à l'étranger ne produise pas « des bénéfices financiers indus pour ceux qui y participent » (UNICEF, 2004).

2.14 Âge minimum légal pour hériter

55. L'âge légal pour hériter n'est pas lié à celui de l'héritier. Toutefois, le fait de différer l'héritage d'un mineur soumis à l'autorité parentale peut être accepté ou rejeté par ses parents, dans l'intérêt supérieur de celui-ci. En cas de conflit d'intérêt entre les parents et l'enfant, le litige devra être soumis à la décision d'un tribunal, devant lequel le mineur sera représenté par un tuteur *ad litem*.

2.15 Âge minimum légal pour mener des transactions immobilières

56. En vertu du Code civil, les parents sont les administrateurs légaux des biens de leurs enfants, qu'ils en aient ou non l'usufruit. L'administration de ces biens peut être assurée par un seul des parents ou les deux. Les accords conclus par les parents et les modifications y afférentes sont inscrits dans les registres publics de l'État, sous réserve de ne pas léser des tiers. Toutefois, la législation uruguayenne garantit à l'enfant le droit d'administrer ses revenus ou ses biens dont : ceux qui ont été acquis au titre de services civils, militaires ou ecclésiastiques; ceux qui sont le produit d'un travail; ceux ayant été obtenus à titre occasionnel; ceux qui ont été acquis sous forme de donation ou d'héritage, lorsque le donateur ou le testateur a expressément désigné l'enfant comme usufruitier; les héritages ou legs transmis à l'enfant en cas d'incapacité du père ou de la mère, ou lorsque ces derniers ont été déshérités. L'article 271 du Code civil interdit expressément aux parents d'aliéner les biens-fonds de leurs enfants ou d'adopter d'autres mesures susceptibles de compromettre ledit patrimoine, sauf pour cause de nécessité ou d'utilité manifeste et ce après autorisation préalable d'un juge et du ministère public.

2.16 Âge minimum légal pour le choix d'une religion ou la fréquentation de cours d'instruction religieuse

57. La Constitution uruguayenne garantit la liberté de culte et aucun enfant ne peut être contraint de suivre des cours d'instruction religieuse. Les parents sont libres de choisir l'école de leurs enfants. Toutefois, l'État ne soutient aucune religion et l'un des axes principaux de l'enseignement public est la laïcité. L'Uruguay compte différents établissements d'enseignement secondaire et universitaire à caractère privé, relevant de différents courants religieux. Même s'il n'existe pas de dispositions légales générales relatives au refus manifesté par un enfant de suivre l'instruction religieuse choisie par ses parents, tout enfant a le droit de refuser une instruction religieuse et, si l'affaire doit être portée devant les tribunaux, il a le droit d'interjeter un recours en *amparo* par l'intermédiaire d'un tuteur *ad litem*.

2.17 Âge minimum légal pour la consommation d'alcool et autres substances contrôlées

58. La législation uruguayenne fixe l'âge minimum légal pour la consommation d'alcool en Uruguay à 18 ans.

2.18 Âge minimum d'admission à l'emploi à la fin de la scolarité

59. Le nouveau Code de l'enfance et de l'adolescence contient un chapitre entier consacré à la réglementation du travail des adolescents. L'âge minimum d'admission à l'emploi est fixé à 15 ans pour tous les secteurs de l'activité économique, conformément aux dispositions de la Convention OIT N° 138. Tout travail ne permettant pas au mineur de vivre dans le bien-être auprès de sa famille ou entravant son éducation est interdit.

60. En vertu du nouveau Code, l'Institut national de l'enfant et de l'adolescent est chargé d'établir une liste de métiers à risque, préjudiciables à la santé physique ou mentale. Il est prévu qu'en cas de déclaration faisant état de l'existence d'enfants exposés à ce type de travail, l'Inspection générale du travail du Ministère du travail et la sécurité sociale doit intervenir en prononçant des avertissements ou des sanctions à l'encontre des entreprises qui ne respectent pas les dispositions légales ou réglementaires du droit du travail interne. Les adolescents autorisés à travailler doivent détenir un permis de travail spécial délivré par l'Institut uruguayen pour les enfants et les adolescents faisant figurer leur nom, date et lieu de naissance et adresse, leur consentement au travail ainsi que celui de leurs parents ou tuteurs légaux, l'attestation de l'examen médical les déclarant aptes au travail, leur certificat de fin de scolarité obligatoire ou le niveau d'études qu'ils ont atteint. La journée de travail ne pourra pas excéder six heures, l'adolescent bénéficiant du droit au repos hebdomadaire, de préférence le dimanche, avec une demi-heure de pause au milieu de la journée de travail. À titre exceptionnel et compte tenu des conditions individuelles et contextuelles de chaque adolescent, une journée de travail de huit heures ou le travail de nuit pourra être autorisé.

61. Les parents qui favorisent ou permettent le travail de mineurs en violation des normes d'interdiction établies sont passibles du délit prévu par le Code pénal de manquement à l'obligation d'entretien, inhérente à l'autorité parentale ou à la tutelle.

3. PRINCIPES GÉNÉRAUX

3.1 Principe juridique de non-discrimination (article 2)

62. L'article 14 du nouveau Code de l'enfance et de l'adolescence consacre le principe de non-discrimination. Même si la doctrine et la jurisprudence internes admettent pour l'essentiel que ce principe était implicitement reconnu dans le cadre réglementaire légal uruguayen, la disposition du Code de l'enfance comble le vide législatif en la matière. Le chapitre correspondant aux devoirs de l'État contient deux dispositions y afférentes. L'article 14 dispose que « l'État protégera les droits de tous les enfants et adolescents soumis à sa juridiction, indépendamment de leur origine ethnique, nationale ou sociale, sexe, langue, religion, opinion politique ou autre, situation économique, handicap physique ou mental, naissance ou autre condition de l'enfant ou de ses représentants légaux ». Cet article est complété par l'article 15, qui établit que l'État est tenu de protéger spécialement les enfants et les adolescents contre toute forme d'abandon, d'abus sexuel ou d'exploitation à des fins de prostitution; de harcèlement, ségrégation ou exclusion sur les lieux d'éducation, de loisirs ou de travail; d'exploitation économique ou tout type de travail préjudiciable à leur santé, éducation ou à leur développement physique, spirituel ou moral; de traitements cruels, inhumains ou dégradants; d'incitation à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues; de situations susceptibles de mettre leur vie en danger ou d'inciter à la violence, comme l'usage ou le commerce d'armes, et de situations mettant en péril leur identité, comme l'adoption illégale ou la vente d'enfants.

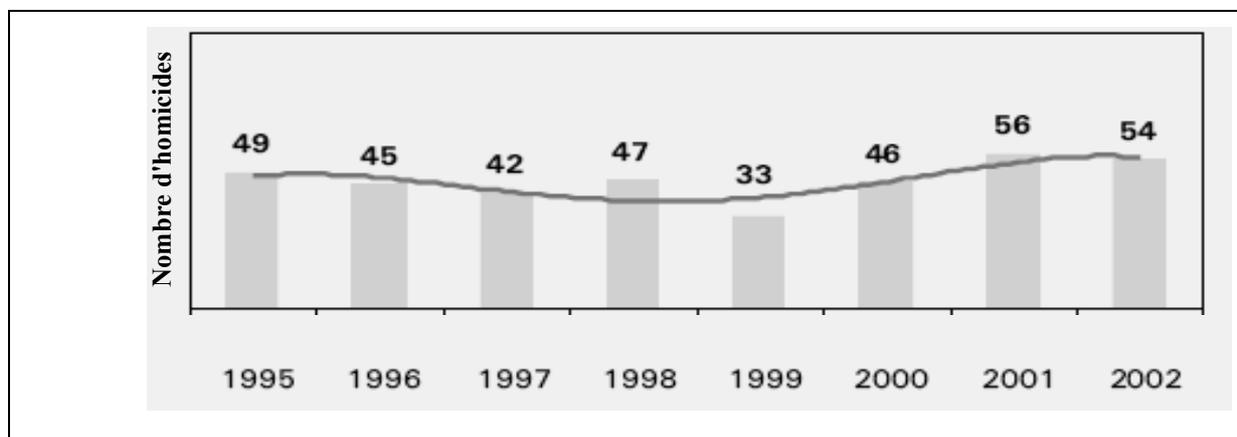
3.2 La stigmatisation des adolescents

63. Malgré la législation récemment adoptée, ces dernières années ont été marquées par l'apparition parmi la population d'un stéréotype stigmatisant et discriminatoire, largement conforté par les médias, à l'encontre des adolescents désormais associés à des conduites délictueuses, à la consommation de drogues, etc. (UNICEF, 2004). Cette image véhiculée par les médias est due en grande partie aux informations diffusées qui mettent très souvent l'accent sur la couverture de délits recourant « à des clichés qui stigmatisent les jeunes délinquants » (Quima,

Oliver, in UNICEF, 2004, p. 62). Une étude réalisée par l'UNICEF en 2001 a montré que les adolescents, bien que conscients de l'existence de la délinquance juvénile en Uruguay, estiment que les médias exagèrent à certains égards, par exemple le fait qu'ils commettent plus de délits que les adultes. Toutefois, contrairement à cette image, une autre enquête portant sur la délinquance juvénile montre que les jeunes ne commettent pas plus de délits que la population adulte et que les délits commis ne sont pas plus graves que ceux des adultes⁴. Selon cette enquête, plus de 80 % des infractions des adolescents sont contre les biens et, dans 70 % des cas, sans arme à feu. De même, le nombre de crimes graves – homicides et viols – commis par des adolescents a été stable durant la période d'examen (1995-2002), avec une moyenne de 47 procédures annuelles ouvertes à l'encontre d'adolescents. Le tableau ci-dessous indique le nombre d'adolescents ayant fait l'objet de poursuites pour homicide.

GRAPHIQUE I

Évolution du nombre d'adolescents ayant fait l'objet de poursuites pour homicide



3.3 Intérêt supérieur de l'enfant (article 3)

3.3.1 Cadre législatif

64. Les dispositions du Code de l'enfant ayant pris effet en 1934 mettent l'accent sur le principe de la protection de l'enfance. Avec l'entrée en vigueur de la Convention et sa large diffusion et application par les services de police, c'est « l'intérêt supérieur de l'enfant » qui est devenu le principe directeur de l'intervention judiciaire.

65. De son côté, l'article 6 du projet de Code de l'enfance et de l'adolescence établit comme critère d'interprétation et d'application du Code l'intérêt supérieur de l'enfant et de l'adolescent, c'est-à-dire la reconnaissance et le respect des droits inhérents à leur qualité de personne humaine.

⁴ Enquête sur les délits commis par des adolescents à Montevideo (1994-2002), Défense des Enfants International-UNICEF, 2003.

3.3.2 Utilisation du principe directeur de l'intérêt supérieur de l'enfant en matière de jurisprudence

66. Les tribunaux nationaux invoquent et appliquent systématiquement le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant. Tel est le cas du jugement N° 152 de la Cour d'appel de deuxième instance du 3 octobre 2001, relatif à la situation d'un mineur dont l'un des parents séparé demandait une autorisation de sortie du territoire pour son fils afin de résider dans un pays voisin. Dans ce cas, le jugement estime que l'intérêt supérieur du mineur, tenant lieu de principe directeur dans les cas tels que celui-ci, ne peut être que son intérêt à tous les niveaux, c'est-à-dire, un intérêt tenant compte de tous les aspects essentiels au développement physique, psychique et spirituel du mineur. Le principe directeur ne peut être que l'intérêt supérieur de l'enfant et non celui du parent souhaitant amener ses enfants avec lui ou celui de la personne s'y opposant. Dans ce cas précis, l'intérêt supérieur de l'enfant a été protégé par le juge qui a refusé d'autoriser la sortie de l'enfant avec sa mère, et par là même la séparation d'avec son père en raison de son caractère potentiellement préjudiciable sur le plan psychique (*La Justicia Uruguaya*, 2002).

3.3.3 Politique publique du logement et protection de l'enfance en Uruguay

67. Du point de vue institutionnel, les organismes chargés de la politique du logement comptent en premier lieu la Direction nationale du logement, relevant du Ministère du logement, de l'environnement et de l'aménagement du territoire, responsable du développement des offres en matière de logement, avec le soutien financier du secteur privé, et de proposer des solutions en matière de logement aux milieux les plus défavorisés de la population dans le cadre du Plan national du logement. Deuxièmement, les personnes âgées de plus de 18 ans résidant dans le pays, qui ne possèdent aucun logement, qui sont membres d'une coopérative d'aide mutuelle à des fins de logement et qui disposent d'un revenu familial mensuel inférieur à 60 « unités réajustables » (UR)⁵ peuvent bénéficier du Système intégré d'accès au logement (SIAV). Ce système d'accès au logement offre trois types de prestation. a) Les « unités de base modulables améliorées » destinées aux familles disposant d'un revenu inférieur à 30 UR sont proposées par le Ministère du logement, de l'environnement et de l'aménagement du territoire ou par des sociétés privées sous contrat avec le Ministère. Elles ont une superficie de 32 m², une salle de bains, une cuisine et une chambre à coucher sur un terrain de 120 à 150 m², disposent de services d'assainissement, d'électricité et d'eau courante. Ces unités sont dites « modulables » dans la mesure où leurs fondations permettent de leur allouer jusqu'à trois chambres. Le coût total du logement est de 1 150 UR. Pour prétendre à ce programme, les familles doivent disposer au préalable de 5 UR et le Ministère du logement, de l'environnement et de l'aménagement du territoire accorde une aide équivalant à la valeur totale du logement. Les bénéficiaires procèdent au remboursement à raison de 2 UR par mois sur une période de cinq ans. Les recettes produites par ces versements sont destinées à des organisations non gouvernementales de quartier. b) Les *logements sociaux*. Cet ensemble comprend des programmes destinés à des familles disposant d'un revenu de 30 à 60 UR. Leur construction est réalisée par des promoteurs privés et ces logements, d'une superficie de 43 à 65 m², disposent de tous les services de base (électricité, assainissement et eau potable). Le plan national a pour objectif principal de répondre aux besoins en matière de logement des secteurs de la population aux faibles ressources. Dans l'ensemble, on peut relever l'existence de trois grandes lignes d'action permettant d'atteindre cet objectif : la fourniture de logements destinés à la population active; la fourniture de logements destinés aux chômeurs; ainsi que la réhabilitation et la rénovation du parc de logements.

⁵ En octobre 2005, une unité réajustable équivalait à environ 11 dollars É.-U..

68. En 2000 par exemple, un total de 5 717 logements a été alloué : 4 717 en zone urbaine et 1 000 en zone rurale. C) Les *établissements irréguliers*. Depuis les années 1990 et notamment depuis la crise économique de 2002, le nombre des pauvres et des indigents s'installant sur des terrains privés ou de l'État pour y bâtir des logements à des fins de résidence permanente n'a cessé d'augmenter. L'illégalité de cette pratique s'est soldée par le fait que ce type de logement ne répond pas aux normes légales de construction et n'a pas accès aux services publics autorisés tels que l'eau potable et l'électricité. Toutefois, compte tenu des problèmes sociaux que ce type de logement représentait et de l'impact sur la qualité de vie de la population concernée, l'État a construit des logements pour reloger les personnes qui vivaient dans ces établissements.

69. Le projet a été en partie financé par l'État, et ses bénéficiaires ont bénéficié d'un prêt de la Banque Hypothécaire de l'Uruguay, remboursable à raison de versements de 18 à 22 % du revenu familial sur une période pouvant aller jusqu'à 25 ans.

3.3.4 Adoption

70. Comme indiqué dans le rapport initial, la législation en vigueur prévoit deux types d'adoption : l'adoption simple et l'adoption pleine ou légitimation adoptive. Le nouveau Code continue de reconnaître ces deux types d'adoption et contient des dispositions expresses établissant que l'adoption ne sera accordée que dans l'intérêt supérieur de l'enfant ou de l'adolescent. À cet égard, il convient de faire les commentaires suivants : le Comité des droits de l'enfant avait observé en 1996 l'absence de mesures législatives régissant l'adoption à l'étranger et l'interdiction de la traite d'enfants. Le Code réglemente l'adoption à l'étranger (art. 150 à 157) de manière adéquate en matière de contrôles administratifs et judiciaires (UNICEF, 2004b). Toutefois, le texte pourrait être amélioré par l'intégration d'une référence expresse à des mesures concrètes visant à empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants (UNICEF Uruguay, 2004b).

71. À travers son Département de légitimation adoptive et d'adoption, l'INAU procède à l'évaluation et à la préparation des futurs parents adoptifs ainsi qu'au placement et au suivi des enfants en situation de vulnérabilité liée à leur séparation d'avec leur famille d'origine et qui relèvent de la compétence de l'INAU (INAU, 2005a). Parmi les objectifs de ce Département, il convient de signaler la réception et l'évaluation des futurs parents adoptifs; la préparation de ces derniers en vue de l'expérience qui les attend; le placement des enfants en situation de vulnérabilité liée à leur séparation d'avec leur famille d'origine; la délivrance de la documentation autorisant les futurs parents adoptifs à assurer la garde de l'enfant, etc. (INAU, 2005a).

TABLEAU 6

Demandes présentées par de futurs parents adoptifs et demandes d'adoption

DEMANDES D'ÉVALUATION (INCOMPLÈTES) PRÉSENTÉES AUPRÈS DU DÉPARTEMENT
DE LÉGITIMATION ADOPTIVE ET D'ADOPTION

1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
0	1	3	12	48	145	209

NOMBRE DE DEMANDES PRÉSENTÉES PAR DE FUTURS PARENTS ADOPTIFS POUR DES ENFANTS
ÂGÉS DE 0 À 1 AN, PAR ANNÉE

<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>Total</i>
0	11	41	47	34	14	147

NOMBRE DE DEMANDES PRÉSENTÉES PAR DE FUTURS PARENTS ADOPTIFS POUR DES ENFANTS
ÂGÉS DE PLUS DE 1 AN, PAR ANNÉE

<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>Total</i>
0	7	17	22	15	9	70

NOMBRE D'ENFANTS PLACÉS DANS DES FAMILLES ADOPTIVES SELON LE RÉGIME D'ADOPTION, PAR ANNÉE

	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>Total</i>
Adoption simple	3	4	11	5	4	2	1	30
Légitimation adoptive	48	41	47	42	60	53	44	335
Total	51	45	58	47	64	55	45	365

NOMBRE DE DEMANDES D'ADOPTION ET D'ENFANTS PLACÉS DANS DES FAMILLES, PAR ANNÉE

	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>Total</i>
Demandes	135	159	130	112	120	85	125	866
Enfants placés dans des familles	51	45	58	47	64	55	45	365

Source : INAU – Département de légitimation adoptive et d'adoption (2005).

72. L'analyse de l'évolution des données du tableau précédent permet de tirer certaines conclusions. Premièrement, les demandes d'adoption d'enfants âgés de moins de 1 an ont en moyenne doublé. De plus, on observe que de 28 à 64 % des demandes traitées de 1998 à 2004 se sont soldées par le placement d'enfants dans des familles, au titre d'une adoption simple ou d'une légitimation adoptive (INAU, 2005a).

3.3.5 Procédures en matière d'immigration, de demande d'asile et de refuge

73. Lorsque le statut de demandeur d'asile ou de refuge est accordé dans certains cas particuliers, l'Uruguay respecte le principe de la réunification et autorise l'entrée d'enfants mineurs avec leurs parents. Les enfants relevant de ces statuts sont automatiquement scolarisés dans l'enseignement public et bénéficient des soins de santé publique pris en charge par l'État.

3.3.6 Administration de la justice pour mineurs

74. En la matière, le Comité a fait part de sa préoccupation quant aux dispositions de la justice pour mineurs encore en vigueur en Uruguay et qui s'avéraient contraires à la Convention. À cet

égard, les dispositions du nouveau Code réexaminent en profondeur cette question et des progrès considérables ont été faits quant aux garanties procédurales relatives aux enfants en situation de conflit avec la loi. Comme l'UNICEF l'a déclaré, les progrès enregistrés sur le plan de l'établissement des garanties d'un procès régulier pour les enfants et les adolescents sont particulièrement notables. De plus, des dispositions expresses ont également été introduites afin d'« assurer... l'application des dispositions constitutionnelles, de la législation interne et des instruments internationaux, notamment la Convention relative aux droits de l'enfant » (UNICEF, 2004b). Le nouveau Code renforce aussi les dispositions constitutionnelles en vigueur en Uruguay, en reconnaissant que les mineurs ne peuvent être détenus qu'« en cas d'infractions flagrantes ou de preuves manifestes de leur commission d'une infraction, auquel cas la détention doit être ordonnée par un juge compétent ». Par ailleurs, il reconnaît également le principe de l'exceptionnalité de la détention (art. 74, alinéa C) (UNICEF, 2004). Enfin, l'alinéa D du même article 74 établit clairement qu'« aucun adolescent ne sera soumis à des tortures ou traitements cruels, inhumains ou dégradants » (UNICEF, 2004b).

75. On trouvera ci-après quelques commentaires additionnels concernant plusieurs autres questions.

a) *Compétence*

76. Les anciens juges pour mineurs ont été remplacés par des juges pour mineurs spécialisés, et les tribunaux des affaires familiales constituent la seconde instance en la matière. À Montevideo et dans le reste du pays, les tribunaux compétents jouissent d'une compétence d'urgence pour traiter de manière permanente les affaires qui requièrent une intervention immédiate. La loi entend par « affaires graves » celles qui présentent le risque d'une violation ou négligence des droits de l'enfant ou de l'adolescent, à l'exception des infractions pénales commises par l'adolescent lui-même. La Cour Suprême de Justice, en tant qu'organe suprême du pouvoir judiciaire, adoptera les mesures qui s'imposeront pour veiller à ce que les juges puissent de manière permanente consulter des travailleurs sociaux, des psychologues ou des psychiatres.

b) *Procédures judiciaires éventuelles*

77. Les adolescents ne pourront faire l'objet d'un procès que s'ils ont commis des infractions pénales constituant des délits passibles d'une peine d'emprisonnement supérieure à un an.

c) *Principes et garanties*

78. L'article 74 susmentionné du Code de l'enfance et de l'adolescence reconnaît plusieurs principes garantissant la régularité d'un procès comme : la judicialité et la légalité; la responsabilité; les conditions de la détention; le principe de l'humanité; la présomption d'innocence; le droit à la défense; l'inviolabilité de la défense; la liberté de communication avec sa défense et ses parents, ses tuteurs, les membres de sa famille ou des guides spirituels; l'interdiction de jugement par contumace; le principe de la contradiction de toutes les déclarations judiciaires préjudiciales; le principe d'un délai raisonnable du procès. Ont été également consacrés le droit à l'aide gratuite d'un interprète en cas de non-compréhension de la langue officielle et le principe de l'opportunité de la sanction qui fait référence au droit de l'adolescent à ne pas faire l'objet d'une procédure lorsque la poursuite de l'action s'avère injustifiée.

d) *Régime procédural*

79. Les articles 75 et 76 décrivent les phases de la procédure et le cadre de l'action de la police et du juge. Le nouveau Code a permis de réaliser des progrès importants dans ce domaine, malgré certains aspects qui restent à améliorer et qui, selon l'UNICEF, ont trait à l'amélioration de la rédaction de certains articles comme l'alinéa e) de l'article 76 (procédure), qui permet à la police d'interroger un adolescent à un poste de police en l'absence de son avocat (UNICEF, 2004b)⁶. Une analyse plus détaillée du régime procédural peut se faire par la lecture des articles 75 et 76 du Code en annexe, qui fournit des précisions sur certains aspects importants du régime procédural comme : l'adoption de mesures de protection, la nécessité de voir le juge disposer d'un rapport technique avant de rendre un jugement, etc.

e) *Régime de sanctions*

80. Le Code prévoit la possibilité d'appliquer à des adolescents tenus pour légalement responsables d'infractions par jugement exécutoire des mesures socio-éducatives qui peuvent être non privatives de liberté. Les mesures privatives de liberté sont régies par l'article 86 qui établit qu'elles ne pourront s'appliquer qu'à des adolescents déclarés responsables d'une infraction très grave par jugement exécutoire et qui, de l'avis du juge, justifient de telles mesures, ainsi qu'à des délinquants récidivistes n'ayant pas satisfait aux mesures préalablement adoptées par le juge⁷. Les mesures non privatives de liberté, régies par l'article 80, comprennent l'avertissement, le blâme, le respect de règles de conduite, d'orientation et de soutien par la participation à un programme socio-éducatif, la prestation de services communautaires pour une période maximale de deux mois, l'obligation de réparer le dommage ou de donner satisfaction à la victime, l'interdiction de conduire des véhicules motorisés pour une période maximale de deux ans, la liberté assistée et la liberté surveillée. Enfin, les adolescents handicapés qui ont commis des infractions à la loi pénale font l'objet de mesures curatives.

3.3.7 Détention et soins des enfants dans des institutions : modifications des stratégies de traitement des mineurs en situation de conflit avec la loi

81. La création de l'Institut national pour la réhabilitation des jeunes délinquants (INTERJ) s'est soldée par une modification du traitement des mineurs en situation de conflit assuré par l'INAU. L'INTERJ a été conçu pour mettre en œuvre une politique de traitement et de soins permettant d'éviter la récidive des mineurs délinquants. Il existe essentiellement deux manières de traiter ces derniers. Une fois établie la responsabilité de l'adolescent en matière d'acte délictuel et ordonné l'intervention de l'INAU sur décision de justice, l'intéressé est soit détenu dans une institution, soit intégré à un programme de liberté assistée.

⁶ D'autres commentaires formulés par l'UNICEF concernent le pouvoir du juge de prononcer une ordonnance de détention provisoire, l'évaluation psychosociale réalisée par une équipe d'experts permettant d'introduire un certain degré de discrétionnalité dans la procédure (UNICEF, 2004b).

⁷ L'UNICEF a critiqué la discrétionnalité excessive dont jouit le juge quant à l'application de ces mesures (UNICEF, 2005b) et a fait observer que l'expression « dans des situations de danger manifeste » s'avère en contradiction avec les principes de la Convention et autres principes de la Constitution et de la législation uruguayennes.

a) *Programmes de liberté assistée*

82. Ces programmes privilégient la réinsertion sociale de l'individu sans limitation de sa liberté de circulation, afin de le maintenir au sein de sa famille ou de sa communauté. Ils sont appliqués sur la base d'accords passés avec des organisations non gouvernementales. Cette méthode concerne des adolescents respectant un programme de vie dans le cadre d'un emploi formel ou informel, d'un cursus éducatif, d'activités de loisirs, d'une réorientation de leur vie, d'un traitement thérapeutique, etc.

83. La dernière évaluation réalisée sur 20 mois de traitement a révélé des taux de récidive inférieurs à 20 %, ce qui signifie que 80 % des jeunes ont réussi leur réinsertion. Par le biais de l'INAU, l'État dispose de 2 400 UR, soit 48 000 dollars É.-U. mensuels pour ce type de programme.

b) *Détention*

84. Dans les cas où la conduite du délinquant ne lui permet pas d'avoir accès aux programmes de liberté assistée pleine, l'INTERJ propose deux approches : a) restriction absolue de la liberté avec détention dans des établissements spéciaux pour mineurs; b) détention sans privation de la liberté. Depuis 1998, le projet Travesía est mis en place dans le cadre d'un accord avec l'association Vida y Educación (Vie et Éducation) qui permet de réduire la durée de détention et d'anticiper sur la remise en liberté, en substituant à cette approche un programme de liberté assistée.

c) *Centres de sécurité*

85. Le centre Berro dispose désormais d'une technologie agricole intégrant une trayeuse en circuit fermé, une salle de traite et d'autres outils d'amélioration des prairies, ainsi que d'une formation aux techniques agricoles permettant de travailler les champs dans un cadre autogéré.

d) *Programme des centres ouverts*

86. Le Programme des centres ouverts dispose de trois foyers et des ateliers et de la zone de production agricole du complexe éducatif du docteur Berro. Lors des deux premières années, le nombre de sorties sans retour a chuté de 50 %. Le centre Ariel, avec ses 26 adolescents seulement, son gymnase couvert et son grand domaine propose un éventail de mesures de détention ainsi qu'un régime de semi-liberté, privilégiant particulièrement l'aspect de formation. Ce programme associé à des offres d'emploi dans le cadre du programme de formation professionnelle et de préparation à l'emploi de l'INAU a passé des accords avec des institutions publiques pour le nettoyage des tribunes des stades, etc.

e) *Résumé des progrès réalisés dans le traitement des mineurs en situation de conflit avec la loi*

87. Les progrès suivants ont été réalisés :

- Fermeture du centre de Miguelete en 1997. Héritier d'anciennes théories en matière de privation de liberté sous régime fermé, ce centre de détention, où les conditions de détention ont provoqué de graves mutineries de manière réitérée, n'est plus utilisé comme centre de détention pour mineurs;

- Transformation du modèle de traitement privilégiant les possibilités de liberté assistée et de régime de traitement ouvert, grâce à des financements publics destinés à moderniser les anciens centres de détention afin de les adapter aux nouveaux objectifs poursuivis;
- Spécialisation des centres et réduction du nombre des détenus dans chacun d’eux;
- Formation du personnel chargé des mineurs sur la base de cours obligatoires d’une durée de 180 heures;
- Création d’un service spécial de contrôle relevant directement du directeur de l’INTERJ, destiné à prévenir et à contrôler les désordres risquant de mettre en danger l’intégrité des adolescents;
- Participation de la société civile à l’élaboration et à la mise en œuvre des politiques de traitement, au moyen d’accords passés avec des organismes non gouvernementaux;
- Création de l’unité chargée du transfert des adolescents en vue d’éliminer les risques de sécurité des adolescents et des fonctionnaires;
- Réduction drastique du nombre des mutineries. En la matière, les rares épisodes enregistrés ont été maîtrisés en quelques heures, sans intervention de la force publique et sans décès d’adolescents;
- Participation des parents des mineurs à l’école des parents;
- Mise en place d’un service de transport gratuit, destiné à faciliter les visites des parents aux mineurs en détention;
- Création d’une unité de suivi chargée de la localisation et du retour des jeunes sortis sans autorisation ou en fuite;
- Création d’un fonds de soutien à la sortie, financé par l’UNICEF et l’UNESCO, géré par une commission administrative mixte, destiné à financer des projets pouvant aller jusqu’à 500 dollars américains et visant à faciliter la réinsertion sociale et autonome des jeunes en leur proposant des solutions notamment en matière de logement et d’activité indépendante;
- Adoption de règles de conduite internes pour le personnel des centres de détention et les détenus.

3.4 Le droit à la vie, à la survie et au développement (article 6)

3.4.1 Mortalité infantile

88. Selon les indicateurs traditionnels des causes de mortalité, la mortalité infantile est principalement due en Uruguay, à l’instar de beaucoup d’autres pays, à des facteurs externes : accidents, violences et suicides, plutôt que généraux. Le tableau qui suit montre cette incidence sur la mortalité des enfants et des adolescents, ventilés par groupe d’âge et cause de décès.

89. Établi par l'UNICEF à partir des données du Ministère de la santé publique uruguayen, ce tableau indique les taux de mortalité des enfants et des adolescents ventilés par cause de décès.

TABLEAU 7

Taux de mortalité des enfants et des adolescents

Année	<i>Taux de mortalité des 10 à 19 ans (pour 100 000 habitants)</i>					
	<i>Causes générales</i>		<i>Causes externes</i>		<i>Rapport entre causes externes et causes générales</i>	
	<i>De 10 à 14 ans</i>	<i>De 15 à 19 ans</i>	<i>De 10 à 14 ans</i>	<i>De 15 à 19 ans</i>	<i>De 10 à 14 ans</i>	<i>De 15 à 19 ans</i>
1998	33,1	83,4	16,5	64,9	0,5	0,8
1999	26,9	78,3	14,7	49,8	0,5	0,6
2000	19,9	63,3	10,7	41,0	0,5	0,6
2001	29,2	69,4	12,9	54,7	0,4	0,7

Source : Tableau établi par l'UNICEF, à partir des données du Ministère de la santé publique.

90. Pour le moment, il est impossible d'avoir de plus amples informations. En Uruguay, il est difficile d'obtenir des données, notamment systématiques, permettant d'offrir une autre approche des causes de décès (UNICEF, 2004b).

3.4.2 Avortement

91. En 2002, un débat public important s'est ouvert sur un projet de loi relatif aux droits sexuels et reproductifs. Ce projet aurait permis aux femmes d'envisager une interruption de grossesse au cours des 12 premières semaines de gestation. Deux courants d'opinion opposés ont émergé de ce débat public, divisant les partis politiques et la société dans son ensemble. Étant donné cette divergence d'opinion, l'adoption du projet de loi n'a enregistré aucun progrès, à l'instar de ce qui s'était produit en 1985. Selon une enquête de 2002 réalisée par l'organisation non gouvernementale *Mujer y Salud en el Uruguay* (Femme et Santé en Uruguay), les motifs avancés pour justifier un avortement sont les suivants : volonté de ne pas avoir d'enfants, 32 %; problèmes financiers, 22 %; honte, 19 %; défaut de stabilité dans le couple, 16 %; peur de la grossesse, 5 %; l'enfant n'est pas celui du mari, 3 %; motifs inconnus, 2,9 %; et viol, 0,1 %.

3.5 Respect des opinions de l'enfant (article 12)

3.5.1 Les opinions de l'enfant dans le nouveau Code de l'enfance

92. Le chapitre IV du Code réglemente les devoirs des parents ou tuteurs à l'égard des enfants et des adolescents et établit que les parents sont légalement tenus de prendre en compte les opinions de leurs enfants et de respecter leur droit à être entendus.

3.5.2 Les opinions de l'enfant dans l'administration de la justice pour mineurs

93. Les dispositions légales garantissant que les organes administrant la justice pour mineurs entendent les opinions de l'enfant font partie des développements les plus importants et les plus significatifs au regard des droits de l'enfant. Conformément à la procédure spéciale applicable,

les mineurs qui commettent une infraction pénale ont en effet droit à toutes les garanties judiciaires de base, notamment le droit d'être entendu, de présenter leur défense et de contester les décisions de justice les concernant. Dans les cas relatifs à la garde d'enfants à la suite du divorce ou de la séparation légale des parents, le nouveau Code établit que le juge aux affaires familiales a pour devoir solennel d'entendre et de prendre en compte les opinions de l'enfant ou de l'adolescent.

94. On ne dispose pas d'informations relatives aux opinions des enfants en milieu scolaire et détenus dans des institutions.

3.5.3 Éducation et formation professionnelle aux droits de l'enfant

a) INAU

95. L'INAU dispose d'un centre de formation, le CENFORES (Centre de formation des éducateurs sociaux), chargé de la formation non seulement du personnel de l'Institut en particulier, mais aussi des personnes qui travaillent en général avec les enfants. Il vise à contribuer à l'amélioration de l'action socio-éducative destinée à la population cible – enfants, adolescents et familles – grâce à la mise en place de cours et de séminaires. Pour répondre à sa mission, le CENFORES intervient dans trois domaines : la formation permanente, la formation des éducateurs sociaux ainsi que la recherche et le soutien universitaire⁸.

96. Dans le domaine de la formation permanente, il s'agit de promouvoir et de développer en la matière des plans, des programmes et des projets pour toutes les parties prenantes travaillant avec les enfants, à commencer par le personnel de l'INAU, celui des organisations de la société civile collaborant avec l'INAU et les personnes qui s'occupent d'enfants, d'adolescents et de familles socialement vulnérables dans le cadre d'entités publiques ou privées. La formation des éducateurs sociaux est une nouveauté dans la région et, grâce au CENFORES, l'INAU peut assurer la planification, l'organisation, l'exécution, la supervision et l'évaluation de la formation des éducateurs sociaux en Uruguay, caractérisée par la délivrance d'un diplôme de niveau tertiaire.

97. Par ailleurs, dans le domaine de la recherche et du soutien universitaire, l'Institut promeut et réalise des analyses sur la situation et les grands problèmes sociaux des enfants, des adolescents et des familles vulnérables. Il favorise en outre le soutien universitaire par la mise sur pied de domaines thématiques et de cadres de référence nécessaires en matière d'éducation sociale. La publication de matériels reflétant les connaissances acquises est par là même assurée, à des fins de soutien à la formation et de diffusion des résultats de la recherche.

98. Malgré la contribution importante du CENFORES sur le plan éducatif, la direction de l'INAU estime que les restrictions budgétaires récentes ont entravé le plein essor de son action. Cette position est confortée par les données du graphique et du tableau suivants qui font apparaître une nette diminution du nombre annuel d'heures enseignées et du total annuel d'étudiants, en particulier en 2004.

⁸ Les données suivantes ont été fournies par le CENFORES, unité relevant de l'INAU.

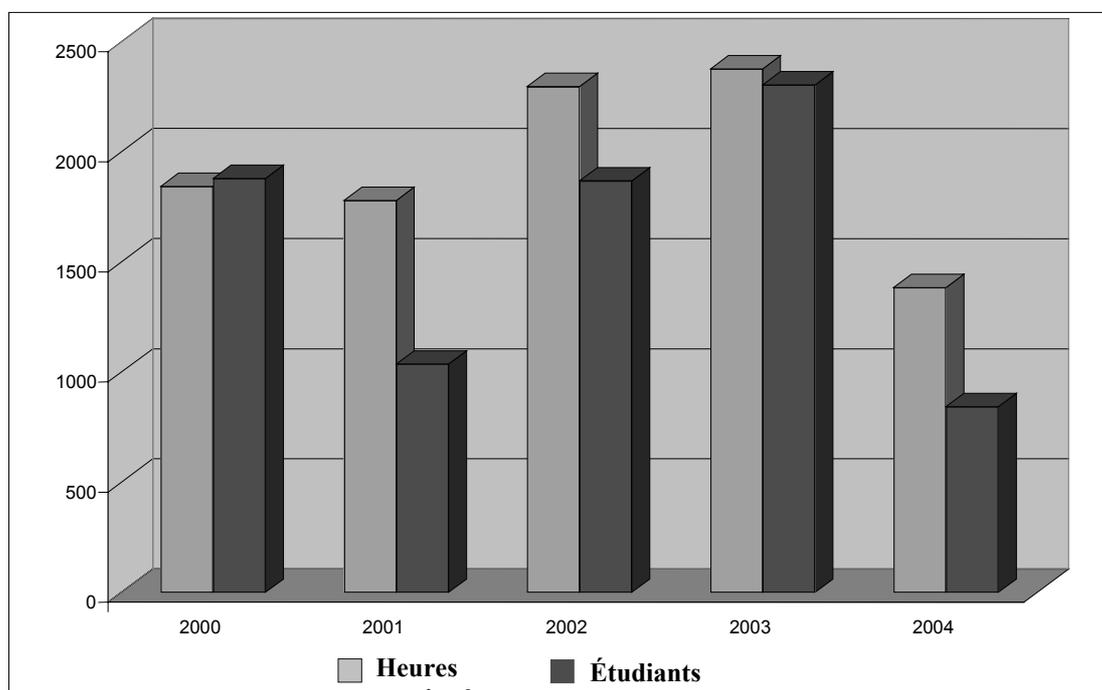
TABLEAU 8

Nombre d'étudiants du CENFORES par nombre annuel d'heures enseignées (2000-2004)

	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Nombre d'heures enseignées	1 843	1 779	2 296	2 377	1 384
Total d'étudiants	1 879	1 037	1 868	2 304	843

GRAPHIQUE II

Nombre d'étudiants du CENFORES, par nombre annuel d'heures enseignées



99. Pour l'année 2004, l'INAU et le CENFORES ont fourni les données suivantes en matière de développement éducatif :

- Nombre de cours dispensés : 38;
- Nombre d'heures enseignées : 1 384;
- Nombre de personnes formées : 843;
- Nombre d'étudiants ayant obtenu un diplôme universitaire en tant qu'éducateur social : 32.

b) *UDELAR*

100. En matière d'enfance, les cours d'éducation et de formation suivants ont été dispensés⁹ (Faculté de médecine de l'UDELAR, 2005) :

- Maîtrise en droits de l'enfance et politiques publiques. Partenariat entre l'UDELAR et l'UNICEF, avec la participation des Facultés de médecine, de sciences sociales, de psychologie et de droit, 2004-2005.
- Forum mensuel de discussion sur la Convention relative aux droits de l'enfant et le Code de l'enfance et de l'adolescence, coordonné par « l'équipe de recherche-action avec des jeunes délinquants » de la Clinique de pédopsychiatrie, en coopération avec le personnel de plusieurs autres institutions.
- Ateliers spécialisés avec des opérateurs du secteur juridique et du secteur de la santé mentale. Clinique de pédopsychiatrie de la Faculté de médecine, relevant de la Faculté d'enseignement universitaire du troisième cycle. Cette clinique dispose du seul cours de formation de spécialistes en pédopsychiatrie en Uruguay. Durée : quatre ans. Charge horaire : 4 608 heures de présence. Entrée : quatre candidats par an (Faculté de médecine de l'UDELAR, 2005).
- Cours destinés aux pédiatres, neuropédiatres, psychiatres pour adultes et médecins de famille. Durée : huit semaines. Charge horaire : 16 heures. Introduction aux thèmes de la pédopsychiatrie les plus pertinents pour le travail interdisciplinaire.

3.5.4 Décisions de justice reconnaissant le droit de l'enfant à exprimer ses opinions

101. En Uruguay, une affaire qui a fait jurisprudence a bénéficié d'un large écho auprès de la population. Elle impliquait un mineur supposé être le fils disparu d'une ex-détenue politique de la période du régime militaire (1973-1985), mais qui refusait de subir un test d'histocompatibilité destiné à prouver qu'il serait ou non le fils de cette femme. La Cour Suprême de Justice, invoquant les principes directeurs de la Convention relative aux droits de l'enfant, a estimé qu'elle n'avait pas pouvoir pour contraindre légalement le mineur, étant donné que le droit à l'intégrité physique et à la vie privée lui était garanti, en tant que sujet de droit. Dans cette affaire, l'opinion de l'enfant s'est révélée décisive pour le jugement, dans la mesure où elle a été prise en compte et respectée par la plus haute instance judiciaire.

4. DROITS ET LIBERTÉS CIVILS (articles 7, 8, 13 à 17 et paragraphe a) de l'article 37)

4.1 Nom et nationalité (article 7)

102. En vertu des nouvelles dispositions du Code de l'enfance et de l'adolescence, les nouveau-nés des maternités publiques et privées seront identifiés par le relevé des empreintes digitales et plantaires, assorti du relevé des empreintes digitales de la mère. L'article 25 du Code établit le droit de tout enfant à être inscrit au registre de l'état civil avec ses noms et prénoms. Ce système d'inscription est décrit ci-dessous.

⁹ Informations fournies par la Clinique de pédopsychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de la République.

a) Système d'inscription

103. Le Code établit que l'enfant inscrit par son père portera comme premier nom de famille celui de ce dernier, suivi de celui de la personne considérée comme sa mère. À défaut d'inscription par le père, il portera comme nom de famille celui de sa mère biologique. Si l'identité des parents n'est pas connue, l'enfant sera inscrit sous deux noms de famille d'usage commun par l'officier de l'état civil. Si l'inscription est effectuée par des parents de l'enfant, ils seront responsables du choix de ces noms de famille d'usage commun donnés à l'enfant. Dans les cas d'adoption pleine, les noms de famille de l'enfant adopté seront remplacés par ceux de la famille adoptive. Enfin, dans les cas d'adoption simple, les noms de famille de l'enfant seront remplacés par ceux des parents adoptifs, mais s'il n'y a qu'un parent adoptif, l'enfant prendra le nom de famille paternel du parent adoptif et sera autorisé à choisir son second nom de famille ou se verra attribuer un second nom de famille d'usage commun. Ces modifications ont supprimé les restes de stigmatisation dont l'enfant pouvait être l'objet avec le système précédent, dans lequel les enfants légitimes (nés alors que leurs parents étaient légalement mariés) et les enfants illégitimes (nés hors mariage) étaient inscrits d'une manière différente. De même, le nouveau système a supprimé tous les obstacles légaux qui empêchaient les parents dont le divorce était en cours de reconnaître leurs enfants biologiques, ainsi que les dispositions qui empêchaient les mères âgées de moins de 18 ans de reconnaître et d'inscrire au registre de l'état civil leurs enfants.

b) Nationalité

104. En vertu de la législation en vigueur, tout enfant né sur le territoire national est un ressortissant uruguayen, de même que tout enfant né d'un père uruguayen ou d'une mère uruguayenne et ce quel que soit son lieu de naissance.

4.2 Préservation de l'identité (article 8)

105. Toute ingérence illégitime dans les droits de l'enfant et préjudiciable à son droit à l'identité constitue la violation d'un droit garanti par la loi. Auquel cas et comme l'article 8 du Code de l'enfance et de l'adolescence le dispose expressément, les juges aux affaires familiales ont compétence pour adopter les mesures urgentes qu'ils estiment appropriées.

4.3 Liberté d'expression

106. L'article 13 du Code de l'enfance et de l'adolescence établit que le droit à la liberté d'expression est garanti pour tous les habitants de l'Uruguay sans discrimination d'aucune sorte.

4.4 Liberté de pensée, de conscience et de religion

107. L'article 14 établit que la liberté de pensée, de conscience et de religion est partie intégrante des fondements des droits garantis et que toute violation de cette liberté ou menace en la matière déterminera l'application de mesures judiciaires pertinentes. Les cours d'instruction religieuse dans les écoles ne sont pas obligatoires pour les enfants qui expriment le souhait de ne pas les suivre.

4.5 Protection de la vie privée (article 16)

108. L'article 96 du Code de l'enfance et de l'adolescence consacre le principe général de la protection de la vie privée des mineurs contre toute forme d'utilisation de leur image susceptible de leur être préjudiciable ou de permettre leur identification, en particulier dans le cas des enfants spécialement vulnérables. Il est interdit de révéler à quelque média que ce soit l'identité des adolescents ayant enfreint la loi. Les fonctionnaires publics qui communiquent de telles informations à la presse se verront suspendus de leurs fonctions et sans traitement. En la matière, les récidivistes seront révoqués. Les médias seront tenus pour responsables de la diffusion des noms, photographies, vidéos ou de tout autre moyen d'identification d'adolescents. Le non-respect de cette obligation est passible d'amendes devant les tribunaux.

4.6 Accès à l'information (article 17)

109. On ne dispose pas d'informations sur la production et la diffusion de littérature pour enfants ou sur la diffusion dans les médias d'informations et de matériels présentant un intérêt social et culturel pour les enfants [régime fiscal].

4.7 Protection de l'enfant contre la diffusion de matériel préjudiciable à son bien-être

110. Le nouveau Code associe plusieurs dispositions qui étaient déjà en vigueur dans l'appareil normatif national, en développant parallèlement des mesures de protection novatrices. Dans ce domaine, les programmes de radio et de télévision aux heures supposées de grande écoute des mineurs sont instamment invités à servir les objectifs de l'éducation, les valeurs humaines et les principes de l'État démocratique de droit. À cet égard, ils sont tenus de ne pas diffuser des programmes faisant l'apologie de la violence, du crime, de la discrimination ou d'attitudes sapant la société.

111. Les principes directeurs suivants ont été établis pour protéger les enfants et les adolescents de la diffusion de programmes susceptibles de nuire à leur bien-être : non-incitation à la violence, au crime ou à la discrimination; intelligibilité et fidélité à la réalité des publicités; interdiction pour les enfants et les adolescents de participer à des annonces publicitaires pour des boissons alcoolisées, des cigarettes ou tout autre produit préjudiciable à la santé physique ou mentale; et interdiction pour les enfants et les adolescents de participer à des messages publicitaires portant atteinte à leur dignité ou à leur intégrité physique, psychologique ou sociale. Le contrôle du respect de ces obligations relève de l'Institut national du mineur et des tribunaux compétents, le cas échéant.

4.8 Droit à ne pas être soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

112. Le délit de torture n'a pas été incorporé au droit pénal uruguayen en tant que tel, mais les actes constitutifs du délit de torture relèvent du cadre des conduites criminelles définies par le droit interne. L'article 15 du Code établit l'obligation pour l'État de protéger les enfants et les adolescents.

113. L'Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay (INAU) est un service public décentralisé, qui a notamment pour responsabilités premières d'orienter la politique de l'enfance et de l'adolescence et parallèlement d'assurer la promotion, la protection et les soins des enfants

et des adolescents et de leurs relations familiales, à l'aide de toutes les ressources qui sont à sa disposition¹⁰.

114. Sans préjudice de ces obligations, le Code de l'enfance et de l'adolescence, adopté en septembre 2004, stipule que les activités de l'INAU devront être prioritairement axées sur les enfants et les adolescents les plus démunis de protection et les plus vulnérables.

115. À l'heure actuelle, le système de soins de l'INAU concerne 60 000 enfants et adolescents sous différentes formes et sur tout le territoire national, par la prestation directe de services publics et au moyen d'accords avec des organisations non gouvernementales, comme précisé dans les informations jointes en annexe.

116. L'analyse de la série historique des informations précédemment fournies permet d'assurer qu'en règle générale, durant la période d'examen, le niveau des soins a principalement augmenté en raison du développement des services de soins à temps partiel. Autrement dit, des programmes de soins aux enfants et aux adolescents ont été assurés dans des zones dispensant des soins de jour ou de nuit, selon leurs besoins, et proposant plusieurs modalités d'intervention dont la détention ne fait pas partie.

117. Il convient néanmoins d'observer que la part relative de la population bénéficiant de soins 24 heures sur 24, c'est-à-dire les enfants et les adolescents placés dans des institutions, a continué d'osciller entre 9 et 12 % du total de la population bénéficiant des soins.

118. De plus, il faut souligner qu'en valeurs absolues, de 2000 à 2004, la population vivant à plein temps dans une institution a augmenté et de manière particulièrement sensible en 2002, hausse que nous avons au départ associée à l'année de la plus grande crise socio-économique du pays depuis 25 ans (INAU, 2005).

TABLEAU 9

**Population du système INAME (Institut national du mineur) et INAU,
par type de soins assurés (2000-2004)**

<i>Type de soins assurés</i>	<i>Description</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
À temps partiel	À temps partiel	50 679	55 394	59 395	58 516	74 535
	Éducation spéciale	1 185	1 146	1 204	1 326	1 532
	Total des soins à temps partiel	51 864	56 540	60 599	59 842	76 067
24 heures sur 24	Éducation spéciale	815	859	839	845	812
	Autres	6 117	6 290	6 701	6 931	6 834
	Total des soins 24 heures sur 24	6 932	7 149	7 540	7 776	7 646
Total		58 796	63 689	68 139	67 618	83 713

Source : SIPI (système d'information pour la protection de l'enfance).

Données : Chiffres fournis par l'INAME.

¹⁰ Code de l'enfance et de l'adolescence.

TABLEAU 10

Évolution des centres de soins du système de l'INAME et de l'INAU, par type de soins assurés (2000-2004)

Type de soins assurés	Description	2000	2001	2002	2003	2004
À temps partiel	À temps partiel	456	469	472	482	562
	Éducation spéciale	19	21	23	23	29
	Total des soins à temps partiel	475	490	495	505	591
24 heures sur 24	Éducation spéciale	28	29	27	29	28
	Autres	643	648	628	623	637
	Total des soins 24 heures sur 24	671	677	655	652	665
Total		1 146	1 167	1 150	1 157	1 256

Source : SIPI.

Données: INAU, 2005.

a) Service de protection Línea Azul de l'INAU

119. L'INAU dispose d'un service téléphonique gratuit permettant de signaler les cas d'abus présumés d'enfants et d'adolescents. Ce service s'appelle Línea Azul, il est actuellement accessible du lundi au vendredi, de 8 heures à 20 heures, et couvre l'ensemble du territoire.

120. Opérationnel depuis 1999, il a reçu à ce jour 10 333 demandes d'intervention, la majorité des cas d'abus présumés étant signalés par des tiers et, pour un moindre pourcentage, par l'enfant ou l'adolescent concerné.

121. Ce service coordonne ses activités avec les acteurs du tissu communautaire ainsi que tous les autres services de l'INAU et il se présente comme un instrument de plus pour traiter les situations à haut risque auxquelles sont confrontés les enfants et les adolescents.

122. Une analyse historique du service montre que le nombre de demandes d'intervention a augmenté, ce qui pourrait indiquer une plus grande sensibilisation des citoyens à la maltraitance et à ses conséquences.

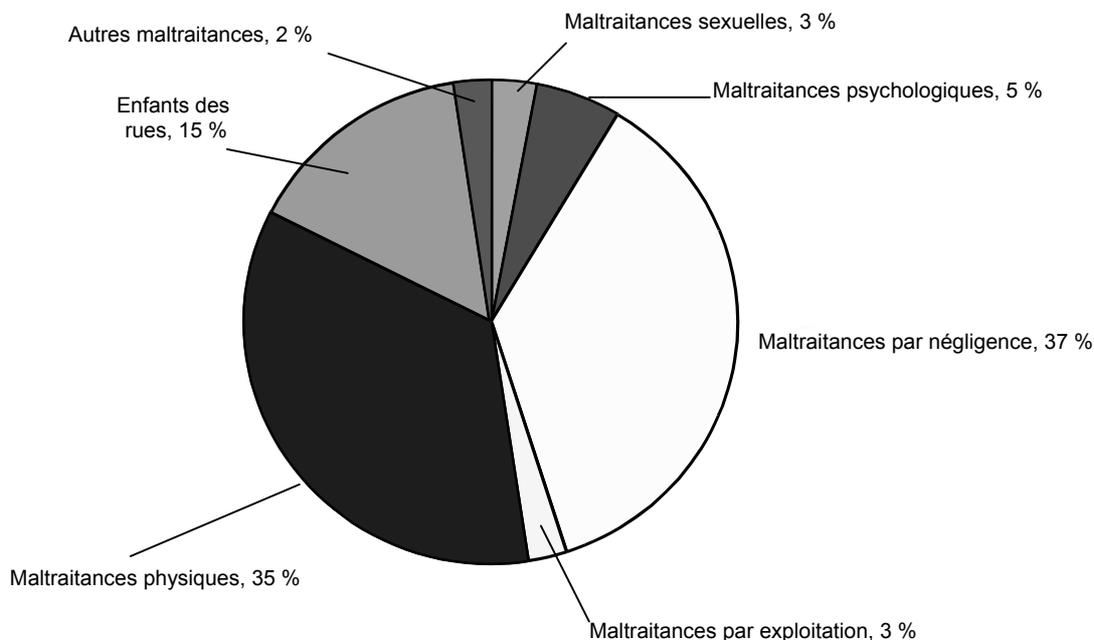
123. Les demandes d'intervention recueillies sont classées selon les formes suivantes de maltraitance infantile :

- *Maltraitance physique.* Violences physiques délibérées sur un enfant ou un adolescent, qui peuvent être enregistrées comme légères, modérées ou graves selon leur intensité. De même, cette forme de maltraitance est classée en fonction de son caractère récent, récurrent ou antérieur;
- *Maltraitance psychologique.* Actes portant atteinte à la vie affective de l'enfant ou de l'adolescent, source de conflits multiples de manière temporaire ou permanente;

- *Maltraitance par négligence.* Privation des éléments de base (quand ils peuvent être offerts) permettant de garantir le développement harmonieux et complet de l'enfant ou de l'adolescent;
- *Abus sexuel.* Participation d'un enfant ou d'un adolescent à des actes sexuels commis par des adultes à des fins de satisfaction personnelle sur des victimes dans leur dépendance, et dans l'incapacité de comprendre la signification réelle de ces actes et par conséquent d'y consentir. Ces actes sont en outre inappropriés à leur âge et à leur niveau de développement psychosexuel, imposés par des pressions, la violence, le chantage ou la séduction;
- *Exploitation.* Emploi d'enfants ou d'adolescents avant qu'ils aient atteint l'âge minimum d'admission à l'emploi établi par le Code de l'enfance et de l'adolescence, ce qui retentit aussi sur leur scolarité. On entend également par exploitation sexuelle commerciale toute activité marchande assujettissant des enfants ou adolescents au commerce sexuel ou à l'industrie du sexe. Cette exploitation s'étend à leur utilisation à des fins de pornographie ou de traite à des fins sexuelles.
- *Enfants des rues.* Enfants vivant de manière permanente dans les rues, exposés par là même à des situations d'extrême vulnérabilité et aux différentes formes de maltraitance.

GRAPHIQUE III

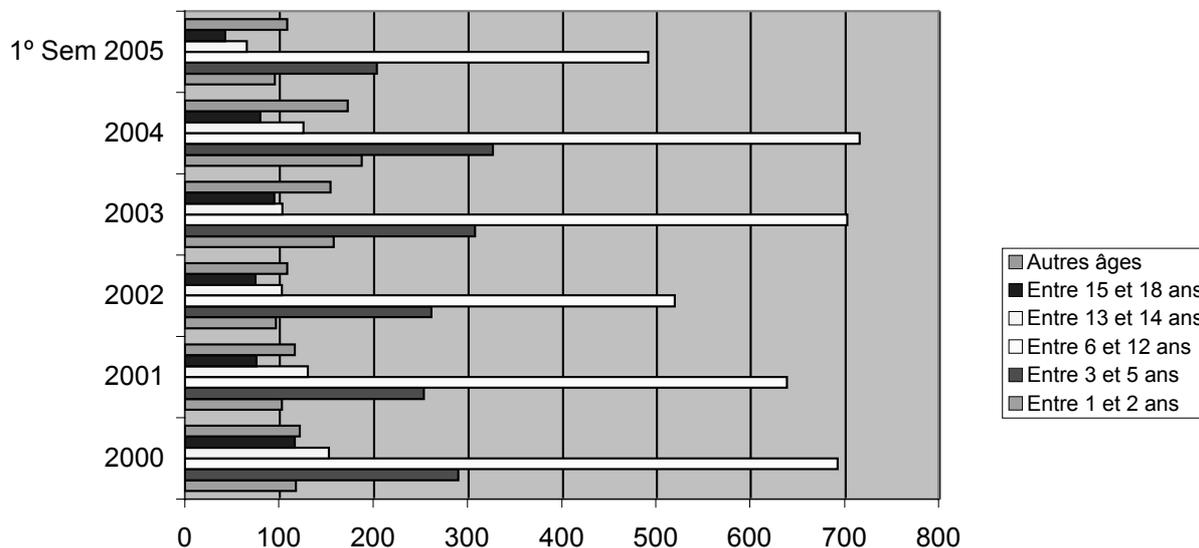
Intervention de l'INAU, par type de maltraitance infantile



Source : INAU-Línea Azul, 2005.

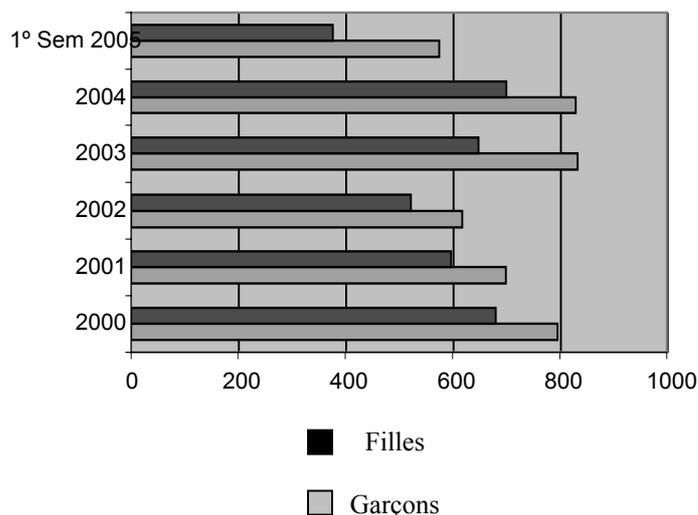
GRAPHIQUE IV

Évolution des plaintes pour maltraitance auprès du service de téléassistance de Línea Azul, par âge et par année



GRAPHIQUE V

Évolution des plaintes pour maltraitance par sexe et par année



124. D'après les informations fournies, il est possible d'affirmer que les plaintes ont principalement concerné les tranches d'âge de 6 à 12 ans et de 3 à 5 ans et majoritairement les garçons. Pour ce qui est du type de maltraitance, les plaintes pour négligence ont été les plus nombreuses (37 %), suivies par celles pour maltraitance psychologique et celles qui étaient relatives aux enfants des rues, attestant une augmentation de ces dernières depuis 2002 probablement due à la crise économique.

5. MILIEU FAMILIAL ET PROTECTION DE REMPLACEMENT (paragraphe 1 et 2 de l'article 5, articles 18, 9 à 11, 19 à 21, 25, paragraphe 4 de l'article 27 et article 39)

5.1 Orientation parentale (article 5)

125. Les normes juridiques nationales réglementent les devoirs parentaux. À cet égard, l'article 16 du Code de l'enfance et de l'adolescence définit ces droits dans les termes suivants : respecter et considérer le fait que les enfants et les adolescents sont des sujets de droit; respecter le droit de l'enfant à être entendu et à exprimer ses opinions; aider à faire en sorte que les enfants jouissent effectivement de leurs droits; offrir aux enfants une orientation sur la manière d'exercer leurs droits; imposer une discipline aux enfants et aux personnes dont les parents ont la charge; solliciter ou permettre l'intervention de services sociaux spéciaux dans le cas d'un conflit impossible à régler au sein de la famille et mettant gravement en danger le respect des droits de l'enfant et de l'adolescent; veiller à la fréquentation régulière des établissements d'enseignement et participer au processus éducatif; et remplir tout autre devoir inhérent au fait d'être parent. [Absence d'informations sur les programmes de formation des parents].

5.2 Responsabilités parentales (article 18, paragraphes 1 et 2)

126. Dans le contexte national, tous les enfants et adolescents ont droit jusqu'à l'âge de la majorité de recevoir de leurs parents ou tuteurs la protection nécessaire à leur développement approprié et complet, et il est de leur devoir de l'assurer. Les mères et les pères ont les mêmes obligations parentales à l'égard de leurs enfants. En ce sens, par exemple, la loi dispose que les deux parents ont la responsabilité de nourrir leurs enfants, sans établir d'ordre de préférence entre eux. Ces obligations concernent les familles biologiques comme les familles adoptives.

5.2.1 Mesures visant à protéger les droits menacés ou vulnérables des enfants

127. Lorsque les droits reconnus aux enfants et aux adolescents se trouvent menacés ou violés, le juge aux affaires familiales adoptera des mesures de protection. Si les décisions adoptées par le juge imposent la protection des droits de l'enfant contre sa propre famille, le juge a le pouvoir d'imposer : un avertissement; une orientation, un soutien ou un suivi temporaires de la famille à assurer par des programmes publics ou privés reconnus; l'obligation d'inscrire l'enfant dans un établissement d'enseignement ou à des programmes éducatifs ou de formation et, aux quels cas, de surveiller sa participation et ses progrès; et, à titre de dernier recours et dans des cas très graves, il peut ordonner une orientation vers un programme public ou privé de protection de la famille.

128. Le juge chargé de l'affaire peut en outre ordonner des mesures à exécuter par l'État à travers l'organe directeur en matière d'enfance et d'adolescence. Ainsi, par exemple, il peut ordonner la participation de l'enfant à un système de soins complets de jours ou la prestation d'une assistance médicale, psychologique ou psychiatrique ambulatoire dans des établissements publics ou privés.

5.3 Séparation d'avec les parents (article 9)

129. La loi uruguayenne reconnaît comme un droit de l'enfant le fait de jouir de la vie en commun avec ses parents et sa famille¹¹. L'article 12 du Code de l'enfance et de l'adolescence

¹¹ Article 12 du texte du Code de l'enfance et de l'adolescence.

dispose que la famille est le milieu idéal pour assurer de la meilleure façon la protection complète. Tous les enfants et adolescents ont le droit de vivre et de grandir avec leur famille et de ne pas être séparés d'elle pour des raisons financières. La séparation n'est possible que si les autorités judiciaires, dans l'intérêt supérieur de l'enfant et dans le respect d'un processus légal régulier, trouvent une solution de remplacement de la famille. Dans les cas où des circonstances spéciales surviendraient et se solderaient par la séparation d'avec le noyau familial à l'issue d'un divorce, le droit de l'enfant à maintenir des relations personnelles et des contacts directs avec un ou deux parents doit être respecté, à moins que cela ne soit contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant. Si un enfant ou un adolescent est privé de famille, il a le droit de grandir au sein d'une famille d'accueil ou d'un foyer pour enfants dont le choix aura pour but d'assurer son bien-être. Si aucune de ces solutions de remplacement n'est possible, l'enfant sera envoyé dans un établissement public ou privé, mais tous les efforts seront faits pour veiller à ce que son séjour y soit temporaire.

a) Droit de l'enfant à exprimer ses opinions dans les procédures concernant sa séparation d'avec le noyau familial

130. Le nouveau Code garantit que l'une des responsabilités fondamentales du juge chargé de l'affaire est de veiller à ce que les opinions de l'enfant soient entendues au cours de toutes les procédures judiciaires visant à déterminer sa séparation temporaire ou permanente d'avec le noyau familial.

b) Droit de l'enfant à maintenir des relations avec les parents d'avec lesquels il a été séparé

131. Ce droit est clairement établi par le nouveau Code. Outre l'obligation générale établie par l'article 12 du Code, l'article 38 dispose que tous les enfants et adolescents ont le droit de maintenir des contacts avec leurs parents, grands-parents et autres membres de la famille d'avec lesquels ils ont été séparés. Quant aux décisions relatives aux droits de visite, l'opinion de l'enfant devra toujours être entendue. En vertu de la loi, le refus infondé d'un parent de permettre à l'autre parent de rendre visite à l'enfant est une affaire grave, ainsi que le non-respect du régime¹² accordé lorsque celui-ci est préjudiciable au développement et à l'évolution affectifs de l'enfant ou de l'adolescent.

c) Enfants séparés d'avec leurs parents pour cause d'exil, de détention, etc.

132. Dans la mesure où l'enfant est reconnu en tant que sujet de droit, la loi prévoit la possibilité d'interjeter un recours *en amparo* afin de protéger les droits constitutionnels de l'enfant. L'action peut être introduite par le ministère public ou toute autre partie intéressée, y compris les associations d'intérêt social, ou par l'enfant assisté d'un tuteur *ad litem*. Dans le système actuel, l'État uruguayen dispose de tout un ensemble d'institutions démocratiques et aucun cas d'expulsion ou d'exil forcé n'a été enregistré au cours des 18 derniers mois. On ne dispose pas de données statistiques systématiques en matière de détention, d'exil, d'expulsion ou de décès d'enfants ou d'adolescents.

¹² Article 93 du texte du Code.

5.4 Réunification familiale (article 10)

133. L'État a une politique qui s'accorde et est conforme au principe de la réunification familiale. Ce principe est mis en pratique dans les programmes spéciaux d'accueil des réfugiés en Uruguay, réalisés en commun avec d'autres pays du continent. La demande d'asile est présentée par l'intéressé, les membres de sa famille ou des organisations nationales ou internationales comme l'HCRNU, et suppose la vérification des éléments sur lesquels cette demande est fondée, notamment la séparation d'avec la famille. En application du principe de l'unité familiale, consacré dans l'annexe I de l'Acte final (section IV, recommandation B) de la Conférence des plénipotentiaires des Nations Unies sur le statut des réfugiés et des apatrides, qui a approuvé la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés et son protocole de 1967 (ratifié par l'Uruguay par la loi N° 13777 du 17 octobre 1969), l'Uruguay a élargi les droits des réfugiés à leur famille. De ce fait, durant la période 1990-2005, le statut de réfugié a été reconnu aux personnes mentionnées ci-dessous, dont 12 étaient des enfants à la date de cette reconnaissance (Service œcuménique pour la dignité humaine, 2005). Ces données sont ventilées dans le tableau suivant.

TABLEAU 11

Nombre total d'enfants réfugiés et dates de réunification en Uruguay (1990-2005)

<i>Réfugiés</i>	<i>Date de réunification</i>	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Enfants</i>	<i>Total</i>
1	4 octobre 1990	1		2	3
1	26 juin 1992	1		1	2
1	20 octobre 1994	1		1	2
1	15 août 1996	1		2	3
1	6 février 1999	1		5	6
1	29 septembre 2002	1		1	2
6		6		12	18

Source : Service œcuménique pour la dignité humaine (SEDHU), 2005.

5.4.1 Mesures adoptées pour garantir à l'enfant dont les parents résident dans des États différents le droit de maintenir des contacts avec ses deux parents

134. Comme il a été déclaré plus haut, la loi garantit à l'enfant le droit de maintenir des contacts avec ses parents, grands-parents et autres membres de sa famille et par conséquent de bénéficier d'un régime de visite les concernant. Les droits de visite sont de préférence fixés d'un commun accord par les parties. En cas de désaccord, le juge du lieu de résidence de l'enfant ou de l'adolescent a pouvoir pour fixer le régime de visite des parents.

5.4.2 Droit de l'enfant de quitter son pays

135. En Uruguay, il n'existe aucune sorte de limitation au droit des personnes de quitter leur pays. Dans la pratique, à la suite de la crise économique nationale, un nombre important de ressortissants nationaux a décidé d'émigrer. Malgré cela, la législation n'a assujéti ces sorties à aucune sorte de restriction. L'article 191 et suivants du nouveau Code réglementent les autorisations de sortie des mineurs qui voyagent avec leurs parents, seuls ou en compagnie de tiers.

5.5 Déplacements et non-retours illicites (article 11)

136. Le Code de l'enfance et de l'adolescence contient une innovation importante liée à sa réglementation des devoirs de l'État à l'égard de la protection des droits de l'enfant. Dans ce domaine, le principe général veut que l'État protège les droits de tous les enfants sous sa juridiction, indépendamment de leur origine sociale, nationale ou ethnique, de leur sexe, de leur langue, de leur religion, de leur opinion politique ou autre, de leur condition économique, de leurs handicaps physiques ou mentaux, de leur naissance ou de toute autre circonstance propre à l'enfant ou à ses représentants légaux. L'article 15 du Code établit que l'État a l'obligation spéciale de protéger les enfants et les adolescents contre les situations suivantes : toute forme d'abandon, d'abus sexuel ou d'exploitation à des fins de prostitution; le harcèlement, la ségrégation ou l'exclusion de lieux d'études, de loisirs ou de travail; l'exploitation économique ou toute autre sorte de travail préjudiciable à leur santé, à leur éducation ou à leur développement physique, spirituel ou moral; les traitements cruels, inhumains ou dégradants; l'incitation à la consommation de tabac, d'alcool, de substances volatiles et de drogues; les situations qui mettent en danger leur vie ou incitent à la violence comme l'usage ou le commerce d'armes; les situations qui mettent en danger leur sécurité, comme les détentions ou les déplacements illicites; et les situations qui mettent en danger leur identité, comme les adoptions illégales et les ventes d'enfants.

137. Pratiquement, sur le plan social, les rares cas recensés de déplacement illicite d'enfants résultent d'adoptions illégales derrière lesquelles se cachent des organisations se livrant à la traite d'enfants. À cet égard, le nouveau Code réglemente également *in extenso* les conditions à remplir en cas d'adoption, ainsi que la supervision assurée par l'Institut national du mineur quant à la régularité de la procédure. La création d'un registre national des adoptions nationales et internationales visant à contrôler les procédures est une autre mesure qui contribuera à ces fins. Les enfants ou adolescents adoptés ne pourront quitter le pays qu'après la délivrance d'une autorisation judiciaire et accompagnés d'un ou des deux parents adoptifs. Autorité responsable en Uruguay du contrôle du déplacement illicite d'enfants, le Ministère de l'intérieur ne dispose pas de données officielles sur ces situations¹³.

5.6 Recouvrement de la pension alimentaire (paragraphe 4 de l'article 27)

138. La loi uruguayenne entend par pension alimentaire les prestations en espèces et en nature permettant de répondre aux besoins de l'enfant en termes d'alimentation, de logement, d'habillement et de soins médicaux, les dépenses nécessaires à l'acquisition d'une profession ou d'un métier ainsi qu'en matière d'éducation, de culture et de loisirs. Le versement de la pension alimentaire est proportionnel aux ressources économiques des personnes obligées et aux besoins des bénéficiaires, enfants ou adolescents. Les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans et les personnes âgées de plus de 18 ans et de moins de 21 ans, qui ne disposent pas de revenus propres et suffisants pour leur assurer un niveau de vie décent, sont considérés comme bénéficiaires d'une pension alimentaire. Dans le cas d'enfants handicapés, cette obligation subsiste quel que soit l'âge de la personne concernée. Les personnes qui suivent sont légalement tenues de verser une pension alimentaire : a) les parents biologiques, légaux ou adoptifs; b) les ascendants les plus proches, en accordant la préférence à ceux du parent obligé; c) les frères et sœurs légitimes ou naturels, en accordant la préférence aux consanguins par rapport aux utérins; et d) les oncles et tantes.

¹³ Information fournie par le Ministère de l'intérieur.

5.7 Enfants privés de leur milieu familial (article 20)

139. Dans les cas où les droits de l'enfant sont menacés d'une manière ou d'une autre, le juge aux affaires familiales adoptera les décisions urgentes qui s'imposent pour assurer la protection de l'enfant. Dans les cas où la menace est liée au milieu familial, l'enfant pourra être placé dans une famille ou auprès d'une personne choisie par l'Institut national du mineur. Ces mesures font partie des programmes de soins de remplacement temporaires. La séparation définitive de l'enfant d'avec sa famille d'origine ne peut être prononcée que par une ordonnance judiciaire, à la suite d'un rapport établi par une équipe d'experts. En vertu de la loi, l'orientation d'un enfant privé de son noyau familial vers un centre de soins permanents de l'État est considérée comme un ultime recours, intervenant après toutes les mesures de remplacement susmentionnées.

5.8 Adoption (article 21)

140. La législation interne reconnaît deux types d'adoption : l'adoption simple et l'adoption pleine ou légitimation adoptive.

a) Adoption simple

141. Toute personne âgée de plus de 25 ans, quel que soit son état civil, est en droit d'adopter, à condition d'être âgée d'au moins 15 ans de plus que la personne adoptée. Les couples mariés désireux d'adopter doivent être mariés depuis au moins un an et avoir eu l'enfant à leur charge depuis la même période. L'établissement de ces délais tient compte de la cohabitation stable antérieure au mariage. Tout enfant ou adolescent qui y consent peut être adopté. L'adoption d'enfants soumis à l'autorité parentale dépend du consentement de toute personne exerçant cette autorité. Les demandes d'adoption sont traitées par le juge aux affaires familiales du lieu de résidence du parent adoptif. Avant qu'une adoption soit accordée, l'Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay, en tant qu'organe directeur en matière d'enfance, doit fournir au juge une évaluation sur la situation personnelle du ou des parents adoptifs, la stabilité de la famille et toute autre considération permettant de mesurer l'opportunité ou non d'une adoption.

b) Légitimation adoptive

142. La légitimation adoptive est proposée à tout enfant ou adolescent abandonné, orphelin de père et de mère, aux enfants placés à l'INAU ou dont les parents sont inconnus, ou légitimes et dont le père ou la mère en a fait la demande. Ce type d'adoption est également autorisé pour les enfants qui ont été abandonnés par un parent si elle est demandée par l'autre parent ainsi que par le nouveau conjoint de ce dernier.

143. Les frères et sœurs abandonnés seront de préférence placés dans la même famille adoptive. Les demandes d'adoption peuvent être faites par : a) les couples qui sont mariés depuis au moins quatre ans, qui sont âgés de plus de 25 ans et qui ont plus de 15 ans que la personne adoptée, et qui ont cette dernière à leur charge depuis au moins un an; b) les veufs ou veuves ou conjoints divorcés qui avaient à leur charge l'enfant pendant leur mariage et après sa dissolution. Les conditions d'âge et autres sont flexibles, en fonction de la situation spécifique de chaque cas. Les décisions en matière d'adoption sont du ressort des juges aux affaires familiales, après avis de l'INAU.

c) Adoption à l'étranger

144. L'adoption à l'étranger est une solution subsidiaire, dans la mesure où la loi fait obligation à l'INAU et aux autres autorités compétentes en matière d'adoption de donner la priorité au placement des enfants dans des foyers ou des familles qui le souhaitent sur le territoire national. En cas d'impossibilité, les adoptions à l'étranger ne pourront être accordées qu'avec les pays où les normes de protection des enfants sont analogues à celles de l'Uruguay.

145. Les couples étrangers peuvent adopter s'ils sont mariés depuis au moins quatre ans et s'ils vivent avec l'enfant en Uruguay, même de manière alternée, depuis au moins six mois.

146. L'accord en matière d'adoption à l'étranger relève des juges aux affaires familiales du lieu de résidence de la personne adoptée.

5.9 Examen périodique des conditions de placement (article 25)

147. Le nouveau Code de l'enfant a établi la nécessité d'un examen périodique des conditions de placement. La situation des enfants placés dans des foyers ou participant à des projets ou programmes conduits par des organisations non gouvernementales en vertu d'accords avec l'Institut national du mineur fera l'objet d'un examen périodique.

148. Ces examens seront réalisés par des travailleurs sociaux ou autres professionnels qui évalueront les conditions de vie des enfants, le traitement et l'éducation qu'ils reçoivent en fonction des normes requises. L'INAU peut formuler des observations ou des plaintes s'il constate des violations des droits de l'enfant ou toute irrégularité ou infraction.

149. De son côté, dans le cas d'enfants soumis à des mesures socio-éducatives privatives de liberté en raison d'infractions très graves, le juge pourra prononcer la cessation ou le remplacement de ces mesures, selon l'avis des rapports techniques pertinents.

5.10 Mauvais traitements et négligence, notamment réadaptation physique et psychologique et réinsertion sociale (article 39)

150. Comme il a été signalé à l'occasion de la présentation orale, la violence domestique est désormais constitutive d'une infraction pénale en Uruguay¹⁴. Le 9 juillet 2002, le Parlement a approuvé un plan national de lutte contre la violence domestique. La loi entend par violence domestique toute action ou omission, directe ou indirecte, qui, de quelque manière, porte atteinte au libre exercice ou à la jouissance des droits humains d'une personne en les limitant illégalement et causée par une autre personne avec laquelle la victime est ou a été fiancée, ou entretient ou a entretenu une relation affective fondée sur la vie commune au titre de parent, de conjoint ou dans le cadre d'une union de fait. Sont considérées comme des manifestations de violence domestique les violences physiques, psychologiques ou affectives, les violences sexuelles ou les violences à

¹⁴ Article 321 du Code pénal, incorporé à ce Code par l'article 18 de la loi N° 16707 de 1995 : « Toute personne qui, par des actes de violence ou des menaces se prolongeant dans le temps, inflige une ou plusieurs blessures à des personnes avec lesquelles elle a ou a eu une relation affective ou de parenté, indépendamment de l'existence de tout lien légal, sera passible d'une peine d'emprisonnement de 6 à 24 mois. Cette peine sera augmentée d'un tiers à la moitié si la victime est une femme, si les circonstances et les conditions établies dans le paragraphe précédent s'appliquent. Cette circonstance aggravante sera retenue si la victime est âgée de moins de 16 ans, ou si ses capacités physiques ou mentales sont diminuées en raison de son âge et pour d'autres motifs, et si elle a une relation de parenté avec le contrevenant ou vit avec lui. »

l'encontre des biens. Toute personne ayant eu connaissance d'un cas de violence domestique a le droit d'en informer le juge et de comparaître au cours de la procédure en qualité de tiers.

151. Dans toutes les questions relatives à la violence domestique, le juge chargé de l'affaire peut ordonner des mesures de protection pour la victime, et ce à la demande du ministère public ou d'une partie. En vertu du Code pénal, ces mesures de précaution peuvent être les suivantes : éloigner l'agresseur du lieu de résidence commune; faire revenir la victime à son domicile; interdire ou limiter l'accès de l'agresseur aux domicile, lieu de travail, lieu d'études ou autres de la victime; interdire à l'agresseur de communiquer, d'avoir des relations, d'avoir des rendez-vous ou d'entretenir tout type de rapport analogue avec la victime; confisquer les armes en possession de l'agresseur et lui en interdire la possession à l'avenir; fixer une pension alimentaire temporaire au bénéfice de la victime; ordonner l'inscription obligatoire de l'agresseur à des programmes de réadaptation.

152. Conformément à l'article 18 de la loi susmentionnée et pour prévenir toute victimisation secondaire, la confrontation ou la comparution conjointe de l'agresseur et des victimes, s'il s'agit d'enfants et d'adolescents âgés de moins de 18 ans, est interdite.

a) Mécanismes institutionnels de traitement des plaintes de citoyens

153. Le Ministère de l'intérieur a mis en place un service téléphonique public d'accès direct pour les victimes de violences. Ce service désigné sous le nom de SOS Niños (SOS Enfants) est opérationnel depuis 1999 et il couvre la zone métropolitaine de Montevideo, soit un total de 1,7 millions de personnes. Il est géré par une équipe professionnelle de psychologues, de travailleurs sociaux et de fonctionnaires de police communautaires.

154. L'assistance fournie comprend la réception de l'appel par le personnel spécialisé et l'orientation vers l'équipe technique qui détermine si l'appel doit être traité par SOS Niños ou aiguillé vers une institution extérieure. Si SOS Niños prend en charge l'affaire, l'équipe technique se rend au domicile de l'intéressé pour vérifier la véracité des déclarations téléphoniques. La Direction nationale de prévention sociale du délit a mis en place un système de travail à base d'entretiens afin d'effectuer des diagnostics de cas. Ainsi, si l'existence d'un délit est établie, un rapport est adressé aux autorités judiciaires compétentes¹⁵.

b) Prévention et promotion de la prévention en matière de violence domestique

155. Le Ministère de l'intérieur, avec le soutien de la coopération internationale, a mis en place un programme de sécurité citoyenne depuis 1998. Dans ce cadre, la violence domestique a constitué un des axes principaux d'action politique.

156. Le programme a financé différents types de publications dont :

- 500 exemplaires du livre *Violencia familiar, una aproximación multidisciplinaria* (Violence domestique, une approche multidisciplinaire);
- 1 000 exemplaires du guide uruguayen à l'attention des travailleurs sociaux (*Guía uruguayana para operadores sociales*), parrainé par l'UNICEF, le Forum de la Jeunesse et l'Institut national de la jeunesse;

¹⁵ En raison du changement de gouvernement en Uruguay le 1^{er} mars 2005, beaucoup de ces services font actuellement l'objet d'une réorganisation institutionnelle.

- Des brochures d'information sur les services offerts aux victimes de violences domestiques, qui ont été distribuées dans le secteur éducatif, les centres de santé, les postes de police et les organisations non gouvernementales;
- Des brochures d'information disponibles aux arrêts d'autobus, réalisées en coopération avec l'Ambassade britannique et donnant des renseignements sur les 24 postes de police de Montevideo qui fournissent une assistance aux personnes touchées par la violence domestique.

c) Formation en matière de violence domestique

157. Plusieurs programmes de formation à l'attention de différents segments de fonctionnaires publics ont été mis en place en Uruguay, comme dans le secteur de la santé, de l'éducation, de la police et du système judiciaire. Y ont également participé des acteurs de la société civile et des universitaires.

158. Parmi les plus importants programmes de formation mis en place, on trouve :

- « Assistance en situation de crise et critères d'orientation », un programme destiné aux secteurs de la santé, de l'éducation, de la police et du système judiciaire, sous la conduite de l'organisation non gouvernementale *Mujer Ahora* (Femme Maintenant);
- « Formation à l'intervention de premier appui aux victimes de violences domestiques », un programme destiné aux fonctionnaires du secteur de la santé, sous la conduite de la Faculté de psychologie de l'Université catholique.

d) Projets mis en place en matière de violence familiale

159. Certains des principaux projets mis en place en Uruguay au cours de la période d'examen sont présentés ci-dessous.

Sous-programme D : Violence familiale - soutien à des projets

<i>Institution/projet</i>	<i>Résultats attendus à la fin du projet</i>	<i>Résultats atteints en avril 2001</i>
ARCOIRIS		
Objectif : Service d'assistance directe aux enfants et adolescents (de 3 à 15 ans) victimes de violences, mauvais traitements et abus sexuels. Former et renforcer les capacités des personnes qui travaillent avec cette population.	Service d'assistance aux 210 enfants et adolescents victimes de maltraitance et d'abus sexuel	345 enfants et adolescents assistés
	Service d'assistance aux 120 parents ou adultes en charge de victimes de maltraitance et d'abus sexuel	249 adultes travaillant dans le domaine de la maltraitance et de l'abus sexuel ont été assistés
Durée : 36 mois	120 professionnels formés à la détection précoce et au premier traitement des situations de maltraitance et d'abus sexuel d'enfants et d'adolescents	51 professionnels formés
Coût total : 41 000 dollars E.-U.		
Début : décembre 1998		

Sous-programme D : Violence familiale - soutien à des projets

<i>Institution/projet</i>	<i>Résultats attendus à la fin du projet</i>	<i>Résultats atteints en avril 2001</i>
PLEMMU		
<p>Objectif : Fournir un conseil psychologique et juridique, un service d'accompagnement et d'orientation aux femmes victimes de violence âgées de plus de 14 ans dans les zones de Pando, grâce à la création d'un centre de gestion de crise. Étendre le service d'assistance téléphonique de Montevideo à Canelones en matière de réception d'appels, d'offre de soutien et d'orientation</p> <p>Durée : 36 mois</p> <p>Coût total : 150 040 dollars E.-U.</p>	<p>Service d'assistance et de conseil aux 1 200 femmes victimes de violence à Pando</p> <p>Service d'assistance et de conseil aux 1 200 femmes victimes de violence à Ciudad de la Costa</p> <p>Extension du service téléphonique d'assistance, de conseil et d'orientation aux 1 500 femmes victimes de violence à Canelones</p>	<p>424 femmes assistées à Pando</p> <p>456 femmes assistées à Ciudad de la Costa</p> <p>Contrat annulé d'un mutuel accord</p>
Casa de la Mujer de la Unión		
<p>Objectif : Système d'assistance intégrale, améliorant la qualité de vie des victimes par leur formation et leur insertion sur le marché du travail et la stimulation de l'estime de soi en vue d'élaborer des projets de vie indépendants</p> <p>Durée : 36 mois</p> <p>Coût total : 105 000 dollars É.-U.</p> <p>Début : février 1999</p>	<p>Service d'assistance psychologique et juridique aux 1 500 femmes victimes de violence domestique et sexuelle</p> <p>Orientation des femmes victimes de violence en vue de leur entrée sur le marché du travail</p>	<p>2 028 femmes assistées</p> <p>139 femmes inscrites au bureau du travail en décembre 2000</p> <p>35 femmes entrent sur le marché du travail en décembre 2000</p>
Comuna Mujer - IMM		
<p>Objectif : Renforcer le programme Comuna Mujer de l'IMM destiné aux femmes des milieux populaires dans les zones 9, 12 et 18 de Montevideo et ses services d'assistance gérés contractuellement par des ONG, et la formation des femmes des associations de quartier</p> <p>Durée : 36 mois</p> <p>Coût total : 134 400 dollars E.-U.</p>	<p>Services d'assistance psychosociale et juridique aux femmes victimes de violence familiale fonctionnant dans les CCZ 9, 12 et 18</p> <p>Assistance psychosociale : CCZ 9 : 1 200 consultations CCZ 12 : 1 034 consultations</p> <p>Assistance juridique : CCZ 18 : 1 560 consultations</p>	<p>CCZ 9 : 649 consultations depuis mai 1999</p> <p>CCZ 12 : 703 consultations depuis février 1999</p> <p>CCZ 18 : 1 222 consultations depuis mai 1999</p>

Sous-programme D : Violence familiale - soutien à des projets

<i>Institution/projet</i>	<i>Résultats attendus à la fin du projet</i>	<i>Résultats atteints en avril 2001</i>
Début : mars 1999	Programme de formation à la violence domestique pour 30 femmes de comités de quartier, de conseils et d'organes locaux	3 cours de formation pour 41 agents communautaires
El Faro Forum de la jeunesse	Service d'assistance pour 1 350 adolescentes victimes de maltraitance	1 037 jeunes assistés
Objectif : Service d'assistance aux femmes victimes de violence et d'abus sexuel, en particulier dans le cas de femmes jeunes, développement de la sensibilisation, création de stratégies d'approche des agresseurs	Formation de 150 agents communautaires	111 agents formés
Durée : 36 mois	Stratégie d'approche de 56 agresseurs, mise en place pour les faire participer à la prestation du service	Participation de 37 agresseurs
Coût total : 60 000 dollars E.-U.		
Début : décembre 1998		
Mujer ahora	Service d'assistance psychosociale et juridique pour 1 200 femmes victimes de violence domestique	821 femmes assistées
Objectif : Contribuer à éradiquer la violence au moyen d'actions de prévention, d'assistance et de formation destinées à des agents communautaires	400 agents communautaires formés à la prévention et à l'assistance initiale en matière de violence domestique	410 agents formés
Durée : 36 mois		
Coût total : 129 000 dollars E.-U.		
Début : avril 1999		
Centre d'assistance aux victimes de violence domestique (Département national de prévention des délits – DNPD)	Cours de formation pour 275 agents travaillant dans des institutions	144 agents ayant achevé leur formation
Objectif : Création d'un réseau d'institutions dans la zone métropolitaine de Canelones permettant de décentraliser le service offert par le Centre	Service d'appui technique aux institutions associées pour les 1 050 cas traités par elles	Appui technique fourni pour 376 cas
Durée : 36 mois		55 cas assistés par l'orientation des institutions
Coût total : 72 000 dollars E.-U.		
Début : mai 1999		

Sous-programme D : Violence familiale - soutien à des projets

<i>Institution/projet</i>	<i>Résultats attendus à la fin du projet</i>	<i>Résultats atteints en avril 2001</i>
<p>MUJER Y SOCIEDAD Objectif : Renforcer l'estime de soi des victimes par une large diffusion de leurs droits et les aider à les exercer par la création de nouveaux bureaux de conseil juridique offrant une assistance et un suivi et formant des conseillers juridiques à la prévention dans le cadre d'ateliers</p> <p>Durée : 36 mois</p> <p>Coût total : 23 000 dollars E.-U.</p> <p>Début : avril 1999</p>	<p>Service d'assistance psychologique et juridique pour 2 200 femmes</p> <p>Formation de 210 conseillères juridiques</p>	<p>647 femmes assistées</p> <p>143 conseillères juridiques formées</p>
<p>PNEL – Refuge de femmes Objectif : Répondre aux besoins de logement et d'emploi des familles dont un des membres au moins est en situation de conflit avec la loi, par la mise à disposition d'un refuge provisoire et la mise en place d'ateliers de formation professionnelle</p> <p>Durée : 48 mois</p> <p>Coût total : 159 000 dollars E.-U.</p> <p>Début : avril 1999</p>	<p>84 familles hébergées pendant 4 mois de séjour en moyenne</p> <p>36 solutions de logement à trouver pour des femmes et des familles</p> <p>Atelier de couture pour la formation de 30 femmes et production</p> <p>36 solutions professionnelles à trouver pour les femmes</p>	<p>50 familles hébergées pendant 4 mois de séjour en moyenne</p> <p>33 solutions de logement trouvées pour des femmes et des familles</p> <p>18 femmes formées dans le domaine de la couture et 14 participant à la formation</p> <p>45 solutions professionnelles trouvées; à titre d'exemple, en tant qu'employées de maison ou employées de service à l'Escuela Chile et le Fonds de la Police</p>

Source : Ministère de l'intérieur, Programme de sécurité citoyenne, 2004.

6. SANTÉ DE BASE ET BIEN-ÊTRE (article 6, paragraphe 3 de l'article 18, articles 23, 24 et 26 et paragraphes 1 à 3 de l'article 27)

6.1 Enfants handicapés (article 23)

160. Le nouveau Code reconnaît à l'enfant victime d'un handicap psychique, physique ou sensoriel le droit de vivre dans des conditions qui lui permettent de participer à la société et d'avoir un accès effectif à l'éducation, à la culture et à l'emploi.

161. Afin d'assurer le plein exercice de ces droits, l'État reconnaît la nécessité de mettre en œuvre des politiques sociales de base, complémentaires, de protection spéciale et de nature intégrale répondant à la diversité des réalités et favorisant une meilleure coordination entre l'État et la société civile.

162. L'article 22 du Code établit que la protection de l'enfant doit être assurée par : des politiques sociales de base garantissant la mise en application effective des droits consacrés dans

la Constitution de la République pour tous les enfants et les adolescents; des programmes de soins intégraux pour ceux qui en ont besoin à titre temporaire ou permanent, qu'il soient handicapés, en situation de vulnérabilité ou de marginalisation; des programmes et services spéciaux de prévention et de soins médicaux et psychosociaux pour les victimes de négligence, de maltraitance, de violence ou d'exploitation professionnelle ou sexuelle; des programmes garantissant la protection sociale et juridique des enfants en situation de conflit avec la loi et des programmes éducatifs destinés à assurer leur insertion sociale; des programmes de promotion de l'enfance dans le domaine du sport, de la culture et des loisirs; et le recours à des indicateurs de développement de l'enfant respectant le droit à la vie privée.

6.2 Enfants handicapés et éducation

163. Il n'existe pas de données officielles relatives aux enfants handicapés en Uruguay.

6.3 La santé de l'enfant dans le contexte historique uruguayen

164. Très tôt, dans le cadre de l'État providence mis en place au début du siècle dernier, puis au cours de sa deuxième phase dans les années 1950, l'Uruguay s'est caractérisé par des indicateurs de santé materno-infantile très favorables, résultant de faibles taux de natalité et d'un large accès aux soins de santé (UNICEF, 2004b). Toutefois, la crise structurelle de l'État providence, qui est apparue dans les années 1960 et qui s'est accentuée dans les années 1970 et 1980, ainsi que les transformations que l'État et la société ont connues dans le cadre des réformes des années 1990 ont retenti sur la santé materno-infantile, confrontant le pays à des problèmes d'une intensité jusque-là inconnue.

165. On trouvera ci-après, à partir d'une étude de l'UNICEF, les données les plus récentes concernant différents indicateurs : mortalité infantile, nutrition, couverture des services de santé, allaitement maternel et VIH.

6.3.1 Mortalité infantile

166. En Uruguay, la mortalité infantile qui est étroitement liée au niveau sanitaire et au bien-être de la population n'a cessé de diminuer au fil des ans. Les chiffres les plus récents témoignent de cette évolution. Toutefois, la baisse de la mortalité infantile a été en Uruguay plus lente que dans d'autres pays de la région aux caractéristiques sociodémographiques analogues, comme le Chili et Cuba (UNICEF, 2004b). Il n'a pas été possible de réduire le taux de mortalité infantile (TMI) au niveau de ces pays. En 2001, ce taux s'élevait à 13,9 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui équivaut en termes absolus à 721 enfants sur un total de 52 000 naissances annuelles. En 2002, le TMI a de nouveau baissé pour atteindre environ 13,5 pour 1 000 naissances vivantes. Le tableau 12 indique l'évolution du taux de mortalité infantile, ventilé par mortalité néonatale et post-néonatale au cours des cinq années de 1998 à 2002.

TABLEAU 12

Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)

	<i>Infantile</i>	<i>Néonatale</i>	<i>Post-néonatale</i>	<i>Enfants de moins de 5 ans (TMM5)</i>
1998	16,5	8,7	7,9	19,0
1999	14,4	8,5	5,9	16,9
2000	14,1	7,9	6,2	16,5
2001	13,9	7,9	5,9	16,3
2002	13,5	n/d	n/d	16,0

167. Le tableau met en évidence une baisse constante des taux de mortalité néonatale et post-néonatale au cours de la période 1998-2002.

168. La baisse du taux de mortalité infantile néonatale s'explique fondamentalement par les progrès réalisés en matière de soins médicaux durant et immédiatement après l'accouchement. La baisse du taux de mortalité post-néonatale est due à l'amélioration des soins dispensés à la mère et à l'enfant après leur sortie du service de santé (cf. *op. cit.*, in UNICEF, 2004b).

169. Ceci montre qu'afin d'obtenir une baisse du TMI, il faut intervenir au niveau des soins néonataux et des soins post-néonataux, ce qui se traduit par des actions à mener pour améliorer le suivi des grossesses ainsi que de la mère et de l'enfant après l'accouchement (UNICEF, 2004b, p. 25).

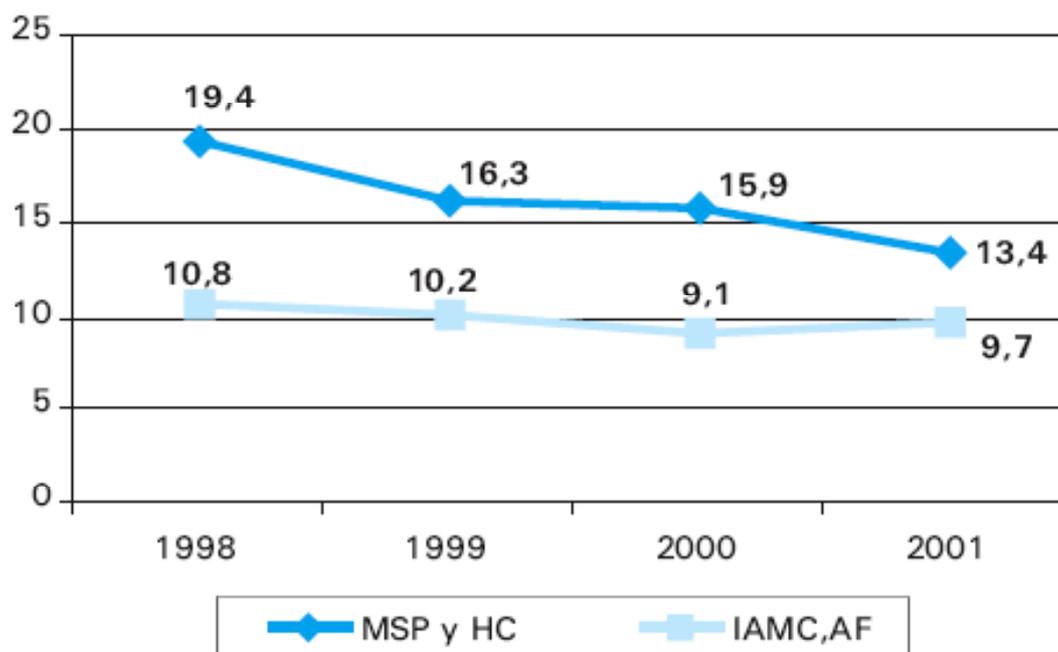
6.3.2 Mortalité infantile et couverture des services de santé

a) *Enfants âgés de 0 à 5 ans*

170. L'un des facteurs qui influent sur la mortalité infantile est la couverture des services de santé. Il est notoire qu'il existe un fossé entre la population recourant au système public de santé et celle qui utilise le système privé. Le TMI varie en Uruguay selon que le traitement est assuré par l'un ou l'autre de ces systèmes. Ainsi, par exemple, le taux de mortalité infantile dans le secteur public était de 13,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2001, alors qu'il était de 9,7 dans le secteur privé (*op. cit.*, p. 26). Le graphique ci-dessous montre l'évolution de ces deux taux dans le secteur public et dans le secteur privé.

GRAPHIQUE VI

Taux de mortalité infantile par établissement où le décès est intervenu



MSP : Ministère de la santé publique.

HC : Hospital de Clínicas (hôpital universitaire).

IAMC : Institutions d'assistance médicale collective.

AF : Allocations familiales.

Source : Données analysées par l'UNICEF (2004).

171. Le graphique précédent montre qu'en 1998, la différence entre les deux secteurs était plus importante qu'en 2001. Le TMI du secteur public était de 19,4, alors qu'il était de 10,8 dans le secteur privé. Selon l'UNICEF, la réduction de cette différence est le résultat d'une baisse du TMI dans le secteur public (*op. cit.*, p. 27). Cette même étude de l'UNICEF conclut, bien qu'à titre provisoire, qu'en attendant une analyse plus profonde, il est possible d'affirmer que le taux de mortalité néonatale a connu une baisse dans le secteur public et qu'il s'est stabilisé dans le secteur privé (*cf. op. cit.*, p. 27).

172. Par ailleurs, il est possible d'ajouter d'autres données et considérations. En premier lieu, bien que la population n'ayant pas accès à un autre type de couverture puisse bénéficier de soins médicaux dans le secteur public, l'Enquête permanente sur les ménages (ECH) montre que 2,8 % des enfants âgés de 0 à 5 ans déclarent ne pas disposer de couverture (*cf. UNICEF, 2004b, p. 31*). Le tableau qui suit indique l'évolution du pourcentage d'enfants âgés de 0 à 5 ans sans couverture en Uruguay.

TABLEAU 13

Pourcentage d'enfants sans couverture sanitaire

1998	2,3
1999	2,9
2000	2,3
2001	2,8
2002	2,8

Source : Établi par l'UNICEF, à partir des données de l'ECH de l'INE (Institut national de la statistique).

173. Toutefois, il serait nécessaire d'enquêter sur les raisons de cette contradiction apparente en vertu de laquelle une partie de la population déclare ne pas disposer de couverture alors qu'en principe, celle-ci est universelle. On manque de données précises en la matière. Mais, selon une interprétation (UNICEF, 2005b), il est très probable que « les difficultés économiques que connaît un grand nombre de ménages ne permettent pas d'accéder de manière adéquate aux services de santé » (coût des transports, opportunité, etc.) » (cf. *op. cit.*, p. 31). En outre, la crise profonde du système de soins médicaux en Uruguay, accentuée par la migration massive d'usagers vers le secteur public en raison de la crise que le pays traverse, a engendré une « incertitude quant à la couverture, susceptible d'avoir entraîné une baisse de la qualité des services »... et retentissant sur l'accès aux soins de santé pour les enfants âgés de 0 à 5 ans.

b) *Enfants âgés de 6 à 12 ans*

174. Les données sont rares sur la situation des enfants appartenant à ce groupe d'âge en Uruguay. La mortalité relative à ce groupe n'est pas importante par rapport à celle de la petite enfance : en 2001, 66 enfants âgés de 5 à 9 ans sont décédés dans tout le pays, ce qui représente un taux de 24 pour 100 000 enfants. Indubitablement, il reste beaucoup à apprendre sur ce groupe d'âge, en matière de soins, de maladies, etc. Si on analyse par exemple les causes de mortalité, on observe une augmentation du nombre des décès dus à des causes externes. Ces dernières années, de 30 à 50 % des décès sont dus à des accidents de diverse nature (UNICEF, 2004b, p. 33). Le tableau qui suit indique l'évolution du taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 9 ans.

TABLEAU 14

Taux de mortalité, taux de mortalité due à des causes externes et relation entre les causes externes de mortalité et la mortalité générale des enfants âgés de 5 à 9 ans (pour 100 000 habitants)

	<i>Mortalité générale</i>	<i>Mortalité due à des causes externes</i>	<i>Part des causes externes rapportée aux causes générales</i>
1998	25	9	0,4
1999	27	12	0,5
2000	20	6	0,3
2001	24	10	0,4

Source : Établi par l'UNICEF, à partir des données du MSP.

175. De plus, les analyses relatives à la couverture sanitaire des enfants âgés de 0 à 5 ans sont transposables à ce groupe d'âge. Les données de l'INE montrent que 3,3 % des enfants de ce groupe d'âge ne bénéficient pas d'une couverture sanitaire (cf. UNICEF, 2004b, p. 33). Le tableau qui suit indique l'évolution de ces données.

TABLEAU 15

Pourcentage d'enfants sans couverture sanitaire

1998	3,8
1999	4,3
2000	3,7
2001	3,4
2002	3,3

Source : Établi par l'UNICEF, à partir des données de l'ECH de l'INE.

c) *Enfants et adolescents âgés de 13 à 17 ans*

176. Comme il a déjà été dit à propos d'autres groupes d'âge, la Convention relative aux droits de l'enfant protège le droit des enfants et des adolescents à jouir du niveau de santé le plus élevé et d'un accès adéquat aux services de santé. L'adolescence est une période de la vie liée à des nécessités particulières du point de vue sanitaire. Toutefois, tel n'est pas le cas pour l'opinion dominante selon laquelle les jeunes ne connaissent pas de problèmes de santé importants durant cette phase de la vie. Cette opinion coïncide avec « l'invisibilité » relative des adolescents pour le monde adulte comme on l'a souligné. Il en ressort notamment qu'en pratique, il n'existe aucune offre spécifique de services de santé répondant aux besoins particuliers de cette phase de la vie. Les services de santé se limitent en général aux soins obstétricaux liés à l'adolescence ou au domaine de la santé mentale. Mais il n'existe aucune réponse adaptée aux autres besoins de santé propres aux adolescents. Ces derniers doivent passer directement de la phase infantile à l'âge adulte, ce qui prouve clairement que le système sanitaire ne reconnaît pas les problèmes spécifiques de l'adolescence.

6.3.3 Le poids des enfants à la naissance et la mortalité infantile

177. Le faible poids des enfants à la naissance présente un risque important pour la survie de l'enfant, étant donné la relation étroite entre mortalité infantile et poids du nouveau-né. D'une certaine façon, cet indicateur mesure le risque de mortalité de l'enfant, étant donné qu'il reflète en partie l'histoire sociale et sanitaire de la mère. Le poids à la naissance, l'allaitement maternel et la condition socio-économique des familles sont sans doute les trois principaux indicateurs de la prévalence de la malnutrition (cf. *op. cit.*, p. 28)¹⁶.

¹⁶ En Uruguay, l'organisme chargé d'effectuer chaque année les mesures permettant d'évaluer l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans est le Système de surveillance de l'état nutritionnel (SISVEN) du Département de nutrition du Ministère de la santé publique (MSP). Seuls les enfants qui ont bénéficié de l'assistance du MSP sont pris en compte par le SISVEN. Il ne tient pas compte du pourcentage de la population à haut risque qui est celle « sans couverture » (2,8 % des enfants en 2002 selon l'ECH de l'INE). Par ailleurs, le passage de la population du secteur privé au secteur public (en 1998, 36 % des enfants âgés de 0 à 5 ans relevaient du secteur privé, contre 28 % en 2001) peut avoir retenti sur les caractéristiques de la population témoin, en raison de la plus grande représentation d'enfants ne présentant aucun risque nutritionnel (cf. UNICEF, 2004b).

178. Le tableau qui suit présente l'évolution de 1998 à 2001 des données relatives aux nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance, d'où il est possible de conclure qu'en 2001, le pourcentage des nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance a augmenté pour atteindre 8,2 % et culminer à 9 % en 2003. Ces données ont été fournies par le Programme d'aide à l'enfance du Ministère de la santé publique (2005).

TABLEAU 16

Pourcentage de nouveau-nés ayant un poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes

<i>Année</i>	<i>Naissances</i>	<i>Faible poids à la naissance</i>	<i>Pourcentage</i>
1999	54 004	4 269	7,9
2000	52 770	4 010	7,6
2001	51 959	4 506	8,2
2002	51 953	4 156	8,0
2003	50 631	4 557	9,0
2004	50 052	4 304	8,6

Source : Programme d'aide à l'enfance, MSP, 2005.

6.3.4 Malnutrition et mortalité infantile

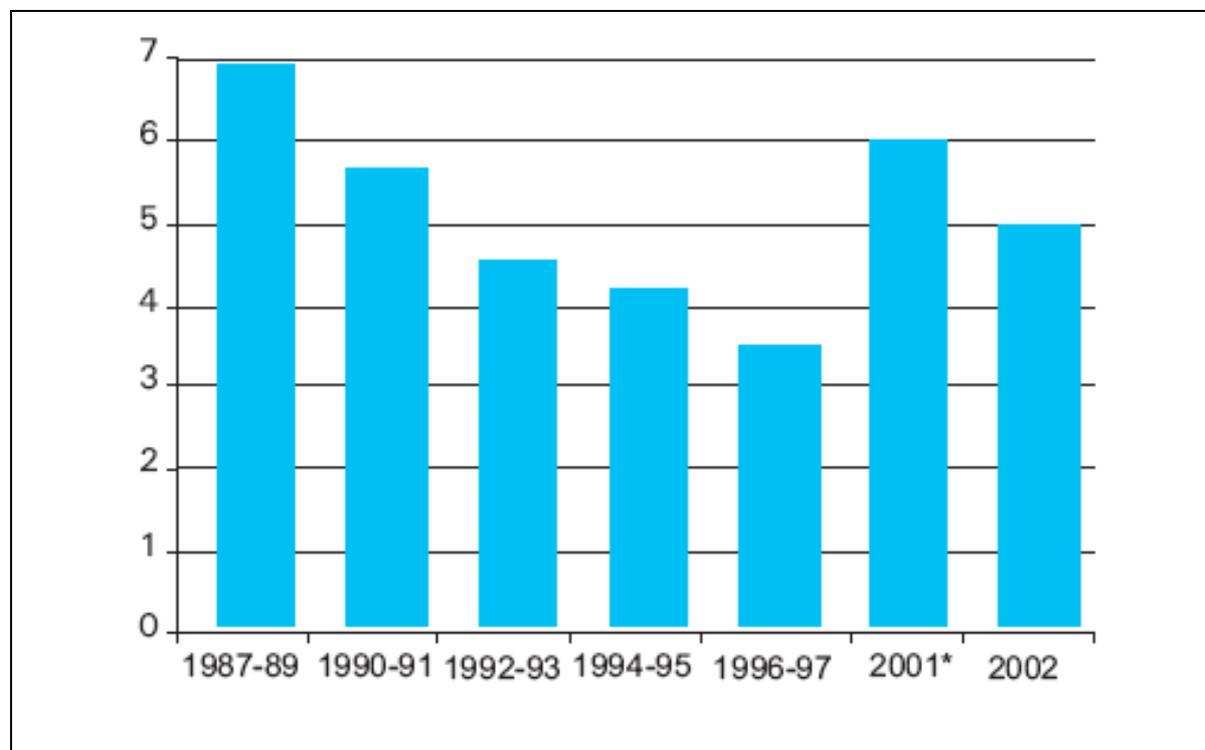
179. En 2002 et 2003, la malnutrition infantile est devenue un sujet de préoccupation inscrit au programme public national, après une période où tel n'avait pas été le cas. Certains analystes ont interprété ce phénomène comme une conséquence de la crise économique de 2002, alors que d'autres estiment que la malnutrition ne varie pas nécessairement aussitôt en fonction de la conjoncture économique. De plus, certains spécialistes pensent que la malnutrition ne peut pas être réduite à « un problème d'alimentation spécifique à l'enfant », mais la considèrent comme l'indicateur « d'un autre ensemble de problèmes liés à l'enfant, à sa mère, à sa famille et à son milieu » (UNICEF, 2004b, p. 28).

180. En Uruguay, le nombre d'enfants a légèrement augmenté entre le milieu des années 1990 et 2002. La malnutrition globale (poids/âge) s'est non seulement accrue, mais également la malnutrition chronique (poids/âge) et la malnutrition aiguë. Ce qui est le plus préoccupant, c'est que ces niveaux demeurent approximativement les mêmes qu'au début des années 1990.

181. Comme le graphique suivant le montre, après une baisse sensible de la malnutrition à partir de 1987 (critère de poids/âge), la malnutrition grave et modérée a commencé à augmenter en 2001 (UNICEF, 2004b, p. 28).

GRAPHIQUE VII

Malnutrition grave et modérée (critère de poids/âge) de la population âgée de moins 5 ans et bénéficiant de l'assistance du Ministère de la santé publique



Source : UNICEF, 2004b.

182. Le tableau 17 montre l'évolution de l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans ayant bénéficié de l'assistance du MSP au cours de la période 1994-2002, et le tableau 18 montre celle des enfants en 2002, ventilés par âge.

183. La lecture de ces tableaux permet de tirer les conclusions suivantes : la malnutrition chronique est le type de malnutrition le plus fréquent parmi la population bénéficiant de l'assistance du MSP, et les chiffres les plus élevés concernent les enfants âgés de moins de 1 an; on ne dispose pas de données relatives aux carences en micronutriments dans le pays (fer et zinc), qui sont des facteurs qui contribuent aussi au retard de la croissance; l'augmentation de la malnutrition aiguë est indubitablement liée à la situation de crise économique du pays, laquelle peut avoir retenti sur l'offre alimentaire accessible à la population la plus pauvre; par ailleurs, l'obésité est un problème qui a un impact croissant sur la population infantile (cf. UNICEF, 2004b, p. 30).

TABLEAU 17

État nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans. Usagers des services publics de santé

	<i>Malnutrition (%)</i>			<i>Obésité (%) (>2DS)</i>
	<i>Globale (poids/âge) (-2DS)</i>	<i>Chronique (taille/âge) (-2DS)</i>	<i>Aiguë (poids/taille) (-2DS)</i>	
1994-1995	4,1	8,1	1,1	-
1996-1997	3,5	9,4	1,3	-
2001	5,9	12,7	1,2	-
2002	4,9	10,6	1,8	7,4
Pop. réf. ^a	2,3	2,3	2,3	2,3

Source : Système de surveillance de l'état nutritionnel (SISVEN), Département de nutrition du Ministère de la santé publique.

Note : Le Z-score était de -2 DS (déviations standard). Les données relatives à la population bénéficiant de l'assistance du Ministère de la santé publique jusqu'en 1997 proviennent des dossiers médicaux. Les données de 2001 correspondent aux enfants ayant bénéficié de cette assistance à une certaine période de cette année-là.

^a Résultats escomptés parmi la population de référence, Centre national de statistiques sur la santé des États-Unis (NCHS).

TABLEAU 18

État nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans, par âge, 2002

	<i>Malnutrition (%)</i>			<i>Obésité (%) (>2SD)</i>
	<i>Globale (poids/âge) (-2SD)</i>	<i>Chronique (taille/âge) (-2SD)</i>	<i>Aiguë (poids/taille) (-2SD)</i>	
Enfants âgés de moins de 1 an	3,6	10,0	1,2	8,4
1 an	8,1	16,7	2,2	9,3
De 2 à 4 ans	5,2	8,1	2,5	5,0
Pop. réf. ^a	2,3	2,3	2,3	2,3

Source : Système de surveillance de l'état nutritionnel (SISVEN), Département de nutrition du Ministère de la santé publique.

^a Dénutrition selon le critère poids/âge : modérée-grave. Pourcentage inférieur à une déviation standard de -2 par rapport à la moyenne de poids par âge de la population de référence.

b) *État nutritionnel des enfants âgés de 6 à 12 ans*

184. En 2002, une étude sur la taille des enfants de première année des écoles primaires publiques a été réalisée en Uruguay par le Programme d'alimentation scolaire de l'Administration nationale de l'éducation publique. Les mesures anthropométriques faites dans cette étude mettent en évidence, au moyen de l'indicateur taille/âge, les situations les plus

souvent favorables à la malnutrition chez les enfants. Selon les commentaires formulés par l'UNICEF à propos de cette étude, « l'existence de personnes présentant des retards quant à leur taille rapportée à leur âge révèle une forte persistance de malnutrition à un certain stade de leur vie ». L'Uruguay ne connaît pas de graves problèmes de malnutrition, mais les données de l'étude attestent « l'existence de niveaux de retard modéré et grave supérieurs à ceux de la population de référence » (UNICEF, 2004b, p. 34). Presque 20 % des enfants présentent un retard modéré, ce qui signifie que leur poids est à une déviation standard en dessous de celui de la population de référence, alors que le retard grave touche 4 % des enfants scolarisés dans des écoles publiques. Ces données sont présentées d'une manière ordonnée dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 19

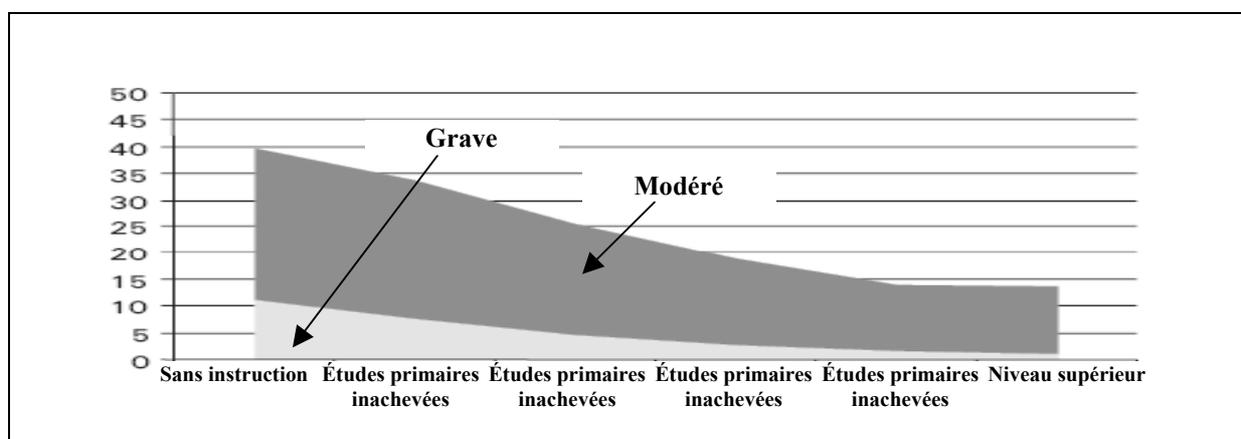
Déficit nutritionnel des élèves au cours de leur première année de scolarité, par sexe, 2002

<i>Écoles publiques (2002)</i>	<i>État nutritionne (pourcentage d'élèves de première année des écoles primaires)</i>	
	<i>Retard modéré de la taille rapportée à l'âge (-1DS)</i>	<i>Retard grave de la taille rapportée à l'âge (-2DS)</i>
	Total	18,8
Garçons	19,5	4,8
Filles	17,9	3,3
Résultats escomptés par le NCHS	13,6	2,3

185. Ce déficit nutritionnel des élèves de première année tient à différents facteurs liés à la famille d'origine, comme l'existence d'une alimentation insuffisante à certains stades de leur vie.

GRAPHIQUE VIII

**Retard modéré et grave de la taille rapportée à l'âge parmi les élèves de première année,
selon le niveau d'études de la mère (en %)**



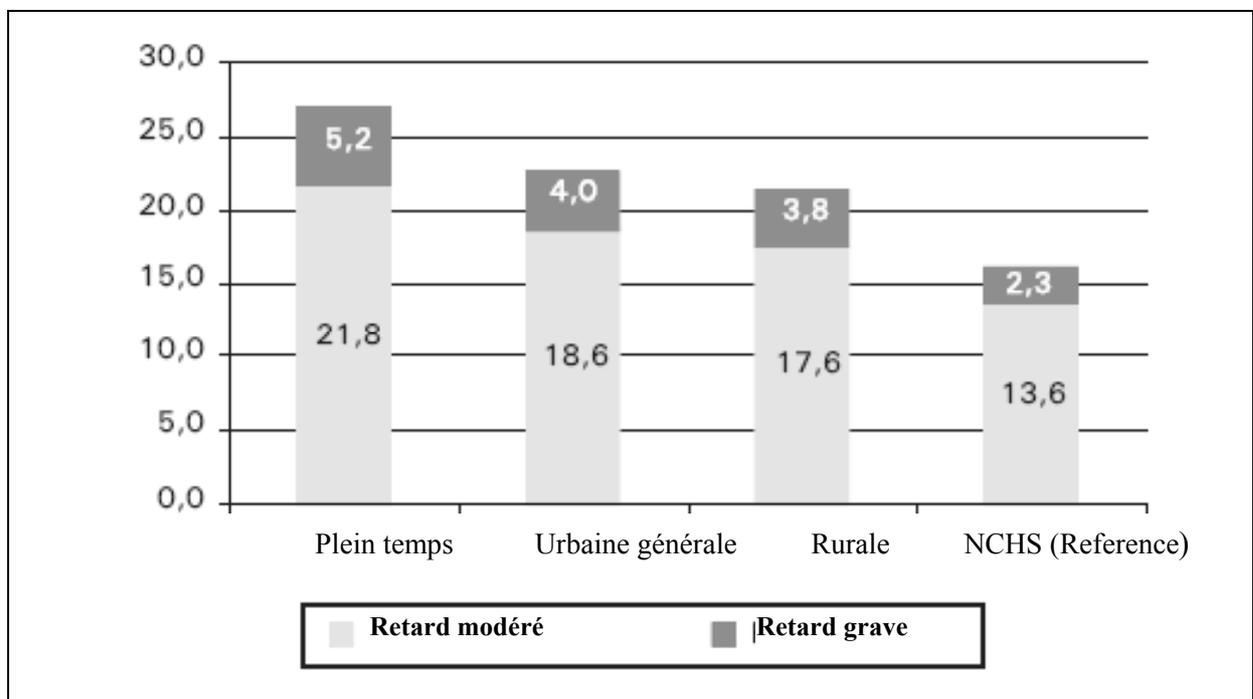
Source : UNICEF.

186. Le graphique précédent montre l'incidence du faible niveau d'études de la mère sur la santé de l'enfant : « La probabilité de voir un enfant souffrir de malnutrition grave au cours de sa première année de scolarité est pour un enfant dont la mère n'a pas achevé ses études primaires six fois supérieure à celle d'un enfant dont la mère a fait des études supérieures. » (UNICEF, 2004b, p. 32).

187. Concernant les types d'école, les données montrent selon l'UNICEF une certaine disparité nutritionnelle entre les élèves uruguayens, liée à l'impact positif du programme scolaire à plein temps axé sur la population la plus pauvre (UNICEF, 2004b, p. 32). Ces données sont mises en évidence dans le graphique qui suit.

GRAPHIQUE IX

Retard modéré et grave de la taille rapportée à l'âge parmi les élèves de première année, par type d'école (en %)



c) *Enfants âgés de 13 à 17 ans*

188. En matière de nutrition, les adolescents pauvres quittant l'enseignement primaire où des programmes d'appoint alimentaire ont été mis en place pour le secondaire qui ne dispose pas de cet appui posent des problèmes en Uruguay. On ne dispose pas d'informations systématiques suffisantes sur ce segment d'enfants et d'adolescents.

6.3.5 Allaitement maternel

189. En Uruguay, le Programme d'aide à l'enfance du Ministère de la santé publique est chargé du suivi, du traitement, de l'évaluation et de l'élaboration des politiques, des programmes et des projets en la matière.

190. On trouvera ci-après les extraits du rapport présenté par ce Programme qui sont les plus pertinents pour le présent rapport (Ministère de la santé publique, Programme d'aide à l'enfance, 2005).

a) *Principes directeurs et actions*¹⁷

191. La Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 reconnaît clairement à tous les enfants le droit à une nutrition adaptée, dont l'allaitement maternel. En conséquence, le Ministère de la santé publique encourage différentes activités relatives à l'appui, à la promotion et à la protection de l'allaitement maternel. De plus, il a développé des programmes avec le soutien d'organismes internationaux comme l'UNICEF.

192. L'allaitement maternel est la ressource la plus précieuse pour garantir à tous les enfants le meilleur début possible dans la vie. Le lait maternel donné de manière exclusive jusqu'à l'âge de 6 mois, puis complété jusqu'à l'âge de 2 ans, est le meilleur aliment qu'un enfant peut recevoir. Il protège l'enfant contre la diarrhée et les infections respiratoires, et la preuve est donnée tous les jours que les enfants nourris au sein sont moins exposés à de nombreuses maladies comme le cancer, l'asthme, le diabète infantile et les affections gastro-intestinales.

193. De 1995 à 2000, un programme d'activités a été développé dans le cadre du Programme national d'allaitement maternel et de la Commission nationale d'allaitement maternel, lequel comprenait les lignes d'action suivantes : formation du personnel de santé des services de santé publics et privés, accréditation des hôpitaux et des dispensaires amis des bébés, soutien et coordination des célébrations des Semaines mondiales de l'allaitement au sein et surveillance du respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. De plus, deux enquêtes ont été conduites (en 1996 et 1999) sur la situation des principaux indicateurs d'allaitement au sein et des modèles d'alimentation d'appoint.

194. Au cours de cette période, la formation du personnel de santé a été assurée dans la plupart des services du Ministère de la santé publique, ainsi que celle des travailleurs et des professionnels de santé dans les services et maternités privés, dans le cadre du Programme d'accréditation d'hôpitaux amis des bébés. Le Programme national de promotion de l'allaitement au sein a impulsé l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé de l'OMS et de l'UNICEF afin de promouvoir la modification des pratiques et des routines hospitalières et de manière à mettre en œuvre les Dix Pas pour un allaitement maternel réussi.

195. À ce jour, trois hôpitaux publics et deux dispensaires ont été accrédités amis des bébés à Rivera et Treinta y Tres. Dans le secteur privé, des maternités et un dispensaire ont été accrédités amis des bébés.

196. Des campagnes de communication ont été organisées dans les médias (télévision, radio et presse) et des matériels imprimés ont été développés pour soutenir les activités de formation, ainsi que des matériels destinés à la population et aux travailleurs de santé.

197. Tout au long d'un processus d'une durée d'un an, un groupe consultatif a travaillé à l'élaboration d'un Plan national d'aide intégrale à l'enfance, à l'adolescence et à la santé

¹⁷ Toutes les données présentées sur l'allaitement maternel sont extraites du rapport du Programme d'aide à l'enfance du MSP (2005), établies pour l'élaboration du présent rapport.

reproductive. Ce Plan contenait les bases conceptuelles et opérationnelles de sa réalisation qui s'appuyait sur une large participation et visait à constituer un outil de base pour orienter la politique de promotion de la santé, incluant les buts et objectifs opérationnels destinés à améliorer les pratiques de nutrition infantile et tenant compte des activités spécifiques relatives à la promotion, à la protection et au soutien de l'allaitement maternel.

b) *Mesures législatives adoptées*

198. D'autres mesures de promotion et de protection de l'allaitement maternel ont été développées durant la période d'examen. Parmi elles, il convient de souligner la loi N° 17803 du 16 août 2004 qui établit les mécanismes de promotion de l'allaitement maternel et stipule ce qui suit :

Article premier. Le Ministère de la santé publique et le Ministère du travail et de la sécurité sociale devront mettre en place des mécanismes de promotion de l'allaitement maternel.

199. En conséquence, l'en-tête utilisé pour la correspondance ainsi que les factures établies par le Ministère ou les services pertinents, dont les centres médicaux, devront faire figurer de manière visible et lisible la légende suivante : « Le lait maternel est meilleur pour le nouveau-né et le nourrisson. »

Article 2. Les organisations médicales privées disposant d'unités de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie devront faire figurer une légende analogue dans leurs en-têtes.

Article 3. Les articles de consommation courante utilisés durant la grossesse et l'allaitement maternel devront faire figurer une légende analogue, d'une manière qui soit aisément lisible.

200. Par ailleurs, la loi N° 17386 relative à l'accompagnement de l'accouchement a été adoptée. Elle établit ce qui suit :

Article premier. Toutes les femmes ont droit durant l'accouchement et y compris au moment de la naissance d'être accompagnées par une personne de confiance ou, à défaut, par une personne de leur choix spécialement formée à leur fournir un soutien affectif.

Article 2. Tous les centres médicaux devront informer la mère enceinte de son droit à être assistée en vertu des dispositions de l'article premier et devront encourager la pratique à laquelle cet article fait référence.

Article 3. Les dispositions de la présente loi seront appliquées par les professionnels ainsi que par les organismes de soins du secteur de la santé, qu'ils soient publics ou privés.

c) *Recherche et production de connaissances en vue de l'amélioration de la gestion de l'allaitement maternel*

201. En 2003, le Réseau uruguayen de soutien à la nutrition et au développement de l'enfant, avec l'appui de l'UNICEF, a réalisé la troisième enquête nationale sur l'allaitement maternel. En

août de la même année, dans le cadre de la Semaine mondiale de l'allaitement au sein, un atelier s'est tenu pour élaborer des recommandations pour une politique nationale de promotion de l'allaitement maternel. À partir des conclusions de cet atelier et dans le cadre d'un projet conjoint PNUD/UNICEF, le travail a commencé par plusieurs initiatives, dont l'accréditation de services de premiers soins et du Centre hospitalier Pereira Rossell, dans le cadre des bonnes pratiques nutritionnelles du nourrisson et du jeune enfant. En 2003, les pratiques nutritionnelles de 2 986 enfants âgés de moins de 2 ans ont fait l'objet d'une étude. Les résultats obtenus ont été comparés à deux enquêtes utilisant des méthodes identiques, réalisées en 1996 et en 1999 grâce au soutien de l'UNICEF au Programme de promotion de l'allaitement maternel de l'époque du Ministère de la santé publique. Les échantillons ont été classés selon l'âge en mois, la distribution des naissances par région (Montevideo et l'intérieur du pays) et le type de service de santé (public et mutuel).

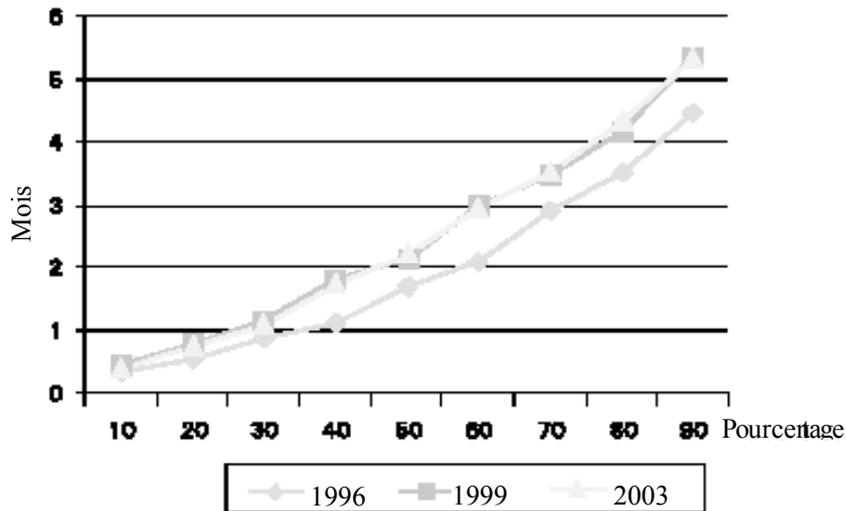
d) *Recherche sur l'évolution et les tendances des indicateurs d'allaitement maternel*

202. Une enquête descriptive et transversale a été réalisée (1996, 1999 et 2003) dont la conception permet de trianguler des données comparatives sur l'évolution de l'allaitement maternel et sa prévalence sur une certaine période (de 1996 à 2003). On a mis sur pied et réparti une équipe de 53 enquêteurs qualifiés, disposant d'une expérience et d'une pratique quotidienne de groupes de population présentant des caractéristiques analogues à l'objet de l'étude. Ce groupe d'enquêteurs a par ailleurs suivi une formation spécifique afin de réaliser ce travail de recherche. La collecte des données a été effectuée au moyen d'un questionnaire-type, identique à ceux qui avaient été utilisés lors des collectes précédentes. Le questionnaire recueille des informations sur le régime alimentaire de l'enfant au cours des dernières 24 heures. La collecte et l'établissement des informations de terrain ont été réalisés de mai à juin 2003. Sur le total de la population étudiée, 8 % des enfants sont nés avec un poids bas. Cette proportion est plus élevée parmi les enfants nés dans les services de santé publics (8,6 %) que parmi ceux qui sont nés dans des services gérés par le secteur mutuel (7,1 %), le Département de statistique du Ministère de la santé publique enregistrant des chiffres analogues.

203. Selon l'indicateur taille/âge, l'état nutritionnel des enfants étudiés s'est détérioré en 2003 par rapport aux années précédentes : 5 % des enfants se trouvaient à $-2DS$ par rapport à la moyenne, alors que la proportion dans une population de référence donnée est censée être en général de 2,3 %. La malnutrition des enfants a été presque trois fois supérieure dans les services publics que dans les services mutuels. Alors que l'allaitement maternel est au départ pratiquement généralisé en Uruguay, un tiers des enfants ne bénéficie déjà plus au deuxième mois de vie des propriétés liées à l'allaitement maternel exclusif (ci-après AME). La durée moyenne de l'AME est de 2,2 mois, ce qui est analogue au chiffre de 1999 (2,1 mois) et quelque peu supérieur à celui de 1996 (1,7 mois). La présentation de la durée de l'AME sous forme de graphique et traduite en termes de pourcentage permet d'apprécier la superposition de la courbe de 2003 et de la courbe de 1999 et une différence marquée par rapport à celle de 1996, ce qui indique que la distribution de l'AME de 2003 suit pratiquement le même modèle que celui de 1999.

GRAPHIQUE X

Durée de l'allaitement maternel exclusif (en %)



204. De toute façon, l'analyse de la prévalence de l'AME à chaque mois de vie met en évidence une légère amélioration de cet indicateur en 2003 (par rapport à 1999) pour les enfants âgés de 0,1 et 2 mois; relativement aux années précédentes, il baisse d'une manière sensible à 3 mois (stade de convergence de différents facteurs comme la fréquence des crises transitoires d'allaitement et le retour au travail de beaucoup de mères) et augmente ensuite considérablement à 5 mois (de 19,8 % en 1999 à 31,9 % en 2003). Ce dernier point peut s'expliquer par le fait que les organisations internationales ont commencé à recommander l'allaitement maternel exclusif jusqu'au sixième mois, contrairement aux quatre à six mois d'allaitement maternel qui étaient préconisés de manière ambiguë au cours des années antérieures.

205. Il convient de souligner l'augmentation des chiffres de prévalence d'allaitement maternel exclusif de 1999, par rapport à ceux de 1996.

206. Comme dans le cas de l'allaitement maternel exclusif, le pays a connu une amélioration sensible de ce taux qui est passé de 14,9 % en 1996 à 31,5 % en 1999. Les chiffres de 2003 sont très proches de ceux de 1999 (32,2 %).

207. Les usagers des services publics de l'intérieur du pays connaissent ces derniers temps une situation meilleure, de 10 points supérieure à celle des usagers des services mutuels de Montevideo (25,9 %). Les hôpitaux et les dispensaires amis des bébés ont réduit leur niveau d'alimentation d'appoint entre 1999 (38,1 %) et 2003 (33,4 %); bien que ces chiffres restent favorables par rapport à ceux des établissements non accrédités, les différences sont considérablement moindres qu'en 1999.

208. De même, comme il a été observé en matière d'allaitement maternel exclusif, la part des enfants avec un poids bas à la naissance bénéficiant d'une alimentation d'appoint, qui avait sensiblement augmenté entre 1996 (9,6 %) et 1999 (19,2 %), est tombée à 15,1 % en 2003.

209. Un tiers des enfants âgés de 20 à 23 mois sont nourris au sein en Uruguay (31,3 %). Ceci correspond presque au triple de ce qui a été observé en 1996 (11,8 %), mais constitue déjà une augmentation sensible par rapport à 1999 (22,9 %).

e) *Activités développées par le Programme national de santé de l'enfance (2005)*

210. Le développement des activités de ce Programme a tenu particulièrement compte des données suivantes relatives à la situation de l'allaitement maternel :

- L'Uruguay contribue au regain d'une culture nationale de l'allaitement maternel;
- En 1996, l'Uruguay a rejoint le mouvement mondial de promotion, protection et soutien de l'allaitement maternel (organisations internationales);
- La durée de l'allaitement maternel a été prolongée : 47 % des enfants âgés de 12 à 15 mois sont nourris au sein et un tiers de ceux qui sont âgés de 20 à 23 mois;
- La consommation d'eau et de thé concerne moins d'enfants en bas âge;
- La durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif est passée de 2,1 mois en 1996 à 2,6 mois en 1999, et elle demeure inchangée;
- Avec ses 63 %, le taux de l'AME des enfants âgés de moins de 4 mois est analogue à celui de 1999 (63,2 %), mais très supérieur à celui de 1996 (37,6 %);
- Le taux d'enfants âgés de moins de 6 mois a légèrement augmenté en 2003 (54,19 %) par rapport à 1999 (50,7 %), principalement à cause du nombre plus important d'enfants âgés de moins de 5 mois nourris au sein;
- Les services publics de santé de l'intérieur du pays sont les seuls à avoir augmenté le taux de l'allaitement maternel exclusif parmi les enfants âgés de moins de 4 mois, lequel est passé de 58,6 % en 1999 à 67,6 % en 2003;
- Le taux de l'allaitement maternel exclusif pour les enfants âgés de moins de 4 mois et le taux de l'alimentation d'appoint sont restés stables de 1999 à 2003;
- Les indicateurs d'allaitement maternel sont meilleurs dans les services de santé accrédités que dans les services non accrédités;
- La durée moyenne de l'allaitement maternel était de 8,2 mois en 2003, de 7,3 mois en 1999 et de 5,7 mois en 1996.

211. À partir de ces données, le Programme a privilégié une série d'activités liées à la promotion, à la protection et au soutien de l'allaitement maternel. Pour ce faire, les trois enquêtes réalisées en 1996, 1999 et 2003 ont servi de base à l'analyse des principaux indicateurs de l'allaitement maternel dans le pays ainsi qu'à l'identification des domaines à considérer pour le développement du travail futur.

Lignes d'action

212. Dans ce cadre, le Programme a fixé deux lignes d'action : la première est liée à l'actualisation des normes nationales en matière d'allaitement maternel, conformément au rôle directeur du Programme au sein de la Direction générale de la santé.

213. En second lieu et parallèlement, l'UNICEF, à travers le projet de mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'alimentation du nourrisson et de jeune enfant, et le PNUD, à travers le projet intitulé « Renforcement nutritionnel et développement de projets de vie », ont formé une alliance stratégique afin de travailler ensemble. Cette stratégie entend contribuer à modifier le modèle des soins à l'appui d'activités pratiques, en donnant la priorité aux soins primaires et en collaborant avec le service de consultations externes du MSP, les policliniques de la municipalité de Montevideo et la maternité Pereira Rossell. Elle vise également à développer les politiques et les programmes avec les prestataires de santé du secteur public, en optimisant les ressources disponibles et en conjuguant ses efforts avec ceux des agences internationales. L'intervention concrète mentionnée est liée à la certification des bonnes pratiques nutritionnelles du nourrisson et du jeune enfant dans les services de santé : centres de soins primaires et maternités.

Stratégie

214. Les deux lignes d'action poursuivies dans le cadre du programme ont pour but de contribuer à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, laquelle fixe les interventions essentielles permettant de protéger, de promouvoir et de soutenir l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant. Cette stratégie vise à améliorer par une alimentation optimale l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et, de cette manière, la survie des nourrissons et des jeunes enfants.

215. La stratégie se veut un guide en vue de l'adoption de mesures; elle se fonde sur les preuves scientifiques de l'importance des premiers mois et des premières années de vie pour la croissance et le développement des enfants, et elle identifie les interventions ayant des effets positifs attestés au cours de cette période.

216. La stratégie est fondée sur le respect, la protection, la facilitation et l'observation des principes acceptés par les droits de l'homme. Les enfants ont le droit de recevoir une nutrition adaptée et d'avoir accès à des aliments non toxiques et nutritifs, et ces deux éléments sont essentiels au respect de leur droit au niveau de santé le plus élevé possible. De leur côté, les femmes ont droit d'avoir une nutrition adaptée, de décider de quelle manière nourrir leurs enfants et de disposer d'informations complètes et des conditions appropriées leur permettant de mettre en pratique leurs décisions. Cette même stratégie prend aussi en compte la Convention relative aux droits de l'enfant et la Déclaration mondiale sur la nutrition et le Plan d'action pour la nutrition (FAO/OMS, 1992).

217. En Uruguay, il reste beaucoup à faire pour que l'allaitement maternel exclusif soit réalisé pour tous les enfants au cours des six premiers mois de leur vie, bien que d'important progrès aient été faits en la matière. L'alimentation d'appoint commence en général soit trop tôt, soit trop tard et les aliments sont souvent nutritionnellement inadaptés et insalubres. Les enfants mal nourris tombent malades plus souvent et souffrent des effets de leur retard de croissance pour le restant de leur vie. L'augmentation du nombre d'enfants en surpoids et obèses est aussi un sujet de grande préoccupation. Pour améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, il faut commencer par s'assurer que les femmes jouissent d'un bon état de santé et de nutrition, comme

tel est leur droit tout au long de leur vie, et qu'elles peuvent jouer leur rôle de mère quant à la prise en charge de leurs enfants et de leur famille. Les pratiques alimentaires inappropriées et leurs conséquences constituent des obstacles importants au développement socio-économique durable et à la réduction de la pauvreté. L'alimentation d'appoint adaptée dépend d'informations précises et du soutien spécifique de la famille, de la communauté et du système de soins de santé (Ministère de la santé publique, 2005).

f) *Action de soutien au fonctionnement de la Banque de lait humain de la Maternité du Centre hospitalier Pereira Rossell*

218. Le lait humain est particulièrement important pour les prématurés et la faible proportion de nourrissons à terme avec un faible poids à la naissance, dans la mesure où ils ont plus de risques de contracter des infections, d'avoir des problèmes de santé à long terme ou de mourir. Le programme développe par conséquent une stratégie de coopération et de soutien en vue de renforcer et de consolider des activités de la Banque de lait humain de la Maternité du Centre hospitalier Pereira Rossell, de même qu'il travaille à l'accréditation de cette dernière.

g) *Action de création d'un Groupe technique consultatif sur le guide des bonnes pratiques nutritionnelles du nourrisson et du jeune enfant*

219. Le principal objectif de ce groupe est la présentation et l'analyse d'un guide des bonnes pratiques nutritionnelles du nourrisson et du jeune enfant. Ce document servira de base pour l'accréditation des services de santé. Le groupe est composé de directeurs et de responsables de différents organismes, institutions et organisations travaillant dans ce domaine, dont des organisations de la société civile, des établissements universitaires, des associations professionnelles et des agences internationales.

220. Le groupe a commencé une série de réunions techniques avec des acteurs clefs (Faculté de médecine, associations professionnelles, prestataires de services de santé et société civile) pour débattre et traiter des documents qui serviront de base à la certification et à l'accréditation des services de santé.

6.3.6 Maladies : le VIH/sida

221. Les observations concernant la situation relative au VIH/sida se fondent sur des études de l'UNICEF (UNICEF, 2004b). En général, on peut constater pour la population dans son ensemble une augmentation importante de la prévalence qui a presque doublé entre 2000 (0,23 %) et 2002 (0,36 %), selon des études réalisées par le MSP (UNICEF, 2004b, p. 30). La mise en place de tests rapides, effectués dans les maternités du secteur public, explique probablement l'un des aspects positifs du problème, à savoir la réduction de la transmission verticale de la mère à l'enfant (voir le tableau ci-dessous).

222. Toutefois, il faut signaler que beaucoup de femmes ne font pas les contrôles prénatals comme il convient. Il existe peu de possibilités d'assurer en Uruguay le dépistage des femmes enceintes séropositives au cours du contrôle prénatal. D'où la nécessité de recourir aux tests rapides pour réduire autrement la transmission (UNICEF, 200b).

223. Le tableau suivant montre les différents indicateurs de VIH et de sida.

TABLEAU 20

Indicateurs de VIH et de sida

	<i>Pourcentage de cas de VIH périnataux (transmission verticale)^a</i>	<i>Enfants orphelins à cause du VIH (total cumulé)^b</i>	<i>Sida pédiatrique (total cumulé)^b</i>	<i>Enfants séropositifs (total cumulé)^b</i>
1995	35,0	-	-	-
2002	5,8	280	64	102

^a Données fournies par la direction du Centre obstétrico-pédiatrique de suivi du VIH du Centre hospitalier Pereira Rossell, Administration des services de santé de l'État (ASSE) du Ministère de la santé publique (MSP).

^b Informations du Programme national de lutte contre le sida du Ministère de la santé publique.

a) *Incidence du VIH/sida parmi les adolescents âgés de 13 à 17 ans*

224. Les institutions d'Uruguay ont fait des efforts considérables pour lutter contre l'épidémie du VIH/sida. Malgré cela, les carences les plus grandes concernent la prévention, surtout sur le plan éducatif (UNICEF, 2004b, p. 34). Cet aspect est particulièrement pertinent, dans la mesure où il touche beaucoup de jeunes. On a beaucoup débattu du contenu des programmes d'éducation sexuelle, mais le système éducatif ne dispose toujours pas d'une approche cohérente en la matière (UNICEF, 2004b, p. 34).

225. L'évolution de l'épidémie en Uruguay montre qu'elle concerne de plus en plus les jeunes et les femmes. Si le groupe des 25-34 ans est le plus représenté parmi les cas enregistrés, c'est celui des 15-24 ans pour les études du système sentinelle.

226. Le VIH touche les jeunes très tôt, ce qui correspond sans aucun doute à la précocité des relations sexuelles et à un comportement à haut risque parmi cette population (*op. cit.*, p. 35).

227. Le manque d'informations persiste, d'où la difficulté d'élaborer des politiques et des programmes de manière plus adéquate.

6.4 La sécurité sociale et les services et établissements de garde d'enfants (article 26 et paragraphe 3 de l'article 18), (paragraphe 99 à 102)

6.4.1 Programme de sécurité sociale pour les enfants et les femmes enceintes¹⁸

228. Les allocations familiales est un régime visant à permettre aux parents actifs de s'occuper des enfants à leur charge et de contribuer à leur développement intégral. La Caisse de prévoyance sociale gère deux programmes d'allocations familiales pour les enfants et les femmes enceintes : le régime d'allocations familiales établi par le décret-loi N° 15084 du 28 novembre 1980 et le programme plus récent destiné aux enfants de familles à faible revenu, mis en place par la loi N° 17139 du 16 juillet 1999 établissant le programme et la loi N° 17758 du 4 mai 2004 qui en étend le champ d'application. Le régime général d'allocations familiales et le programme destiné aux familles à faible revenu sont des dispositifs non contributifs, financés sur les recettes générales.

¹⁸ La section 6.4 se fonde sur le rapport du Conseil économique et actuariel de la Caisse de prévoyance sociale de l'Uruguay (2005).

6.4.2 Régime général d'allocations familiales

229. Le décret-loi N° 15084 couvre les enfants ou mineurs à la charge des employés du secteur privé, des chômeurs, des employés de maison, des vendeurs de journaux, des petits producteurs ruraux, des retraités et des pensionnés du secteur privé. Pour être ayant droit, le bénéficiaire doit être âgé de moins de 18 ans et inscrit dans un établissement d'enseignement primaire ou secondaire agréé, et les revenus de la famille doivent être inférieurs à un plafond préétabli.

230. L'allocation est composée de deux éléments : une prestation monétaire et des aides extraordinaires en nature dont l'accès aux soins médicaux primaires et aux écoles spécialisées.

a) *Allocations aux enfants*

231. Allocation monétaire : la loi N° 16697 du 25 avril 1995 a établi que le barème de l'allocation varie en fonction des revenus des deux conjoints ou concubins résidant au même domicile de l'allocataire. Si leurs revenus combinés sont moins de six fois supérieurs au salaire minimum national (SMN)¹⁹, l'allocation mensuelle correspond à 16 % du SMN; s'ils sont de 6 à 10 fois supérieurs au SMN, elle est de 8 %. Quant aux personnes dont les revenus sont supérieurs à 10 fois le SMN mensuel, elles n'ont pas droit à l'allocation, excepté si l'allocataire a trois personnes ou plus à sa charge, auquel cas le plafond est augmenté à raison d'un SMN pour chaque bénéficiaire à partir des deux premières personnes à charge.

232. Le tableau 21 présente certaines statistiques sur les bénéficiaires et les allocations annuelles de prestations par enfant relevant du régime général des allocations familiales. En décembre 2004, 315 220 enfants au total ont bénéficié de prestations, pour un montant de 29 millions de dollars annuels.

TABLEAU 21

Allocations familiales (loi N° 15084). Nombre de bénéficiaires et coût par zone géographique, 2004

	<i>Bénéficiaires</i> ^{1 2}	<i>Coût annuel (\$)</i>
Intérieur du pays	218 056	20 192 121
Montevideo	97 164	9 205 578
Total	315 220	29 397 699

Source : Établi à partir du Système de réingénierie des prestations (RING).

¹ Données de décembre.

² Dont les bénéficiaires handicapés et les allocations prénatales.

233. Prestations en nature : les enfants bénéficiaires d'allocations familiales ont droit aux soins de santé primaires dispensés par la Caisse de prévoyance sociale dans ses centres materno-infantiles (il y en a cinq à Montevideo et un à Pando) ou par les IAMC du reste du pays. L'assistance comprend le service médical, alimentaire et pharmaceutique pour les enfants âgés de moins de 6 ans, les soins odontologiques jusqu'à l'âge de 9 ans et les services de prise en charge

¹⁹ À compter de janvier 2005, le salaire minimum national (SMN) a été remplacé comme référence par la base de prestations et de contributions (loi N° 17856 du 20 décembre 2004).

intégrale pour les enfants souffrant de malformations congénitales. Le Département des spécialités médico-chirurgicales (DEMEQUI) offre des services spéciaux aux bénéficiaires d'allocations familiales atteints de malformations congénitales ou pathologiques résultant de risques périnataux.

234. Les soins de santé primaires comprennent :

- a) À partir de 91 jours et jusqu'au jour précédent le sixième anniversaire de l'enfant : des contrôles médicaux du nouveau-né; des contrôles pédiatriques; l'orientation vers des spécialistes; des vaccinations.
- b) À partir de 91 jours et jusqu'à l'âge de 9 ans : protection sociale; soins dentaires et service d'orthodontique, auquel il est possible d'avoir accès jusqu'au jour précédent l'anniversaire des 10 ans de l'enfant; les soins odontologiques aux enfants sont exclusivement assurés dans les cliniques de Montevideo et de Pando. Les soins orthodontiques sont dispensés dans le centre materno-infantile N° 3 de Montevideo, les frais de transport et de logement étant à la charge des intéressés.
- c) De la naissance jusqu'à l'âge de 13 ans, 11 mois et 29 jours, sans limite d'âge pour la sortie de l'hôpital : traitement spécialisé des malformations congénitales à la policlinique pédiatrique spécialisée, qui oriente les patients vers différents services – oto-rhino-laryngologie, chirurgie infantile et plastique, neuropédiatrie, urologie, traumatologie, endocrinologie, dermatologie, etc.

235. Les examens, les médicaments ainsi que les appareils de prothèse nécessaires (lunettes, aides auditives, fauteuils roulants, etc.) sont gratuits. Lorsqu'un traitement requiert un transfert depuis l'intérieur du pays, le déplacement et le logement du patient et de la personne qui l'accompagne sont pris en charge gratuitement.

236. Les tableaux 22 à 25 présentent certaines statistiques sur les dépenses de santé et les services médicaux relevant du régime général d'allocations familiales. Les dépenses de santé ainsi que les frais de transport et les aides spécialisées se sont élevés en 2004 à un peu plus de 25 millions de dollars par an.

TABLEAU 22

Dépenses annuelles en soins spéciaux, transport et de santé, 2004 (en dollars courants)

Soins spéciaux	5 962 515
Transport aux établissements de santé	219 421
Dépenses de santé	19 167 399
Total des prestations médicales	25 349 336

Source : Établi à partir du bilan de la Caisse de prévoyance sociale.

237. En 2004, les services médicaux du secteur sanitaire ont assuré 10 162 accouchements et 10 263 naissances, ce qui représente environ un cinquième du total des naissances dans le pays (en 2003, on a enregistré un total de 50 538 naissances, selon les données publiées dans l'*Anuario Estadístico del INE*).

TABLEAU 23

Nombre d'accouchements et de naissances en cliniques, par zone géographique, 2004

	<i>Accouchements</i>	<i>Naissances</i>
Intérieur du pays	7 198	7 272
Montevideo	2 964	2 991
Total	10 162	10 263

Source : *Boletín Estadístico*, 2005, AEA – Caisse de prévoyance sociale, N° 60.

238. En 2004, les centres materno-infantiles de la Caisse de prévoyance sociale ont assuré presque 196 000 consultations, dont la plupart sont d'ordre pédiatrique et odontologique.

TABLEAU 24

Nombre de consultations dans les centres materno-infantiles, par spécialité, 2004

Pédiatrie	87 133
Obstétrique	23 818
Médecine générale	9 491
Odontologie	75 481
Total	195 923

Source : *Boletín Estadístico*, 2005, AEA – Caisse de prévoyance sociale, N° 60.

239. En 2004, le Département de spécialités médico-chirurgicales (DEMEQUI) a assuré 84 300 consultations et presque 1 300 opérations chirurgicales.

TABLEAU 25

Statistiques des soins assurés par le DEMEQUI, 2004

<i>Service</i>	<i>Nombre de consultations</i>	<i>Opérations</i>
Cardiologie	3 748	
Chirurgie pédiatrique	2 094	371
Chirurgie plastique	1 645	180
Dermatologie	1 334	
Endocrinologie	1 645	
Physiothérapie	800	
Phoniatry	1 572	
Gastroentérologie	1 480	
Hématologie	703	
Pneumologie	1 509	

<i>Service</i>	<i>Nombre de consultations</i>	<i>Opérations</i>
Neurochirurgie	267	82
Neuropédiatrie	18 789	
Ophthalmologie	10 266	192
Orthopédie	5 642	174
Oto-rhino-laryngologie	7 503	124
Pédiatrie	4 308	
Pédiatrie externe	701	
Psychologie	9 681	
Psychiatrie pour adultes	1 302	
Psychiatrie pour enfants	4 096	
Urologie	5 273	163
Total	84 358	1 286

Source : *Boletín Estadístico*, 2005, AEA – Caisse de prévoyance sociale, N° 60.

6.4.3 Allocations aux femmes enceintes

240. Les femmes enceintes dont les enfants bénéficieront d'une allocation familiale à l'avenir, qui n'ont pas d'assurance médicale et qui ne sont pas affiliées à une IAMC ont droit à une couverture au titre du système d'allocations familiales, à compter du moment où leur grossesse est établie. Ce service est accessible à toutes les femmes actives qui le demandent, à toutes les conjointes ou concubines d'hommes actifs et aux mères célibataires qui ne disposent pas d'assurance médicale. La prestation couvre les soins intégraux de la femme enceinte et du nouveau-né jusqu'à l'âge de 90 jours.

241. Les allocations consistent en prestations monétaires et en services materno-infantiles. Le versement de l'allocation monétaire prénatale est conditionné par le contrôle périodique de l'état de grossesse (à raison d'au moins quatre contrôles au cours de la grossesse). Les soins intégraux des services materno-infantiles de la Caisse de prévoyance sociale comprennent :

- Surveillance obstétrique de l'état de grossesse, au moyen de contrôles cliniques et d'examen périodiques dont des traitements spéciaux, des analyses, des admissions, des soins odontologiques, etc.;
- Soins durant l'accouchement;
- Soins intégraux dispensés au nouveau-né jusqu'à l'âge de 90 jours.

6.4.4 Allocations aux enfants handicapés

242. Les enfants handicapés ont droit au double de l'allocation familiale, c'est-à-dire à 32 ou 16 % du SMN selon le niveau de revenu de la famille. Cette allocation est payable à vie ou jusqu'à ce que la personne handicapée perçoive une autre allocation de la Caisse de prévoyance sociale.

243. Outre cette double allocation familiale, les enfants et les adolescents handicapés reçoivent des aides économiques spéciales pour couvrir leurs frais de scolarité dans des écoles spéciales, de transport scolaire et de prise en charge par des établissements de réinsertion.

244. Le tableau 26 indique le nombre d'allocataires et le montant de l'allocation versée aux enfants handicapés. En décembre 2004, le nombre d'allocataires couverts par le régime général d'allocations familiales a été de 3 171 enfants handicapés et les dépenses annuelles en matière d'allocations familiales ont été légèrement supérieures à un demi-million de dollars.

TABLEAU 26

Enfants handicapés – Allocations familiales (loi N° 15084)
Nombre d'allocataires et coût annuel, par niveau de prestation, 2004

	<i>Allocataires</i>	<i>Coût annuel (en dollars)</i>
16% du SMN	174	16 125
32% du SMN	2 997	516 471
Total	3 171	532 596

Source : Établi à partir du Système de réingénierie des prestations (RING).

6.4.5 Régime d'allocations familiales pour les ménages à faible revenu

245. Depuis l'entrée en vigueur de la loi N° 17139 en janvier 2000, les ménages à faible revenu ont droit aux allocations familiales, ces familles étant entendues comme celles qui perçoivent des revenus mensuels de nature monétaire ou non d'un montant non supérieur à trois fois le salaire minimum national. De plus, l'ayant droit doit répondre à l'un des critères suivants :

- Être une mère célibataire assurant le seul revenu du foyer;
- Être un employé ou une employée dont l'allocation chômage est arrivée à expiration;
- Être une femme enceinte.

246. Les femmes enceintes perçoivent une prestation prénatale dès le début de la grossesse, suivie d'une prestation d'une durée de 12 mois immédiatement après la naissance. Depuis l'entrée en vigueur de la loi N° 17758 en juin 2004, la prestation d'allocations familiales aux ménages à faible revenu a été étendue à toutes les familles dont les revenus de toute nature sont inférieurs à trois fois le SMN et qui ne bénéficiaient pas de ce droit en vertu des deux lois antérieures (loi N° 15084 de 1980 et loi N° 17139 de 1999). Les allocations familiales versées aux ménages sont plus limitées que celles du régime général. Elles consistent en une prestation monétaire fixe équivalant à 16 % du salaire minimum national. Elles ne donnent pas accès à des prestations en nature. Dans le cas d'enfants handicapés physiques ou mentaux, l'allocation mensuelle est multipliée par deux à l'instar du régime général.

247. Sans préjuger des contrôles effectués par la Caisse de prévoyance sociale, l'Institut national du mineur, devenu aujourd'hui l'INAU, est responsable du suivi du bien-être du mineur et il veille en particulier au respect de la scolarité obligatoire.

248. Le tableau 27 indique le nombre de personnes bénéficiant des allocations familiales aux ménages à faible revenu (AFHMR). En décembre 2004, on comptait 184 252 mineurs couverts par ce régime et le montant annuel des versements a légèrement dépassé 13 millions de dollars.

Tableau 27
Allocations familiales aux ménages à faible revenu
Nombre d'allocataires et coût annuel, par régime légal, 2004

	<i>Allocataires</i> ^{1 2}	<i>Coût annuel (en dollars)</i>
Loi N° 17139		
Intérieur du pays	61 435	5 919 289
Montevideo	36 755	3 672 027
Total	98 190	9 591 316
Loi N° 17758		
Intérieur du pays	60 914	2 606 696
Montevideo	25 148	1 087 831
Total	86 062	3 694 527

Source : Établi à partir du Système de réingénierie des prestations (RING).

¹ Données de décembre.

² Dont les allocataires handicapés.

6.4.6 Allocations de maternité

249. Les femmes travaillant dans le secteur privé qui cotisent à la Caisse de prévoyance sociale et les chômeuses qui sont couvertes par cette dernière ont droit à une allocation de maternité avant et après la naissance. Son montant est calculé sur la base des revenus des six derniers mois d'activité et ne peut pas être inférieur à 1 SMN. L'allocation couvre un total de 12 semaines : 6 avant l'accouchement et 6 immédiatement après. Dans le cas d'une adoption, l'un des parents a le droit à un congé rémunéré de 43 jours à compter de la date de la prise en charge de l'enfant.

TABLEAU 28
Allocation de maternité
Nombre d'allocataires et dépenses annuelles, 2004

<i>Allocataires (moyenne mensuelle de l'année)</i>	<i>Allocation de maternité (en dollars)</i>
912	5 364 149

Source : Système de réingénierie des prestations (RING) et bilan de la Caisse de prévoyance sociale.

250. Les tableaux suivants fournissent des informations supplémentaires.

TABLEAU 29

Nombre de cotisants à la Caisse de prévoyance sociale par affiliation, traduisant l'évolution de 2000 à 2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Cotisants du secteur privé	738 777	711 898	664 829	682 499	731 668
Industrie et commerce					
Employeurs	98 954	92 880	86 857	85 427	89 130
Employés	423 181	412 404	374 398	379 571	411 075
Construction	35 527	30 897	21 950	18 674	23 976
Activité rurale					
Employeurs	77 506	74 079	74 253	74 707	77 559
Employés	72 824	70 389	72 407	87 215	91 363
Employés de maison	30 785	31 249	34 964	36 905	38 564
Cotisants du secteur public	188 965	189 148	188 049	183 444	184 479
Total	927 742	901 046	852 878	865 943	916 147

Source : Boletín Estadístico, 2005, AEA – Caisse de prévoyance sociale, N° 60.

TABLEAU 30

Indicateurs démographiques de l'évolution de la population et de sa projection jusqu'en 2025

	1996	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Population totale	3 235 549	3 300 847	3 305 723	3 356 584	3 415 866	3 471 747	3 519 821
Pourcentage de la population âgée de moins de 15 ans	25,5	24,9	23,9	22,6	21,1	20,5	20,0
Pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus	12,8	13,0	13,3	13,6	13,9	14,7	15,7
Ratio de dépendance ^a	61,9	61,0	59,3	56,6	53,9	54,2	55,3
Taux de mortalité infantile (pour 1 000)	17,36	13,80	14,20	12,86	11,18	9,76	8,62

Source : Institut national de la statistique, Projections démographiques, révision 2005.

Note : Ratio de dépendance = (0-14) + (65+) / (15-64).

TABLEAU 31

Cotisants des secteurs public et privé à la Caisse de prévoyance sociale

	<i>1999</i>	<i>2000</i>
Cotisants du secteur privé	758 962	727 472
Employeurs	181 094	174 414
Industrie et commerce	103 113	95 992
Activité rurale	77 981	78 422
Employés	577 868	553 058
Industrie et commerce	424 672	414 349

6.4.7 Programmes d'assistance de la sécurité sociale pour les personnes handicapées

251. Le système de sécurité sociale uruguayen fournit les prestations mentionnées ci-dessous.

a) *Prestations de santé*

252. Le Département médico-chirurgical offre une assistance spéciale aux bénéficiaires d'allocations familiales atteints de malformations congénitales ou pathologiques résultant de risques périnataux.

b) *Prestations financières*

253. Outre la double allocation familiale, les enfants et les adolescents handicapés reçoivent une aide économique spéciale destinée à couvrir les frais de scolarité ou de transport s'ils fréquentent des écoles spéciales ou des établissements de réinsertion.

c) *Allocations de maternité versées par la sécurité sociale*

254. Les femmes travaillant dans n'importe quelle branche du secteur privé ont droit à des allocations de maternité, même si elles prennent un congé de maternité ou quittent leur emploi durant la grossesse ou le congé postnatal. Les femmes actives qui tombent enceintes durant la période où elles sont couvertes par l'assurance chômage bénéficient également de cette allocation.

255. Cette allocation fait obligation à sa bénéficiaire d'interrompre tout travail six semaines avant la date présumée de l'accouchement et de ne pas reprendre son activité durant six semaines après cet accouchement. En cas de maladie résultant de la grossesse ou de la naissance, le congé de maternité prénatal et postnatal peut être prolongé.

256. Durant la période d'inactivité, l'allocataire perçoit l'équivalent en espèces de son salaire ou traitement, à quoi s'ajoute la quote-part correspondant à la prime annuelle, à l'indemnité de congé et à l'indemnité de congés payés. Le montant de l'allocation est calculé sur la base du temps travaillé et des rémunérations perçues au cours des six derniers mois, celles-ci ne pouvant pas être inférieures à un salaire minimum national.

d) *Changement temporaire d'activités durant la grossesse*

257. Toutes les femmes enceintes ou allaitantes qui travaillent dans le secteur public ou privé ont le droit d'opter temporairement pour un travail qui ne présente pas de risques pour la santé. Ce changement n'entraînera pas de réduction de la rémunération perçue.

6.5 Dépenses publiques de santé

258. Il existe plusieurs options pour réunir des informations pertinentes en la matière. L'une consiste à mener une enquête dans laquelle il est non seulement demandé aux personnes interrogées l'origine de leur couverture sanitaire, mais aussi si elles ont eu recours aux services de santé au cours des derniers mois et, le cas échéant, de quels services il s'est agi. Telle est la stratégie utilisée par Davrieux (1991) pour déterminer les dépenses publiques de santé en fonction du niveau de revenus des ménages.

259. Dans les estimations présentées dans la section suivante du présent rapport, une autre option a été privilégiée, qui consiste à partir des estimations disponibles des dépenses moyennes prévues d'un allocataire selon son âge. Cela permettra de calculer la part relative de l'enfance dans les dépenses moyennes prévues.

260. L'allocation des dépenses indirectes présente des difficultés plus grandes, dans la mesure où les informations qui se dégagent des enquêtes sur les ménages ne permettent pas, en général, d'analyser la répartition de la consommation (dépenses, revenus, bien-être) au sein de ces ménages. Quelle part de l'allocation familiale perçue par un ménage déterminé est-elle destinée aux membres de la famille âgés de moins de 18 ans ? Une autre méthode consiste à considérer que tous les revenus d'un ménage déterminé sont répartis selon la structure de dépenses résultant de l'application d'échelles d'équivalence. La présente étude a utilisé cette option afin de déterminer quelle part de l'allocation familiale est dépensée pour les enfants.

261. L'Uruguay est connu pour ses dépenses élevées de santé par rapport au PIB. À la fin des années 1990, les dépenses de santé équivalaient environ à 11 % du PIB. Actuellement, elles sont légèrement inférieures, étant donné qu'après la crise de 2002, la diminution des dépenses a été plus grande que celle du niveau de l'activité économique, à la faveur d'importants ajustements sectoriels.

TABLEAU 32

Évolution des dépenses de santé en Uruguay

<i>Année</i>	<i>Population (en milliers)</i>	<i>Dépenses de santé (en millions de dollars E.-U.)</i>	<i>PIB (en millions de dollars E.-U.)</i>	<i>Pourcentage du PIB dépensé en matière de santé</i>	<i>Dépenses de santé par tête (en dollars E.-U.)</i>
1987	2 995	482	7 415	6,5	161
1991	3 078	807	10 087	8,0	261
1992	3 098	979	11 795	8,3	316
1994	3 195	1 590	17 518	9,1	498
1995	3 218	1 781	19 318	9,2	553

<i>Année</i>	<i>Population (en milliers)</i>	<i>Dépenses de santé (en millions de dollars E.-U.)</i>	<i>PIB (en millions de dollars E.-U.)</i>	<i>Pourcentage du PIB dépensé en matière de santé</i>	<i>Dépenses de santé par tête (en dollars E.-U.)</i>
1997	3 265	2 163	21 695	10,0	662
1998	3 289	2 292	22 371	10,2	697
1999	3 303	2 238	20 912	10,7	678
2000	3 322	2 182	20 042	10,9	657

Source : Renforcement institutionnel du secteur de la santé (FISS), Banque centrale de l'Uruguay (BCU), Institut national de la statistique (INE).

262. En 2003, selon l'Enquête permanente sur les ménages (ECH) de l'INE, 39,5 % des personnes qui avaient droit aux soins de santé fournis par le MSP étaient âgées de moins de 18 ans. Ce pourcentage est supérieur de 33,9 % à celui des personnes de cet âge dans la population du pays.

6.5.1 Dépenses de santé en matière d'enfance (Grau, 2005; Lazaroff, 2005)

263. Les fonds publics alloués à la santé de l'enfance financent les activités des prestataires suivants : a) Administration des services de santé de l'État (ASSE) du Ministère de la santé publique (MSP); b) institutions d'assistance médicale collective; c) instituts de médecine hautement spécialisée; d) département de la santé de la Caisse de prévoyance sociale; e) services de santé de la police et des armées; f) municipalités; et g) entreprises publiques.

264. L'estimation de 2003 du Service consultatif de la politique sociale (ATPS) a été utilisée comme point de départ pour calculer les dépenses publiques de santé en matière d'enfance. Cette estimation comprend les dépenses de l'ASSE du MESP, du département de la santé de la Caisse de prévoyance sociale, des services de santé de la police et des armées, des municipalités et des entreprises publiques. Il n'est pas tenu compte des dépenses des IAMC et des IMAE.

265. Le calcul des dépenses en matière d'enfance a consisté à déterminer la part des dépenses publiques de santé totales consacrées à l'enfance et à ajouter à ce chiffre les dépenses de santé en matière d'enfance par les IMAE.

266. Beaucoup d'institutions publiques, comme l'Université de la République, octroient à leurs fonctionnaires une allocation qui consiste dans le paiement de la cotisation mutuelle pour eux et les membres de leur famille. Comme ce dispositif recouvre des personnes âgées de moins de 18 ans, il doit être intégré aux estimations sur les dépenses publiques de santé en matière d'enfance. Toutefois, cette solution n'a pas été retenue pour le présent travail dans la mesure où l'on ne dispose pas d'informations pertinentes dans ce domaine.

267. Le montant des dépenses publiques de santé allouées à l'enfance a été calculé sur la base de la distribution des dépenses totales pour chaque groupe d'âge de la population relevant du secteur public, mise en évidence par l'Enquête permanente sur les ménages, et a été affiné en fonction des différentiels de coût selon les âges.

268. Le Fonds national de ressources (FNR) est une personne morale publique non gouvernementale qui assure la couverture financière des actes médicaux hautement spécialisés

pour toute la population. Ces actes sont réalisés par des instituts de médecine hautement spécialisée (IMAE), qui sont des prestataires de santé publics ou privés agréés par le Ministère de la santé publique en vue de procéder aux actes ainsi couverts.

269. On entend par « médecine hautement spécialisée » les actes médicaux qui requièrent une forte concentration de ressources humaines et de matériels permettant d'assurer un traitement d'excellence à un nombre limité de patients dont le pronostic vital ou fonctionnel est en jeu.

270. Conformément à la législation en vigueur²⁰ et en vertu de ses caractéristiques économiques et financières, le FNR constitue un système d'assurance à couverture nationale²¹ et à contribution obligatoire. Il est financé par les cotisations d'un montant fixe versées tous les mois par les bénéficiaires des entités suivantes²² :

- a) Contribution de l'État aux soins des résidents détenteurs d'un carnet de soins de santé délivré par le MSP. Cette contribution doit être assurée par le Ministère de l'économie et des finances (MEF), qui est tenu de transférer la valeur d'un montant fixe au FNR pour chaque membre inscrit auprès de l'ASSE du MSP;
- b) Contribution de l'État – entités autonomes, services décentralisés et administrations départementales – destinée à couvrir les soins des personnes dont le traitement médical est directement à leur charge;
- c) Contribution des personnes affiliées aux institutions d'assistance médicale collective (IAMC), soit en tant que bénéficiaires de l'ancienne Direction d'assurance maladie d'État (DISSE) – auquel cas la contribution au FNR est directement assurée par la Caisse de prévoyance sociale –, soit à titre individuel. Les IAMC collectent mensuellement un montant fixe et le transfèrent au FNR²³. Comme les instituts de médecine hautement spécialisée s'orientent vers la prestation de services médicaux de haute technologie et d'un coût élevé, ils fonctionnent comme une espèce de garantie physique pour les IAMC, lesquelles n'assurent pas la prestation de services de cette nature dans le cadre de leur paquet de soins global, bien que beaucoup aient mis en place des instituts de médecine hautement spécialisée qui vendent leurs services au FNR.

271. Environ 4,7 % des dépenses totales du FNR sont allouées aux enfants âgés de moins de 14 ans. Ce chiffre est obtenu en multipliant le nombre d'actes réalisés sur des personnes âgées de

²⁰ Loi N° 16343.

²¹ Ce système a un caractère universel. En pratique, cette couverture ne s'étend pas aux usagers des services de santé de la police et des armées, dans la mesure où ces entités n'ont jamais cotisé au FNR. Leur couverture est assurée par leurs propres services. Il convient de souligner que des actes hautement spécialisés ont été réalisés dans le cadre de la couverture de ces institutions et qu'en fonction de l'expérience acquise, on a promu leur intégration aux techniques devant être couvertes par le Fonds (transplantation de foie, etc.), en cherchant à sensibiliser la population dans les médias.

²² Les fonds sont déposés dans des banques officielles, auprès desquelles le Ministère de l'économie et des finances, les entités autonomes, les services décentralisés et les gouvernements départementaux, selon le cas, verseront mensuellement le montant établi.

²³ Il existe plusieurs façons d'interpréter le rôle des IAMC : si elles servent d'agents de retenue, les cotisations au FNR devront être basées sur ce qu'elles facturent ; si elles passent un contrat de réassurance avec le FNR, les cotisations devront être versées par chaque membre, que ce membre cotise déjà ou non au FNR.

moins de 14 ans par le montant payé par le FNR aux IMAE pour chaque intervention. Étant donné que les personnes âgées de 15 à 18 ans ne sont pas prises en compte, cette approximation sous-estime les dépenses réellement effectuées.

TABLEAU 33

Dépenses publiques de santé consolidées en matière d'enfance (en pourcentage du PIB)

	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>
ASSE et autres	1,17	1,17	1,17	1,17
FNR	0,03	0,03	0,03	0,03
Total	1,20	1,20	1,20	1,20

Source : Grau (2005).

272. En vertu de la formule précédente, 30,9 % des dépenses publiques de santé sont allouées à l'enfance.

6.5.2 Dépenses publiques sociales consolidées en matière d'enfance (Grau, 2005; Lazaroff, 2005)

273. De 1999 à 2002, les dépenses publiques sociales (GPS) en matière d'enfance se sont élevées en Uruguay à 4,9 % du PIB, ce qui est comparable à ce que le pays paie annuellement au titre de l'intérêt de la dette publique. Ce pourcentage est inférieur à celui de l'Argentine, où les dépenses publiques sociales en matière d'enfance se sont élevées à 6,2 % et 5,7 % du PIB, en 2001 et 2002 respectivement.

TABLEAU 34

Dépenses publiques sociales consolidées en matière d'enfance, 1999-2002 (en pourcentage du PIB)

	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>Moyenne</i>
Éducation	2,60	2,50	2,70	2,70	2,6
Santé	1,20	1,20	1,20	1,20	1,2
Services sociaux	0,14	0,19	0,20	0,26	0,2
Allocations familiales	0,08	0,09	0,08	0,09	0,1
Logement	0,80	0,80	0,80	0,70	0,8
Total	4,82	4,78	4,98	4,95	4,9

Source : Grau (2005).

TABLEAU 34

Dépenses publiques sociales consolidées en matière d'enfance
Indice de ciblage, 1999-2002

	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>Moyenne</i>
GPS en matière d'enfance	4,82	4,78	4,98	4,95	4,88
GPS	25,40	25,30	25,30	25,00	25,25
GPS en matière d'enfance en pourcentage des GPS	19,00	18,90	19,70	19,80	19,34
Pourcentage de la population âgée de moins de 18 ans	29,80	29,60	29,40	29,20	29,50
Indice de ciblage	63,70	63,80	67,00	67,80	65,60

Source : Grau (2005).

274. La principale composante des GPS en matière d'enfance correspond à des dépenses spécifiques (GE), à savoir en matière d'éducation, lesquelles représentent 50 % des dépenses publiques totales en matière d'enfance. La deuxième composante par ordre d'importance est constituée par les dépenses de santé. Les dépenses en matière de logement, d'éducation et de santé représentent 95 % de la totalité des GPS en matière d'enfance.

TABLEAU 36

Dépenses publiques sociales consolidées en matière d'enfance, 1999-2002 (en %)

	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>Moyenne</i>
Éducation	53,9	52,3	54,2	54,5	53,7
Santé	24,9	25,1	24,1	24,2	24,6
Services sociaux	2,9	4,0	4,0	5,3	4,0
Allocations familiales	1,7	1,9	1,6	1,8	1,8
Logement	16,6	16,7	16,1	14,1	15,9
Total	100	100	100	100	100

275. Enfin, plusieurs études ont été réalisées sur la situation des enfants uruguayens en matière de facteurs de risque et de vulnérabilité, en particulier relativement à ce qu'il est convenu d'appeler « l'infantilisation de la pauvreté ». Bien que la situation difficile des enfants en Uruguay soit reconnue, on ne dispose pas d'études sur les investissements réalisés dans ce domaine.

276. L'étude de Grau (2005) pose une série de problèmes méthodologiques dont il faudrait tenir compte si l'on veut disposer d'estimations sur les investissements en matière d'enfance qui soient utiles non seulement pour connaître la situation actuelle, mais aussi pour concevoir des politiques. Grau fournit également une estimation des dépenses publiques en matière d'enfance, qu'il situe en moyenne à 4,9 % du PIB pour la période 1999-2002. Ce pourcentage est inférieur à celui de l'Argentine et des États-Unis. Selon l'auteur :

« Ces estimations permettent de tirer deux conclusions. La première concerne le caractère procyclique des dépenses publiques en matière d'enfance, d'où une remise en question de leur efficacité du point de vue d'une évaluation intemporelle. La seconde concerne la manière dont les dépenses publiques sont affectées en Uruguay aux différents groupes d'âge. Bien que les enfants représentent 29,5 % de la population et qu'il s'agisse du groupe où une part importante de la pauvreté du pays se concentre, seuls 19,5 % d'entre eux bénéficient des dépenses publiques sociales.

Enfin, il convient de souligner l'importance que revêtirait pour le pays le fait de disposer d'un système officiel d'information pour le suivi des dépenses publiques sociales, faisant intervenir, outre l'ensemble du Gouvernement central, les municipalités et les entreprises publiques, et permettant de connaître toutes les solutions d'ordre méthodologique ayant été adoptées. Il s'agirait d'un instrument précieux permettant d'évaluer les politiques sociales et en particulier celles qui ont un retentissement direct ou indirect sur la situation de l'enfance. » (Grau, 2005)

277. Réalisée par Lazaroff (2005), une autre étude conclut à l'issue d'une première approximation que le total des dépenses pour cette année-là équivalait presque à 68 millions de dollars, soit 0,61 % du PIB.

278. Selon l'auteur, il s'agit d'une estimation qui mériterait d'être affinée, notamment pour ce qui est de l'obtention de données émanant des services du secteur public (lesquels ont accès aux sources primaires) (Grau, 2005).

7. ÉDUCATION, LOISIRS ET ACTIVITES CULTURELLES (articles 28, 29 et 31)

7.1 Politiques éducatives dans le contexte des politiques de l'enfance en Uruguay²⁴

279. Le système de protection sociale uruguayen existe depuis longtemps et il s'est considérablement développé au début du XX^e siècle. Il est fondé sur quatre piliers : les soins de santé publics, l'éducation publique, la protection du marché du travail et la politique des retraites (Midaglia, 2000).

280. Au cours de la dernière décennie, les analyses relatives aux problèmes auxquels la population infantile est confrontée se sont soldées par des interventions spécifiques et des modifications des politiques générales susmentionnées (Amarante et Arim, 2005).

281. Le tableau suivant, extrait d'Amarante et Arim (2005), montre certaines des grandes mesures en matière d'enfance (voir Banque Mondiale, 2004), les risques pris en compte et les programmes requis.

²⁴ La présente section sur l'éducation s'appuie sur des études de l'UNICEF (2004b), d'Amarante et Arim (2005) et de Llambí et Furtado (2005). Ces études sont celles dont l'élaboration et l'analyse sont les plus poussées relativement aux données disponibles.

TABLEAU 37

Politiques sociales de l'enfance (2002)

<i>Groupe d'âge</i>	<i>Risques sociaux</i>	<i>Programmes requis</i>	<i>Programmes disponibles (institution)</i>	<i>Type</i>
De 0 à 5 ans	Santé/mortalité	Santé materno-infantile	Santé materno-infantile (MSP) PNCA (Programme National d'Alimentation d'Appoint) (INDA, Institut National de Nutrition)	TEN A
	Développement insuffisant, carences nutritionnelles	Programmes d'alimentation	CAIF, Centre de l'Enfance et de la Famille (INAME, Institut National du Mineur)	TEN
		Développement infantile Éducation préscolaire	Éducation préscolaire obligatoire (ANEP, Administration Nationale de l'Éducation Publique)	TEN
De 6 à 11 ans : Enseignement primaire	Éducation de faible qualité	Qualité de l'éducation	TNPA, « Todos los niños pueden aprender » (ANEP) Écoles à temps complet (ANEP)	TEN
	Carences dans les aptitudes cognitives	Programmes d'alimentation	PAE, Programmes d'alimentation scolaire (ANEP)	A
De 12 à 18 ans : Enseignement secondaire	Éducation de faible qualité	Cours de rattrapage	MESYFOD (amélioration de la qualité de l'enseignement secondaire, ANEP)	TEN
	Inactivité	Transferts soumis à la participation au programme		
	Grossesses adolescentes	Cours sur la santé reproductive	Grossesses adolescentes (MSP)	TEN
	Enfants des rues	Enseignement technique	UTU, Université Technique d'Uruguay	TEN

Source : Amarante et Arim (2005), établi à partir de l'Enquête permanente sur les ménages.

Note : TEN = transferts en nature; A = alimentation.

282. Parmi les politiques présentées dans le tableau précédent, il en est deux en Uruguay qu'il faut mettre en relief et qui se sont soldées par des progrès importants vers une plus grande équité : l'extension de l'enseignement préscolaire et la mise en place d'écoles à temps complet. Les évaluations existantes montrent que ces politiques ont été fructueuses. Dans le cadre de la réforme éducative engagée au milieu des années 1990, des efforts considérables ont été faits pour offrir une éducation aux enfants d'âge préscolaire (Amarante et Arim, 2005).

283. Cette politique visait une plus grande équité sociale et se fondait sur l'idée que la sphère publique joue un rôle important dans le processus de socialisation, en particulier parmi les couches de la société à faible revenu (Amarante et Arim, 2005). Au début des années 1990, la scolarisation préscolaire uruguayenne était inférieure à celle des autres pays de la région, comme le montre le tableau ci-dessous.

TABLEAU 38

Taux brut de scolarisation préscolaire
Pays sélectionnés, 1991

<i>Pays</i>	<i>Taux (en %)</i>
Espagne	51
France	83
Italie	86
Royaume-Uni	49
États-Unis	63
Mexique	61
Argentine	61
Chili	83
Uruguay	49

Source : Midaglia (2000), cité par Amarante et Arim (2005).

7.2 Enfants de 0 à 6 ans : universalisation de l'enseignement préscolaire

284. L'enseignement primaire est depuis longtemps universel en Uruguay et presque tous les enfants y accomplissent leur cursus primaire.

285. La scolarisation préscolaire est presque universelle, notamment parmi les enfants âgés de 5 ans, ce qui profite en particulier aux milieux les plus pauvres.

286. Les résultats ont été modestes en ce qui concerne les enfants âgés de 4 ans, les taux de scolarisation étant particulièrement faibles pour les quintiles aux plus faibles revenus (voir le tableau 39).

TABLEAU 39

Scolarisation dans les centres d'éducation préscolaire

<i>Année</i>	<i>Age</i>	<i>Quintile 1</i>	<i>Quintile 2</i>	<i>Quintile 3</i>	<i>Quintile 4</i>	<i>Quintile 5</i>	<i>Total</i>
2002	4 et 5 ans	71	86	87	89	98	81
	5 ans	84	93	92	98	98	90
	4 ans	59	80	82	81	98	73
1996	4 et 5 ans	54	68	79	86	93	70
	5 ans	71	81	89	89	98	82
	4 ans	36	62	72	87	92	56

Source : Projet d'amélioration de la qualité de l'enseignement primaire (MECAEP) (2004).

287. Par ailleurs, la scolarisation préscolaire des enfants âgés de 3 ans dans le système public reste faible. Étant donné que les résultats des élèves se sont révélés directement liés à leur insertion socio-économique, l'ANEP a mis en place en 1990 une politique d'extension de l'horaire scolaire dans certaines écoles. En 1995, on a conçu une stratégie d'intervention plus complète dans le cadre d'une offre pédagogique plus large. À l'heure actuelle, il existe 95 écoles à temps complet, soit 23 000 enfants inscrits. On s'accorde en général sur le fait que cette politique va dans le bon sens, bien qu'elle ne soit pas largement mise en œuvre et que des problèmes aient été rencontrés.

288. Les écoles à temps complet ont été accueillies d'une manière positive en Uruguay. Elles ont eu pour objectif de promouvoir une équité sociale plus grande (Amarante et Arim, 2005).

289. Ces dernières années, l'un des éléments les plus déterminants pour l'évolution de l'éducation a été l'augmentation considérable de l'aide de l'État à l'enseignement élémentaire, notamment pour les milieux sociaux les plus pauvres. Par exemple, au cours de l'année 1991, seuls 20 % des enfants âgés de 4 ans du premier quintile en termes de revenus étaient scolarisés dans un établissement d'enseignement. Dix ans plus tard, ce pourcentage avoisinait 60 % (ANEP, 2002). Malgré les progrès réalisés, la scolarisation universelle est loin d'être réalisée. En 2002, 67 % des enfants âgés de 3 à 5 ans étaient scolarisés, alors que la scolarisation des enfants âgés de 4 à 5 ans – groupe qui bénéficiait des plus grands efforts en matière d'aide publique – atteignait 80 % (UNICEF, 2004b, 2005). Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la scolarisation des enfants âgés de 3 à 5 ans.

TABLEAU 40

Taux de scolarisation des enfants âgés de 3 à 5 ans

<i>Année</i>	<i>De 3 à 5 ans</i>	<i>De 4 à 5 ans</i>
1998	61,4	76,7
1999	63,8	79,0
2000	65,0	81,2
2001	69,0	81,9
2002	67,0	81,4

Source : Établi par l'UNICEF sur la base des données de l'Enquête permanente sur les ménages de l'INE.

7.3 Enfants âgés de 6 à 12 ans : universalisation de l'enseignement primaire

290. En Uruguay, l'enseignement primaire est universel sur l'ensemble du territoire et ce résultat se solde aussi par le fait que pratiquement tous les enfants y achèvent leur cursus primaire. Presque tous les enfants suivent tôt ou tard les six classes de l'enseignement primaire. En effet, ces dernières années, les taux de scolarisation des enfants âgés de 6 à 11 ans ont atteint de 98 à 99 %, la quasi totalité des enfants (96 %) achevant leur cycle d'études primaires. Toutefois, les enfants n'achèvent pas tous leur cursus primaire au même âge. Par exemple, environ 15 % des enfants âgés de 13 à 14 ans sont encore scolarisés dans des établissements primaires (UNICEF, 2004b). Ces données sont mises en évidence dans le tableau suivant.

TABLEAU 41

Taux de scolarisation dans l'enseignement primaire et taux d'achèvement des études primaires

<i>Année</i>	<i>Taux de scolarisation des enfants âgés de 6 à 11 ans</i>	<i>Taux d'achèvement des études primaires des enfants âgés de 13 à 14 ans</i>	<i>Taux d'achèvement des études primaires des enfants âgés de 15 à 16 ans</i>
1998	99,0	84,7	95,2
1999	99,0	86,6	95,6
2000	98,6	85,7	96,0
2001	98,9	86,8	95,6
2002	98,4	87,5	96,2

Source : Établi par l'UNICEF, à partir des données de l'Enquête permanente sur les ménages de l'INE.

291. Toutefois, des données plus récentes de l'ANEP mettent en évidence l'existence de ce qu'il est convenu d'appeler un « abandon intermittent », c'est-à-dire le fait que des enfants scolarisés durant une certaine période de l'année abandonnent leurs études pour se réinscrire ultérieurement. Selon les données relatives à la période 1998-2002, ce phénomène concerne environ 1 % des enfants, pourcentage qui est largement supérieur dans les écoles des zones socioculturelles plus pauvres. Dans ce secteur, les enfants scolarisés moins de 70 jours durant l'année représentent entre 1,5 et 2 % (UNICEF, 2004b). Le tableau suivant montre l'évolution de l'abandon intermittent au cours des dernières années.

TABLEAU 42

Taux d'abandon intermittent dans les écoles primaires urbaines

<i>Année</i>	<i>Abandon intermittent au cours des six premières années de scolarité dans les zones urbaines</i>		
	<i>Total</i>	<i>Écoles dans les zones très favorisées</i>	<i>Écoles dans les zones très défavorisées</i>
1998	1,1	0,4	1,5
1999	1,4	0,4	2,0
2000	1,4	0,4	1,8
2001	1,2	0,4	1,7
2002	1,2	0,4	1,6

Source : Moniteur éducatif des écoles publiques : première publication de résultats, ANEP.

7.3.1 Mesures visant à réduire le redoublement dans le primaire

292. Au cours de la période d'examen, deux grandes mesures ont été prises afin de réduire le redoublement : l'extension de l'enseignement élémentaire et l'introduction des écoles à temps complet. Selon certaines études, cette dernière initiative pourrait concerner environ 100 000 enfants.

7.4 L'enseignement secondaire et les adolescents âgés de 13 à 17 ans

293. En matière d'enseignement, les analyses de la situation des enfants et des adolescents en Uruguay indiquent que le problème principal est celui de l'enseignement secondaire. On constate par ailleurs des problèmes de retard scolaire liés à des taux élevés de redoublement. Par exemple, 15 % des adolescents âgés de 13 et 14 ans sont toujours scolarisés dans l'enseignement primaire et un enfant sur cinq redouble sa première année de scolarité (UNICEF, 2004; Amarante et Arim, 2005).

294. Toutefois, les problèmes les plus importants de couverture et d'abandon précoce concernent l'enseignement secondaire (Amarante et Arim, 2005). Une étude portant sur un groupe d'élèves de lycées publics révèle que seuls 40 % des élèves inscrits en première année réussissent à achever leur cycle de base dans les délais prévus et que 28,5 % ne se réinscrivent pas durant le cycle, preuve de leur abandon du système éducatif (ANEP, 2004).

295. En termes de chiffres, pratiquement un adolescent âgé de 13 à 17 ans sur six n'est pas scolarisé en Uruguay dans un établissement d'enseignement. La situation est plus préoccupante pour les garçons, non scolarisés pour 17,2 % d'entre eux, que pour les filles, non scolarisées pour 13,2 % d'entre elles (UNICEF, 2004b, p. 33).

296. Comme le montre le tableau ci-dessous, l'évolution du pourcentage d'adolescents scolarisés âgés de 13 à 17 ans a été très positive, le taux de déscolarisation étant passé de 22,2 % en 1998 à 15,2 % en 2002.

TABLEAU 43

Taux de scolarisation des adolescents âgés de 13 à 17 ans et taux d'achèvement des études des personnes âgées de 21 à 22 ans

	<i>Scolarisation</i>			<i>Achèvement des études</i>		
	<i>Pourcentage des adolescents âgés de 13 à 17 ans non scolarisés dans un établissement d'enseignement</i>			<i>Pourcentage des personnes âgées de 21 à 22 ans ayant achevé leurs études secondaires ou techniques</i>		
	<i>Total</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Total</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
1998	22,2	24,6	19,8	31,8	25,5	38,3
1999	19,8	23,2	16,4	32,5	28,3	36,6
2000	19,0	21,1	16,9	33,4	26,1	40,5
2001	16,4	18,7	14,0	34,6	27,2	41,6
2002	15,2	17,2	13,2	33,5	29,3	37,4

Source : Établi par l'UNICEF, à partir des données de l'Enquête permanente sur les ménages de l'INE.

297. Malgré cela, l'abandon de l'enseignement secondaire constitue l'un des problèmes les plus graves que le pays doit nécessairement affronter. Seul un élève sur cinq entrant dans le cycle de base des établissements publics atteint la sixième classe d'enseignement sans redoubler une année, alors que trois élèves abandonnent au cours de la même période et qu'un élève est en retard scolaire (UNICEF, 2004b). Seul un adolescent âgé de 20 ans sur trois réussit à achever ses études secondaires.

298. Parallèlement, ce phénomène varie d'une couche socio-économique à l'autre : seuls 14 % des adolescents du premier quartile de revenus (les 25 % les plus pauvres) avaient achevé en 1998 leurs études secondaires à l'âge de 20 ans, alors que ce pourcentage s'élève à 66 % parmi les adolescents du quartile le plus riche (Amarante et Arim, 2005).

7.4.1 Accès à l'enseignement secondaire

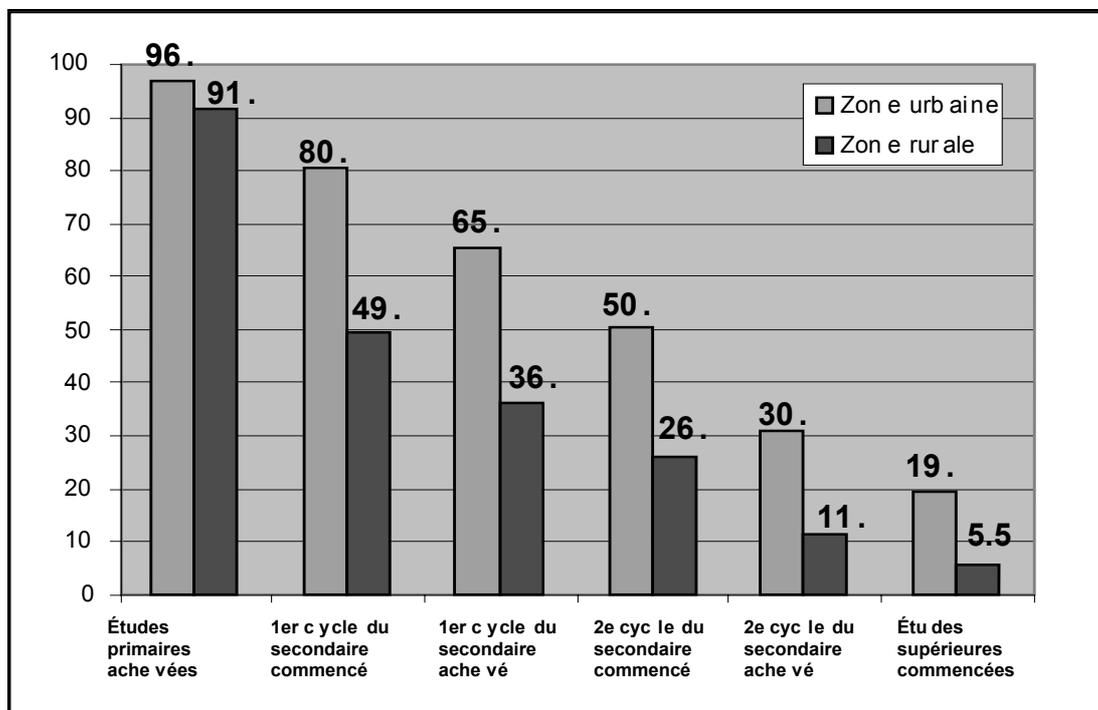
299. À l'heure actuelle, il n'existe pratiquement aucun obstacle à l'accès à l'enseignement secondaire dans les zones urbaines. Ces zones comprennent les localités urbaines de 5 000 habitants et plus.

300. En revanche, il existe des problèmes d'accès à l'enseignement secondaire dans les zones rurales, comme le prouve l'enquête par échantillonnage réalisée dans les zones rurales de moins de 5 000 habitants.

301. Une étude réalisée à partir de cette enquête (Cardozo et Papa, 2004) montre que, si l'accès à l'enseignement primaire ne révèle pas de grandes différences entre zones urbaines et zones rurales, il en existe au niveau de l'enseignement secondaire. Le graphique ci-dessous met en évidence les différences constatées en matière d'achèvement des études pour les jeunes personnes âgées de 24 à 29 ans en 1999, selon qu'elles habitent dans les zones urbaines ou rurales.

GRAPHIQUE XI

Achèvement des études des jeunes personnes âgées de 24 à 29 ans par zone géographique, 1999



Source : Cardozo et Papa (2004), à partir de l'enquête réalisée par le Ministère de l'élevage, de l'agriculture et de la pêche de 1999-2000 et de l'Enquête permanente sur les ménages (cité in Llambí et Furtado, 2005).

Note : Le nombre d'étudiants commençant chaque cycle ne tient pas compte de ceux qui ont effectivement atteint le cycle mais qui l'ont abandonné avant d'avoir achevé au moins la première année. Leur nombre réel est par conséquent plus élevé, dans les zones urbaines comme dans les zones rurales.

302. Cardozo et Papa (2004) (cités in Llambí et Furtado, 2005) montrent que l'offre en matière d'enseignement primaire a pratiquement répondu à la demande potentielle : le taux net de couverture de l'enseignement primaire est passé de 94 à 97 %, indépendamment de la zone géographique. Mais les niveaux de couverture dans l'enseignement secondaire sont manifestement plus critiques : les taux nets de couverture dans le cycle de base et le second cycle de l'enseignement secondaire ont baissé et se sont aggravés, notamment entre les zones urbaines et les zones rurales où presque 1 adolescent âgé de 12 à 14 ans sur 4 et presque 1 adolescent âgé de 15 à 17 ans sur 2 ont abandonné leurs études. Ces données sont présentées dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 44
Taux nets de scolarisation par zone géographique, 1999

	<i>Localités urbaines >5 000 habitants</i>	<i>Localités urbaines <5 000 habitants</i>	<i>Zones rurales</i>
Primaire	95,0	97,2	94,1
Premier cycle du secondaire	69,7	53,7	49,2
Second cycle du secondaire	40,6	27,0	30,1

Note : Les taux nets de scolarisation sont calculés en divisant le nombre d'élèves scolarisés du groupe d'âge correspondant à un niveau donné d'études par la population totale de ce groupe d'âge. Les groupes d'âge pour le primaire, le premier cycle et le second cycle de l'enseignement secondaire sont respectivement les suivants : de 6 à 11 ans, de 12 à 14 ans et de 15 à 17 ans (Llambí et Furtado, 2005).

7.4.2 Abandon dans l'enseignement secondaire et différences socio-économiques

303. Parmi les grands problèmes persistants dans l'enseignement secondaire, il y a ceux de l'accès dans les zones rurales et les petites localités, des taux élevés d'abandon aggravés par les différences socio-économiques et des forts taux de redoublement, problèmes qui coûtent au pays près de 19 millions de dollars chaque année.

304. Si les taux globaux d'abandon dans l'enseignement secondaire en Uruguay sont préoccupants, les différences liées à la condition socio-économique sont encore plus alarmantes : alors que 8 personnes sur 10 du quintile le plus riche achèvent leurs études secondaires, seules 3 sur 10 du quintile le plus pauvre y parviennent comme le montre le tableau 40 extrait de Llambí et Furtado (2005).

TABLEAU 45
Probabilités de maintien dans le système éducatif par quintile de revenu – Population âgée de 12 à 19 ans des localités urbaines de plus de 5 000 habitants, 2001

<i>Probabilité de poursuite de la scolarisation après :</i>	<i>Quintile de revenu</i>				
	<i>Quintile 1</i>	<i>Quintile 2</i>	<i>Quintile 3</i>	<i>Quintile 4</i>	<i>Quintile 5</i>
Avoir achevé la troisième année de scolarité	0,99	0,99	1,00	1,00	1,00
Avoir achevé ses études primaires	0,80	0,90	0,96	0,97	0,97
Avoir achevé le cycle de base de l'enseignement secondaire	0,49	0,71	0,79	0,87	0,94
Avoir achevé ses études secondaires	0,29	0,50	0,56	0,67	0,78
Avoir accompli 16 années d'études	0,20	0,37	0,40	0,58	0,66

Source : MEMFOD, Programme de modernisation de l'enseignement secondaire et de la formation des enseignants (2004a) (cité in Llambí et Furtado, 2005).

305. Parmi certaines des mesures prises pour lutter contre les problèmes de l'enseignement secondaire, il y a notamment l'expérience menée avec les septièmes, huitièmes et neuvièmes classes des écoles rurales, qui ont divisé par deux leurs taux de redoublement et d'abandon par rapport à ceux qui sont enregistrés dans les zones urbaines, et le cycle de base de l'enseignement secondaire du Plan 1996, qui a permis de réduire les taux élevés d'abandon scolaire des zones particulièrement pauvres.

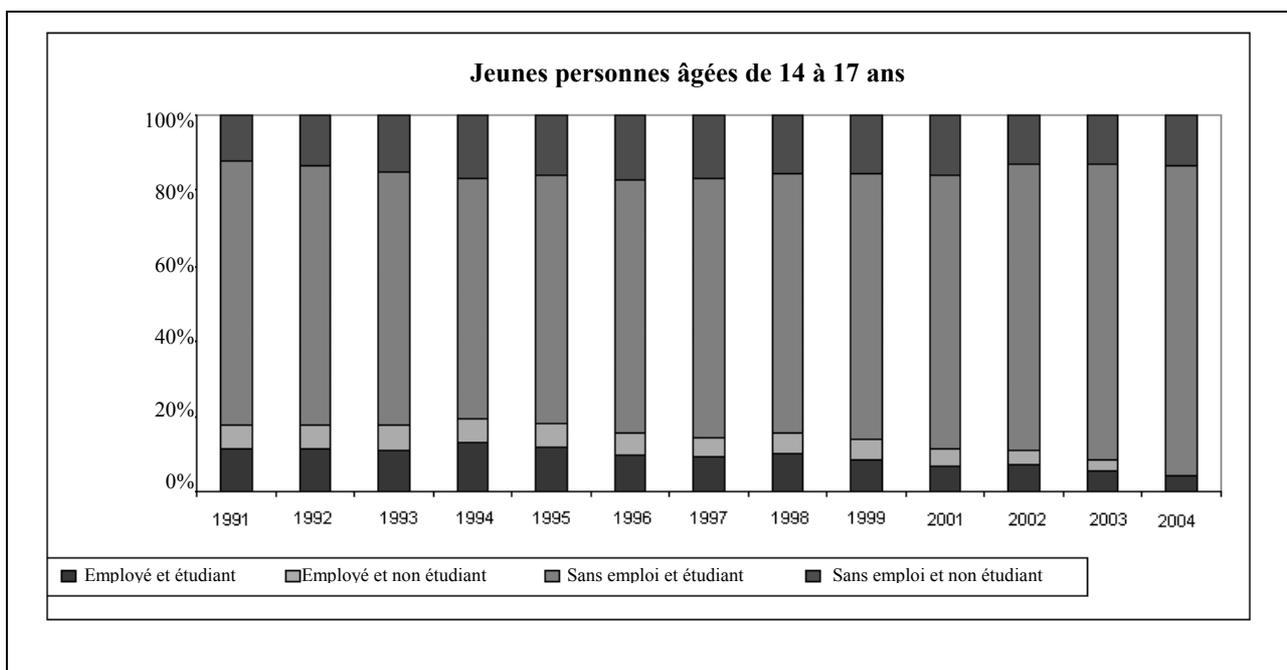
7.4.3 Éducation et travail juvénile

306. La dynamique combinée du marché du travail et du système éducatif se solde par un problème mentionné dans de nombreuses études (ANEP, 2002; Bucheli et Casacuberta, 2000) : celui des jeunes personnes qui ne travaillent ni n'étudient. Ce phénomène témoigne des difficultés rencontrées par le système éducatif pour intégrer avec succès dans l'enseignement secondaire les enfants des milieux sociaux les plus vulnérables. Le problème s'est accru dans la première moitié des années 1990 et est resté relativement le même depuis lors. Ces dernières années, le pourcentage des jeunes personnes qui ne travaillent ni n'étudient a baissé (Amarante et Arim, 2005).

307. L'analyse de l'insertion professionnelle et éducative des jeunes personnes au cours des années 1990 montre une augmentation sensible du pourcentage de jeunes personnes qui ne travaillent ni n'étudient, en particulier durant les dernières années de la crise économique. Le graphique ci-dessous met par ailleurs en évidence que ce problème est lié à la sous-performance du marché du travail, dans la mesure où le pourcentage de jeunes disposant d'un emploi a diminué, qu'ils fassent ou non des études (Amarante et Arim, 2005b).

GRAPHIQUE XII

Pourcentage de jeunes personnes sans emploi ni éducation



Source : Amarante et Arim (2005).

7.4.2 La discipline dans l'enseignement secondaire

308. En la matière, il convient de mentionner un jugement rendu par le tribunal de contentieux administratif. L'affaire intéressait la décision relative à un recours en *amparo* interjeté par les élèves d'un lycée contre une sanction imposée par l'Administration nationale de l'éducation publique. Par la décision RD NEP 076/96, le Directeur national de l'éducation publique avait exclu de tout établissement d'enseignement et pour 150 jours plusieurs élèves qui avaient décidé d'occuper leurs écoles dans le cadre d'une revendication syndicale. Le jugement a donné suite au recours en *amparo* interjeté par les élèves, au motif qu'en appliquant les sanctions disciplinaires en question, l'administration avait outrepassé le cadre constitutionnel, légal et réglementaire en portant ainsi atteinte à l'application régulière de la loi. En effet, le règlement en matière de comportement, de conduite et de normes qui régit la discipline des élèves du 28 août 1989 établit les procédures disciplinaires en cas de fautes graves comme l'incitation au désordre dans l'enceinte d'un établissement, autorisant le chef d'établissement à mener une enquête, à porter le cas devant le Conseil d'orientation pédagogique et à proposer des sanctions devant le Conseil de l'enseignement secondaire, qui est compétent en la matière. Ces seuls cas justifient l'exclusion préventive de l'élève en attendant qu'une décision soit rendue. La décision de justice susmentionnée a donné suite au recours en *amparo* des élèves et a ordonné que l'Administration nationale de l'éducation publique suspende immédiatement les mesures adoptées.

7.5 Dépenses publiques en matière d'éducation de l'enfance²⁵

309. En Uruguay, les organismes chargés d'assurer ou de réglementer l'enseignement public sont :

- a) L'Administration nationale de l'éducation publique (ANEP), qui est responsable de l'enseignement élémentaire, primaire, secondaire et technique et de la formation des enseignants;
- b) L'Université de la République (UDELAR), qui assure l'enseignement universitaire public;
- c) Le Ministère de l'éducation et de la culture, qui est responsable de la politique culturelle et scientifique et qui fait le lien entre le Gouvernement, les universités et les établissements d'enseignement supérieur; et
- d) Le Ministère de la défense, qui est chargé de l'enseignement militaire (voir Llambí et Furtado, 2005).

310. En Uruguay, une part relativement faible du produit intérieur brut (PIB) est allouée à l'éducation, par rapport aux pays développés et autres pays d'Amérique latine.

311. L'examen des chiffres sur une période étendue permet d'observer que les dépenses publiques en matière d'éducation n'étaient pas faibles dans les années 1970 et 1980, mais que l'Uruguay a été dépassé par 13 pays de la région entre 1995 et 2000. C'est la preuve que ce retard est un phénomène récent qui remonte principalement à la seconde moitié des années 1990, comme le montre le tableau ci-dessous extrait de Llambí et Furtado (2005).

²⁵ La présente section a été principalement établie à partir des travaux de Llambí et Furtado (2005) et de Grau (2005).

TABLEAU 46

Dépenses publiques en matière d'éducation en pourcentage du PIB

	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-2000
Argentine	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	3,8
Bolivie	3,2	3,0	3,0	3,1	3,2	7,2
Brésil	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	4,8
Chili	4,7	4,7	4,5	4,3	4,3	3,3
Colombie	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	4,4
Costa Rica	4,7	5,1	5,3	5,4	5,6	5,1
El Salvador	3,2	3,3	3,2	3,2	3,2	2,3
Équateur	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	3,5
Guatemala	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5	1,6
Honduras	3,2	3,2	3,2	3,1	3,0	3,6
Mexique	1,9	2,0	2,3	2,6	2,8	5,6
Nicaragua	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	4,6
Panama	4,0	3,9	3,9	3,9	4,0	4,6
Paraguay	1,5	1,5	1,4	1,4	1,5	3,8
Pérou	3,4	3,5	3,5	3,4	3,2	2,2
République dominicaine	2,5	2,3	2,0	1,9	1,9	2,3
Uruguay	3,0	2,7	2,7	2,7	2,6	3,1
Venezuela	3,5	3,6	3,8	3,9	4,0	4,4

Source : Établi à partir de la Base de statistiques et d'indicateurs sociaux (BADEINSO) réalisée par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEALC) (extrait de Llambí et Furtado, 2005).

Note : Les zones grisées indiquent les valeurs supérieures aux données de l'Uruguay.

312. Selon l'étude de Llambí et Furtado, basée sur des données de l'OCDE de 2003, l'Uruguay a alloué chaque année 2,6 % de son PIB à l'enseignement public tous niveaux confondus (Llambí et Furtado, 2005).

7.5.1 Dépenses par élève

313. En fonction de ces indicateurs, l'Uruguay améliore sa position par rapport aux autres pays de la région, avec des dépenses annuelles moyennes par élève de 2 057 dollars É.-U.

7.5.2 Dépenses publiques en matière d'éducation au sein de l'ANEP (enseignement primaire, secondaire et technique)

314. De 1984 à 2003, le taux d'augmentation des dépenses publiques en matière d'éducation au sein de l'ANEP a été supérieur à celui de la croissance économique, ce qui s'est traduit par une augmentation de sa part relative dans le PIB : les dépenses publiques en matière d'éducation de l'ANEP sont passées de 1,7 % du PIB en 1984 à 2,7 % en 2003.

315. Bien que cette tendance concerne l'ensemble des trois secteurs relevant de l'ANEP, à savoir l'enseignement primaire, secondaire et technique, certaines différences peuvent être observées comme une part croissante des ressources budgétaires de l'ANEP allouées à l'enseignement secondaire, ainsi qu'une part légèrement plus faible pour l'enseignement primaire alors que la part allouée à l'enseignement technique a sensiblement baissé (Llambí et Furtado, 2005).

316. Cette relative augmentation du budget alloué à l'enseignement secondaire est due au fait qu'elle a concerné le cycle de base (CB) de cet enseignement, cycle sur lequel les innovations mises en œuvre par le Plan 1996 se sont concentrées. Ceci s'est traduit par l'extension de l'horaire des classes et, par exemple, par le paiement aux enseignants de leur travail de coordination entre autres activités (Llambí et Furtado, 2005). En résumé, le Plan 1996 s'est soldé par les résultats suivants : il a augmenté le nombre des modules d'enseignement; il a fixé une charge horaire de 40 modules pour la première et la seconde année et de 38 modules pour la troisième année; et il a prévu l'octroi d'heures de coordination ou d'activités hors programme pour les enseignants (voir Llambí et Furtado, 2005).

7.5.3 Dépenses de l'ANEP par élève

317. Dans l'enseignement primaire comme dans l'enseignement secondaire, les dépenses par élève ont augmenté sur l'ensemble de la période 1984-2003, avec certaines fluctuations. L'Uruguay a vu la fin de la dictature en 1984 et à partir de 1985 le retour à un système politique démocratique. Le tableau ci-dessous, extrait de Llambí et Furtado (2005), montre l'évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses par élève pour la période 1985-2003.

TABLEAU 47

Évolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses par élève pour les différents sous-systèmes de l'ANEP (variations annuelles cumulées, en pourcentage)

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2003	1985-2003
Dépenses totales ¹					
Primaire	8,1	-0,1	6,0	-3,4	2,9
Secondaire	10,7	-1,1	7,7	1,8	4,8
Technico-professionnel	8,1	-2,0	3,8	-5,2	1,4
Effectifs ²					
Primaire	0	-0,8	2,5	1,9	0,8
Secondaire	6,3	0,5	3,1	5,8	3,5
Technico-professionnel	0,3	1,9	-2,5	6,1	1,1
Coût par élève					
Primaire	8,2	0,6	3,3	-5,2	2,0
Secondaire	5,4	-1,5	4,5	-3,8	1,3
Technico-professionnel	7,8	-3,8	6,5	-10,7	0,2

Source : ¹ ANEP (1998) et bilans budgétaires et financiers, 1996-2003. Les dépenses totales de chaque sous-système comprennent la part allouée au Conseil directeur central de l'Administration nationale de l'éducation publique (CODICEN). ² Conseil de l'enseignement primaire (CEP), Conseil de l'enseignement secondaire (CES) et Conseil de l'enseignement technico-professionnel (CETP) (extrait de Llambí et Furtado, 2005).

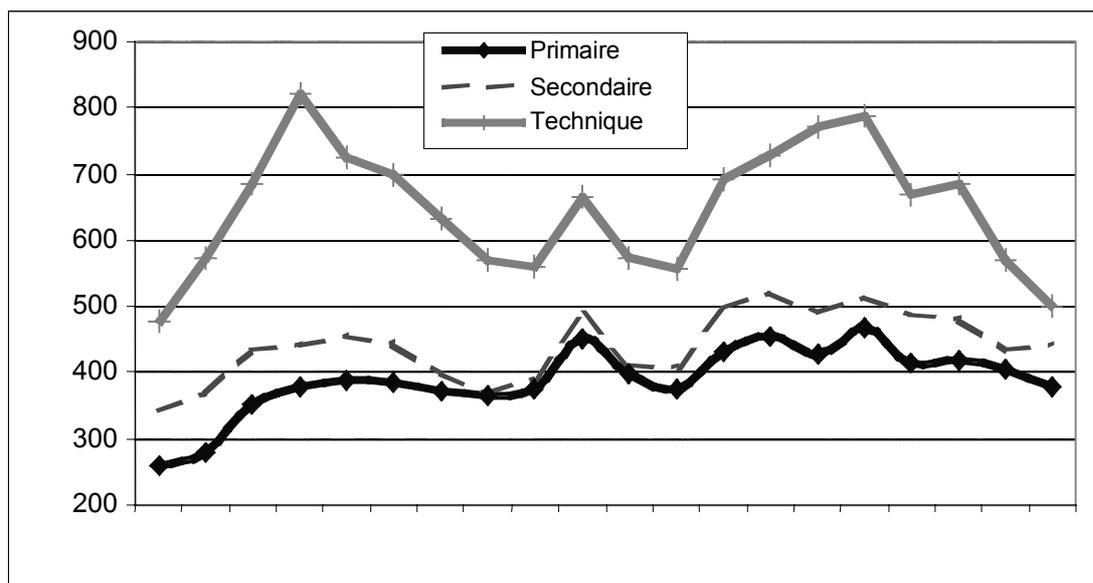
318. Le budget de l'enseignement primaire et secondaire a dépassé les fonds nécessaires au financement de l'augmentation de la couverture scolaire, ce qui a représenté une augmentation réelle des dépenses par élève. Le tableau ci-dessus montre que tel n'a pas été le cas pour l'enseignement technico-professionnel, dans la mesure où les dépenses par élève en 2003 ont à peine dépassé celles de 1984 (voir Llambí et Furtado, 2005).

319. Cependant, il faut par ailleurs noter que l'Uruguay conserve un niveau de dépenses par élève inférieur à celui d'autres pays ayant des niveaux de développement analogues, y compris en Amérique latine (*op. cit.*). Par exemple, dans le primaire comme dans le secondaire, le rapport entre le salaire des enseignants ayant 15 années d'expérience et le PIB par tête, soit entre 0,76 et 0,82 (OCDE, 2003), est plus faible en Uruguay que partout ailleurs dans la région.

320. Le graphique ci-dessous montre l'évolution des dépenses éducatives par élève et par secteur (*op. cit.*, p. 24).

GRAPHIQUE XIII

Évolution des dépenses totales par élève



Source : Llambí et Furtado (2005).

7.5.4 Coût du redoublement dans le primaire

321. L'une des faiblesses de l'Uruguay en la matière est liée au taux élevé du redoublement, en particulier pour la première année de scolarité, lequel coûte au pays 11,2 millions de dollars E.-U dont 4 millions financent à eux seuls le redoublement en première année. Le système consacre 8 % du budget total annuel au financement du redoublement.

322. Ces données sont présentées dans le tableau suivant, extrait de Llambí et Furtado (2005).

TABLEAU 47

Coût annuel du redoublement en première année et coût total de l'enseignement primaire, 2003

	<i>Effectifs 2003</i>	<i>Nombre d'élèves redoublant une année</i>	<i>Taux de redoublement en 2003 (%)</i>	<i>Coût annuel par élève (en dollars É.-U. de 2003)</i>	<i>Coût annuel par élève (en millions de dollars É.-U. de 2003)</i>
Première année	58 141	10 474	18,0	379	4,0
Total du primaire	324 837	29 560	9,1	379	11,2

Source : Llambí et Furtado (2005).

7.6 Problèmes persistants en matière d'éducation

323. L'un des problèmes les plus notables en Uruguay est peut-être celui de l'écart grandissant des salaires entre les travailleurs de niveaux d'études différents, problème qui s'intensifie en raison de ce qu'il est convenu d'appeler « l'endogamie éducative » de l'Amérique latine, à savoir la tendance au mariage entre personnes de même niveau d'études, phénomène qui est plus répandu que dans les pays développés.

324. Ce phénomène s'est soldé par une concentration des revenus, en s'accroissant durant la crise récente alors que la probabilité de se retrouver au chômage diminuait en raison inverse du niveau d'études (Bucheli, 2003, cité par Llambí et Furtado, 2005). À défaut de parvenir à une égalité plus grande des possibilités en termes d'accès, de résultats et d'achèvement d'études dans l'enseignement public, les écarts liés aux niveaux d'études favoriseront de plus grandes fractures dans la société ainsi que l'exclusion sociale.

8. MESURES SPÉCIALES DE PROTECTION (articles 22, 38, 39 et 40, paragraphes b) à d) de l'article 37 et articles 32 à 36)

8.1 Enfants réfugiés (article 22)

325. Sur le plan national, la Commission nationale des réfugiés a été créée par le décret N° 411/03 du 21 octobre 2003. Cette Commission comprend le Ministre des affaires étrangères et le Ministre de l'intérieur. Elle est assistée par un secrétariat technique constitué par la Direction des droits de l'homme et du droit humanitaire du Ministère des affaires étrangères, un délégué de la Direction nationale des migrations et un représentant du Bureau du Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies.

326. La Commission est chargée de déterminer l'éligibilité des réfugiés ainsi que l'octroi, le refus ou le retrait de cette protection juridique. Les demandeurs qui se voient octroyer le statut de réfugié ont accès à l'enseignement public gratuit dans le primaire, le secondaire et à l'université. De plus, les réfugiés ne disposant pas de revenus se voient garantis les soins médicaux, hospitaliers et pharmaceutiques.

8.2 Enfants touchés par des conflits armés (article 38), notamment leur réadaptation physique et psychologique et leur réinsertion sociale (article 39)

327. La République orientale de l'Uruguay a ratifié par la loi N° 17483 du 8 mai 1845 le Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant et concernant la participation des enfants aux conflits armés. Conformément à la réserve formulée par l'Uruguay à l'heure de la ratification de la Convention, le recrutement dans des forces armées n'est seulement possible qu'à partir de l'âge de 18 ans. L'Uruguay est par tradition un pays pacifique et il n'a jamais été directement ou indirectement impliqué dans un conflit armé interne ou international depuis le XIX^e siècle. Toutefois, il a ratifié les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977. De plus, sur le plan national, une Commission interministérielle travaille depuis 1992 à la transposition dans le droit interne des normes du droit international humanitaire et à assurer largement la formation en la matière.

328. L'un des résultats les plus importants a été l'intégration dans les programmes des établissements primaires, secondaires et universitaires (faculté de droit) de l'étude des obligations des États en matière de droit international humanitaire.

329. De son côté, l'article 13 du nouveau Code de l'enfant établit expressément que les enfants et les adolescents ne peuvent participer à des conflits armés ni recevoir de formation à cette fin.

8.3 Enfants en situation de conflit avec la loi

8.3.1 L'administration de la justice pour mineurs (article 40)

330. Le projet de Code de l'enfance et de l'adolescence comprend une liste de droits et de garanties de procédure auxquels sont soumis les adolescents délinquants, c'est-à-dire ceux qui sont âgés de moins de 18 ans et qui commettent une infraction pénale.

8.4 Enfants privés de liberté, y compris soumis à toute forme de détention, d'emprisonnement ou de placement dans un établissement surveillé (paragraphes b), c) et d) de l'article 37)

331. Le droit uruguayen prévoit les situations qui sont détaillées ci-dessous.

8.4.1 Liberté assistée

332. Cette mesure permet à l'adolescent d'être en liberté et de rester auprès de sa famille et dans son milieu social. Le juge est celui qui déterminera la durée de cette mesure. À tout moment de son exécution, celle-ci peut être interrompue, révoquée ou remplacée, d'office ou à la demande des autorités compétentes et après intervention du ministère public et de la défense.

8.4.2 Liberté surveillée

333. Cette mesure permet à l'adolescent de rester dans la communauté sous la surveillance permanente d'un éducateur, durant la période fixée par le juge.

8.4.3 Mesures socio-éducatives privatives de liberté

334. Ces mesures ne s'appliquent qu'aux adolescents déclarés par jugement exécutoire responsables d'une infraction très grave justifiant de telles mesures de l'avis du juge. Elles sont

également applicables aux adolescents qui, ayant été déclarés responsables d'infractions réitérées par jugement exécutoire, ne respectent pas les mesures adoptées par le juge. Dans ce cas, la mesure de privation de liberté ne pourra pas excéder une durée de 60 jours.

335. Les mesures privatives de liberté ne sont pas obligatoires pour le juge. Elles s'appliquent lorsque les conditions légales le permettent et qu'il n'existe pas d'autres mesures non privatives de liberté adéquates. Le juge doit motiver la non-application d'autres mesures. Le droit de l'adolescent de vivre avec sa famille sera pris en considération, ainsi que celui de maintenir un contact permanent avec sa famille, son conjoint, ses amis, ses proches et d'autres personnes, si la séparation doit avoir lieu, aussi longtemps que ce contact ne sera pas préjudiciable à l'intéressé (article 45 du Code de l'enfance et de l'adolescence).

336. Les mesures privatives de liberté sont : a) la détention dans des établissements tout à fait distincts des établissements pénitentiaires pour adultes; b) la détention dans des établissements analogues avec la possibilité de jouir d'une semi-liberté (article 46 du Code).

8.4.4 Privation de liberté

337. Le régime de la privation de liberté consiste à détenir l'adolescent dans un établissement qu'il ne peut pas quitter, mais sans enfreindre les droits consacrés par le Code en question, les normes constitutionnelles et légales et les instruments internationaux (article 48 du Code).

338. La mesure de privation de liberté aura une durée maximale de cinq ans. En aucun cas, l'adolescent qui atteint l'âge de 18 ans lors de sa détention ne purgera le reste de sa peine dans des établissements pénitentiaires pour adultes (art. 49). L'État a la responsabilité exclusive, non transférable et non déléguable de l'application des mesures de privation de liberté. Les peines sont purgées dans des centres spéciaux jusqu'à leur terme et compte tenu de certains critères comme l'âge, la constitution physique, la gravité de l'infraction et l'adaptation du détenu à la vie en commun. En aucun cas, ces peines ne peuvent être purgées dans des établissements pour adultes. On veillera particulièrement aux situations où l'adolescent requiert un traitement médical, auquel cas il doit être détenu dans un centre adapté à ses besoins (article 50 du Code).

339. Les adolescents délinquants qui souffrent de dépendance à l'alcool ou à des drogues participeront à des programmes d'orientation et de traitement adaptés (art. 51). Un terme devra être mis à tout moment à la mesure lorsqu'il sera établi que les buts socio-éducatifs de cette mesure auront été atteints. Toutes les demandes de remplacement, de modification ou d'interruption des mesures seront traitées au cours d'audiences. On devra parvenir à une décision motivée, après la production des rapports techniques ayant été considérés comme pertinents en présence de l'adolescent, de ses représentants légaux, de la défense et du ministère public.

340. L'audience doit avoir lieu dans un délai n'excédant pas 10 jours, à compter de la demande s'y rapportant (art. 52). La détention des adolescents hors de la juridiction de leur domicile s'en tiendra au minimum possible, compte tenu des circonstances de l'affaire. Lorsque les tribunaux décideront que des adolescents délinquants seront détenus hors de leur juridiction, ils déclineront compétence en faveur du juge du lieu de détention. Ils devront envoyer avec l'adolescent une photocopie certifiée du dossier sous pli scellé au juge de service du lieu de détention, document qui sera remis par le fonctionnaire chargé de son transfert, sous sa plus haute responsabilité fonctionnelle (article 53 du Code).

8.4.5 Régime de semi-liberté

341. Le régime de semi-liberté consiste à veiller à ce que l'adolescent condamné à être privé de sa liberté dans un établissement ait la permission de rendre visite à sa famille ou d'accomplir certaines activités à l'extérieur de l'établissement pour une durée de huit heures, pour son bénéficiaire personnel et sous le contrôle de l'autorité auprès de laquelle il est détenu. Ce régime est maintenu avec l'accord de l'adolescent pendant l'application de la mesure de privation de liberté, à moins qu'il ne soit suspendu à titre temporaire ou permanent pour non respect des règles de comportement (art. 48).

8.4.6 Protection de l'identité

342. En vertu du nouveau Code, l'identification de tout adolescent délinquant par quelque média que ce soit est interdite, sans préjudice des informations à fournir sur l'affaire. Il est prévu que les fonctionnaires qui transmettent ces informations à la presse en violation de cette interdiction seront passibles d'une suspension de dix jours sans salaire en cas de première infraction et d'un mois en cas de récidive. Une troisième infraction sera sanctionnée par une révocation. L'infraction sera automatiquement communiquée à l'institution dont relève le fonctionnaire, assortie d'une transcription de la réglementation. De même, les médias qui violeront cette interdiction seront passibles à la discrétion du juge d'une amende allant de 20 à 200 UR (unités réajustables), selon les cas (art. 56).

8.4.7 Mesures correctives

343. Les adolescents ayant commis une infraction à la loi pénale font l'objet de mesures correctives, dans le respect de la procédure régulière fixée pour les contrevenants. Ces mesures sont appliquées dans des établissements appropriés où les jeunes délinquants sont séparés des adultes âgés de plus de 18 ans. Il incombe aux directeurs de ces établissements et aux experts désignés par le juge de décider du traitement approprié (art. 64).

8.4.8 Contrôle de l'exécution des mesures ordonnées par le juge

344. Les juges des mineurs ont les mêmes compétences que les autres juges (art. 100) en matière de contrôle et ont pour responsabilité : a) de contrôler les cas dans lesquels les jugements exécutoires ont ordonné l'adoption de mesures éducatives, jusqu'à purgation de la peine; b) d'entendre au cours d'audiences les réclamations des adolescents durant la période d'exécution des mesures, dans les établissements comme hors de ces derniers, en présence de la défense et du ministère public; c) de visiter les centres de détention au moins tous les trois mois et de notifier les résultats de ces visites dans le dossier pertinent. Sans préjudice de ce qui précède, les juges des mineurs peuvent effectuer des inspections toutes les fois où ils le jugeront opportun. Dans les deux cas, ils doivent prendre les mesures les plus adaptées à l'intérêt supérieur de l'adolescent et déclarer toute irrégularité grave auprès de la Cour Suprême de Justice. S'agissant du contrôle de l'autorité administrative, l'article 101 dispose que l'Institut national du mineur ou les autorités des centres de détention notifieront au juge tous les trois mois la manière dont la mesure est appliquée et l'évolution de l'adolescent.

345. L'Institut national du mineur réglemente le fonctionnement des établissements où sont appliquées les mesures privatives de liberté.

8.5 Peines prononcées à l'égard de mineurs, en particulier l'interdiction de la peine capitale et de l'emprisonnement à vie (paragraphe a) de l'article 37)

346. Ces deux peines sont interdites en Uruguay.

8.6 L'exploitation économique des enfants, notamment le travail des enfants (article 32)

347. En la matière, il faut d'abord rappeler que le Comité des droits de l'enfant, dans ses observations finales sur le rapport initial présenté par l'Uruguay en application de l'article 44 de la Convention, a déclaré ce qui suit : « Le Comité note avec préoccupation que le travail des enfants demeure un problème en Uruguay et que les mesures prises pour l'empêcher sont insuffisantes. Il constate aussi avec inquiétude que l'âge minimum de l'emploi dans la législation uruguayenne est inférieur à l'âge minimum fixé dans les conventions internationales, alors que l'Uruguay a ratifié la Convention N° 138 de l'OIT. »

348. Étant donné que le travail des enfants est un sujet de préoccupation, on trouvera ci-après des informations sur plusieurs aspects de ce problème. Ces informations se fondent sur des études et des recherches qui ont été réalisées en Uruguay, notamment par l'UNICEF (2003), Santesteban (2005), Santesteban et al. (2003) et le Comité national pour l'élimination du travail des enfants-OIT (2004).

8.6.1 La création d'un cadre institutionnel spécial : le Comité national pour l'élimination du travail des enfants en Uruguay

349. Un débat sur le travail des enfants a été engagé en Uruguay en 1998, d'abord de manière informelle entre le domaine syndical, les organisations non gouvernementales liées à l'enfance et le secteur public, principalement à travers l'intervention du Ministère du travail et de la sécurité sociale et l'Institut national du mineur. Ce débat s'est ensuite institutionnalisé par le décret exécutif N° 367/2000 du 8 décembre 2000, portant création du Comité national pour l'élimination du travail des enfants (CETI). Le CETI est présidé par le Ministère du travail et de la sécurité sociale. L'Institut national du mineur en assure le secrétariat. Il est également composé du Ministère de la santé publique, du Ministère de l'intérieur, du Ministère de l'éducation et de la culture, de l'Administration nationale de l'éducation publique, de l'Assemblée intersyndicale des travailleurs-Convention nationale des travailleurs (PIT-CNT), d'Acción Sindical Uruguaya (ASU), de la Chambre nationale de commerce, de la Chambre d'industrie de l'Uruguay, de l'Association nationale des organisations non gouvernementales (ANONG) et du Réseau de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence des secteurs populaires (Santesteban, 2005).

350. Il a été en outre établi qu'un représentant du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et un représentant de l'Institut interaméricain de l'enfant (IIN) interviendraient en tant que conseillers permanents du Comité, et qu'un délégué du Programme international pour l'élimination du travail des enfants-OIT (IPEC-OIT) les rejoindrait par la suite. En vertu de l'article 3 du décret portant création du CETI, les fonctions de ce dernier sont les suivantes : a) assurer un conseil, la coordination et présenter des propositions en matière de politiques et de programmes visant à l'élimination du travail des enfants; b) élaborer et proposer le Plan d'action national pour l'élimination progressive du travail des enfants et la protection de l'adolescent travailleur; c) renforcer la coordination et la concertation entre les institutions publiques et privées, nationales et internationales travaillant dans le domaine de l'enfance, en vue de définir de nouvelles méthodes et des stratégies permettant de réduire ou d'éliminer les causes fondamentales du travail des enfants et de veiller à l'application de la législation sur l'âge

minimum d'admission à l'emploi; et d) encourager des initiatives décentralisées, en favorisant un soutien local aux objectifs proposés.

8.6.2 L'adaptation législative de l'Uruguay en matière de travail des mineurs : progrès et défis

351. Selon Santestevan (2005), il est possible de conclure qu'après l'adoption du Code de l'enfance et de l'adolescence dans le pays, certains progrès ont été faits sur le plan de la réglementation du travail, bien que certains « défis » persistent :

- a) Concernant le travail des mineurs, le Code adapte la législation nationale au texte des Conventions internationales sur le travail ratifiées par le pays;
- b) Le nouveau Code fait en outre obligation à l'État de promouvoir des programmes d'appui intégral visant à décourager et à éliminer le travail des enfants et des adolescents, ce qui met l'accent sur les efforts destinés à garantir le droit à l'éducation en matière d'enfance et d'adolescence.

352. Certaines études spécialisées comme celle de Santestevan (2005) ont notamment identifié les aspects négatifs suivants :

- a) L'Institut uruguayen pour l'enfant et l'adolescent (INAU) accorde trop facilement des dérogations à la réglementation concernant l'âge minimum d'admission à l'emploi, la journée de travail, les horaires spéciaux, le travail de nuit, etc.;
- b) Les compétences de l'INAU et du Ministère du travail et de la sécurité sociale continuent de se chevaucher, s'agissant du contrôle du respect de la réglementation du travail des enfants;
- c) En matière de compétence judiciaire, les attributions liées à la résolution des conflits impliquant des mineurs relèvent en grande partie des tribunaux des affaires familiales. Lorsque tel est le cas pour des questions comme la contestation de sanctions présentée par les organes de contrôle de l'État, il y aura violation du principe constitutionnel qui octroie compétence aux tribunaux administratifs;
- d) S'agissant des accidents du travail ou des maladies professionnelles, le travailleur adolescent est dans une situation inéquitable par rapport au travailleur adulte, dans la mesure où l'employeur peut se soustraire à sa responsabilité pour faute grave s'il fait la preuve que la jeune personne se trouvait par hasard sur le lieu de l'accident et sans être informée de l'identité de la personne chargée de lui en autoriser l'accès;
- e) Le nouveau Code ne fait pas mention du travail des mineurs dans le secteur informel, où l'exploitation des enfants et l'ignorance de leurs droits sont les plus répandues;
- f) Les acteurs sociaux, notamment les organisations d'employeurs et d'employés, ne participent pas systématiquement à la résolution des problèmes qui retiennent sur les mineurs en matière de relations du travail, et en particulier au Conseil national consultatif honoraire des droits de l'enfant et de l'adolescent.

353. Pour illustrer davantage les normes du travail du nouveau Code, on peut ajouter que le CETI a établi la nécessité de procéder à une modification ponctuelle ou, le cas échéant, à une autre rédaction du chapitre XII relatif au travail.

8.6.3 Problèmes d'accès à l'information sur le travail des enfants en Uruguay²⁶

a) *Perception de la population et information*

354. Les données dépendent pour beaucoup de ce que la population entend par le terme « travail », ce qui en exclut en général les pires formes. La population tend en outre à privilégier le secteur formel, d'où un manque d'informations collectées sur le secteur informel où le travail des enfants est potentiellement plus fréquent (cf. CIESU-OIT, 2004).

b) *Le problème de la collecte des données*

355. On dispose de peu de données sur le travail des enfants au niveau rural. Les seules données disponibles datent de 1996 et indiquent un taux élevé d'activité parmi le groupe d'âge des 12 à 14 ans des zones rurales, 30 % des enfants âgés de 12 et 13 ans déclarant travailler dans le secteur primaire. Ces chiffres ont probablement augmenté du fait de l'intensification de la forestation. Les experts consultés disposent de certains indices qui vont dans ce sens, mais aucune donnée fiable ne permet de l'attester. De plus, dans ces secteurs, la syndicalisation est pratiquement inexistante, d'où la disparition d'un mécanisme de contrôle citoyen très important.

356. Selon les auteurs du rapport CETI-OIT-CIESU (2004) : « L'enquête la plus récente (1999) a montré que 9 300 enfants âgés de 5 à 14 ans travaillaient dans l'illégalité. Ce chiffre peut être ventilé en deux groupes : le groupe d'âge des 5 à 11 ans, dans lequel 1 % des enfants travaillent ou sont à la recherche d'un travail, et le groupe d'âge des 12 à 14 ans, dans lequel 5,1 % des adolescents travaillent ou sont à la recherche d'un travail. Pour le groupe d'âge des 15 à 17 ans, le chiffre s'élève à 21 %. Si l'on considère ces chiffres comme un plancher, l'ampleur du problème peut être relativisée, dans la mesure où les pourcentages des enfants vivant dans la pauvreté, selon les différents groupes d'âge, peuvent dépasser 40 %. Si l'on tient compte de la plus grande probabilité de trouver au travail des enfants appartenant à des ménages à faible revenu, on peut conclure que ce groupe constitue une nouvelle forme du travail des enfants dans laquelle les facteurs culturels l'emportent sur les facteurs économiques. On estime qu'il peut s'agir de la partie visible d'un iceberg, dissimulé sous les chiffres de la pauvreté, de l'éducation et de l'emploi. On s'accorde en général sur le fait que l'aggravation de la crise doit avoir augmenté le travail des enfants, lié aux stratégies de survie des familles, et il est clair que les études réalisées dans le pays ne mettent pas en évidence ces situations. » (CETI-OIT-CIESU, 2005, p. 110).

c) *La dimension culturelle*

357. En Uruguay, le travail des enfants est très souvent perçu d'une manière favorable. Le fait que 9 300 enfants âgés de 5 à 14 ans déclarent en présence de leurs parents ou par leur intermédiaire qu'ils ont une activité illégale donne une idée de combien le problème est perçu comme quelque chose de « normal ». Toutefois, les pires formes de travail des enfants sont, elles, perçues en général comme un problème, bien qu'elles ne soient pas associées au travail mais à la maltraitance, à la marginalisation ou à la criminalité (cf. CETI-OIT-CIESU, 2004).

²⁶ La présente section se fonde sur les travaux de l'UNICEF (2003) et du CETI-OIT-CIESU (2004).

8.6.4 Caractéristiques du travail des enfants en Uruguay

358. S'agissant de la population âgée de 12 à 14 ans, la seule source d'informations dont on dispose sur l'incidence du travail des enfants sur les mineurs âgés de moins de 14 ans est le recensement de 1996, qui contient des données relatives à l'ensemble de la population âgée de plus de 11 ans. Il a été ainsi possible d'estimer l'impact du travail sur les enfants âgés de 12 à 14 ans. Les données relatives au travail des adolescents (âgés de 15 à 17 ans) sont périodiquement recueillies par l'Enquête permanente sur les ménages de l'INE.

359. En l'absence d'informations sur le travail des mineurs âgés de moins de 14 ans en Uruguay, un module spécial a été introduit dans l'Enquête permanente sur les ménages de l'INE au cours du second semestre de 1999, ce qui a permis de disposer pour la première fois d'une estimation plus précise du phénomène (UNICEF, 2003). S'il s'agit en l'occurrence d'un progrès en soi, il convient de souligner que, depuis 1999, aucune autre mesure n'a été réalisée²⁷.

360. On trouvera ci-après l'analyse des données de 1999 présentées par l'UNICEF en 2003. Le tableau 49 montre qu'en 1999, selon l'UNICEF, il y avait dans les zones urbaines environ 34 000 travailleurs enfants et adolescents, dont 10 000 vivaient à Montevideo, 6 900 dans la zone métropolitaine de Montevideo et 17 000 dans le reste du pays. De même, les informations recueillies permettaient d'observer que 7,9 % de cette population (2 700 enfants) correspondaient au groupe d'âge des 5 à 11 ans (UNICEF, 2003).

TABLEAU 49

Nombre de travailleurs enfants et adolescents âgés de 5 à 17 ans, par groupe d'âge dans les zones urbaines et par grande zone géographique, 1999

<i>Zone géographique</i>	<i>De 5 à 11 ans</i>	<i>De 12 à 17 ans</i>	<i>Total des 5 à 17 ans</i>
Montevideo	1 100	9 000	10 100
Périphérie de Montevideo	400	6 500	6 900
Zones urbaines de l'intérieur	1 200	15 800	17 900
Total des zones urbaines	2 700	31 300	34 000

Source : Institut national de la statistique-UNICEF, Module sur le travail des enfants et des adolescents de l'Enquête permanente sur les ménages (ECH).

361. Par ailleurs, le tableau L montre qu'environ 1 % des enfants du groupe d'âge des 5 à 11 ans travaillaient, ou plus précisément 0,97 %. Dans la périphérie de Montevideo, cette part s'élevait à 1,16 %. Bien que ces chiffres soient relativement faibles, on ne peut manquer de reconnaître l'importance du fait que, dans une perspective de droits, environ 2 700 enfants âgés de moins de 12 ans et vivant dans des zones urbaines exerçaient en 1999 un certain type de travail (UNICEF, 2003).

²⁷ Certaines réserves d'ordre méthodologique quant aux données de 1999 ont été formulées dans la section précédente.

TABLEAU 50

Travail des enfants et des adolescents âgés de 5 à 17 ans, par groupe d'âge, situation professionnelle et zone urbaine, 1999, (en pourcentage de la population totale pour chaque groupe d'âge)

Zone géographique	De 5 à 11 ans			De 12 à 17 ans			Total des 5 à 17 ans		
	Pourcentage qui travaille	Pourcentage qui ne travaille pas	Total des enfants de ce groupe d'âge	Pourcentage qui travaille	Pourcentage qui ne travaille pas	Total des enfants de ce groupe d'âge	Pourcentage qui travaille	Pourcentage qui ne travaille pas	Total des enfants de ce groupe d'âge
Montevideo	0,89	99,11	100 (123 900)	8,4	91,6	100 (107 100)	4,4	95,6	100 (231 000)
Périphérie de Montevideo	1,16	98,84	100 (34 600)	20,1	79,9	100 (32 300)	10,3	89,7	100 (66 900)
Zones urbaines de l'intérieur	0,99	99,01	100 (120 900)	14,6	85,4	100 (108 000)	7,4	92,6	100 (228 900)
Total des zones urbaines	0,97	99,03	100 (279 400)	12,7	87,3	100 (247 400)	6,5	93,5	100 (526 800)

Source : Institut national de la statistique-UNICEF, Module sur le travail des enfants et des adolescents de l'Enquête permanente sur les ménages.

8.6.5 Travail des enfants et pauvreté²⁸

362. Selon Santestevan, Dono et Filgueira (2003), le travail des enfants se concentre parmi les ménages uruguayens les plus pauvres. Comme le montre le tableau ci-dessous, les auteurs ont observé que le pourcentage des travailleurs enfants est en général supérieur à la moyenne parmi les quintiles les plus pauvres de la population.

TABLEAU 51

Travail des enfants par âge et pauvreté des ménages

Age	Pourcentage de travailleurs enfants	
Jusqu'à 10 ans	Quintile 1	1,37
	Quintile 2	0,51
	Total	0,73
De 11 à 13 ans	Quintile 1	6,46
	Quintile 2	4,75
	Total	3,19

Source : INE, Module spécial de l'ECH, cité par Santestevan et al. (2003).

363. Il convient de souligner que, selon les auteurs, si l'on analyse les groupes d'âge les plus jeunes, le travail des enfants est uniquement supérieur à la moyenne dans le premier quintile. Toutefois, dans le groupe préadolescent, le travail des deux quintiles les plus pauvres de la population est supérieur à la moyenne. C'est là où le travail des enfants se concentre manifestement et peut-être est-ce là où le travail des enfants en Uruguay est le plus préjudiciable à l'enfant, bien que cela ne signifie pas qu'il faille négliger le travail des enfants dans d'autres

²⁸ La présente section se fonde sur le travail de Santestevan, Dono et Filgueira (2003).

secteurs de la société. C'est dans ces secteurs les plus pauvres que le lien entre pauvreté, exclusion et travail des enfants est le plus manifeste (cf. Santestevan, Dono et Filgueira, 2003).

8.6.6 Travail des enfants et éducation dans les zones urbaines et rurales²⁹

364. L'un des aspects les plus importants du travail des enfants est son impact sur la scolarisation. Les chiffres du tableau 52 sont alarmants : pour l'année 1999-2000, 2,6 % des enfants âgés de 5 à 11 ans n'étaient scolarisés dans aucun établissement d'enseignement, ce qui signifie qu'en termes absolus, environ 7 400 enfants se trouvaient hors du système éducatif. Par ailleurs, 7,8 % des adolescents âgés de 12 à 14 ans n'étaient pas scolarisés dans un établissement d'enseignement (cf. UNICEF, 2003).

365. Les informations fournies permettent de constater que 30,3 % des travailleurs adolescents âgés de 12 à 14 ans n'étaient pas scolarisés dans un établissement d'enseignement (tableau 52). Ce qui permet d'affirmer également que, pour le groupe d'âge des 12 à 14 ans, les travailleurs adolescents avaient presque cinq fois moins de chances d'être scolarisés que ceux qui ne travaillaient pas, preuve de l'impact du travail des adolescents en matière d'abandon scolaire.

TABLEAU 52

Scolarisation des enfants et des adolescents âgés de 5 à 14 ans, par groupe d'âge et par situation professionnelle, dans les établissements d'enseignement situés dans des zones urbaines, 1999 (en pourcentage et en valeurs absolues)

	<i>De 5 à 11 ans</i>			<i>De 12 à 14 ans</i>		
	<i>Travailleurs</i>	<i>Non travailleurs</i>	<i>Total</i>	<i>Travailleurs</i>	<i>Non travailleurs</i>	<i>Total</i>
Actuellement scolarisés	100 (2 700)	97,3 (269 300)	97,4 (272 000)	69,7 (4 600)	93,4 (114 500)	92,2 (119 100)
Non scolarisés	- ---	2,7 (7 400)	2,6 (7 400)	30,3 (2 000)	6,6 (8 100)	7,8 (10 100)
Total	100 (2 700)	100 (276 700)	100 (279 400)	100 (6 600)	100 (122 600)	100 (129 200)

Source : Institut national de la statistique-UNICEF, Module sur le travail des enfants et des adolescents de l'Enquête permanente sur les ménages.

366. Les études réalisées par le Programme MEMFOD en vue de moderniser l'enseignement secondaire et la formation des enseignants ont mis en évidence en Uruguay des taux très élevés d'abandon scolaire et de faibles taux d'achèvement d'études dans les délais requis. Ces indicateurs concernent l'ensemble de la population adolescente. Une journée de travail de 5 à 7 heures constitue presque inévitablement un obstacle sérieux pour la poursuite et l'achèvement des études secondaires (UNICEF, 2003).

367. L'idée selon laquelle l'entrée précoce sur le marché du travail correspond au rôle de l'adulte peut limiter l'exercice des droits fondamentaux des adolescents. La part de travailleurs adolescents augmente sensiblement avec l'âge. Le tableau LIII montre que, pour les deux années

²⁹ La présente section se fonde sur le travail de l'UNICEF (2003).

2000 et 2001, 4 % des personnes âgées de 14 ans et 21 % des personnes âgées de 17 ans travaillaient. La lecture de ce tableau met en évidence qu'il est très difficile d'associer l'acquisition d'un capital éducatif (études) et l'entrée sur le marché de l'emploi (travail). Il est également possible de constater que la part des adolescents dans la population active est particulièrement élevée parmi ceux qui sont âgés de plus de 15 ans (UNICEF, 2003).

TABLEAU 53

**Éducation et situation professionnelle des adolescents âgés de 13 à 18 ans
dans les zones urbaines, par âge (%)***

	<i>14 ans</i>	<i>15 ans</i>	<i>16 ans</i>	<i>17 ans</i>
Total général	100	100	100	100
Sous-total des adolescents qui étudient	89,6	83,0	75,1	67,0
Étudiant, ne travaillent ni ne recherchent un emploi	86,3	77,4	64,9	50,1
Sous-total des adolescents qui étudient et font partie de la population économique active	3,3	5,6	10,2	16,9
Étudiant, ne travaillent pas mais recherchent un emploi (sans emploi)	0,9	3,0	5,9	9,4
Étudiant et travaillent	2,4	2,6	4,3	7,5
Sous-total des adolescents qui n'étudient pas	10,4	17,0	24,8	33,1
Étudiant, ne travaillent ni ne recherchent un emploi	7,2	9,3	10,5	10,9
Sous-total des adolescents qui étudient et font partie de la population économique active	3,2	7,7	14,3	22,2
N'étudient pas et travaillent	2,0	4,1	8,1	13,3
N'étudient pas, ne travaillent pas mais recherchent un emploi (sans emploi)	1,2	3,6	6,2	8,9

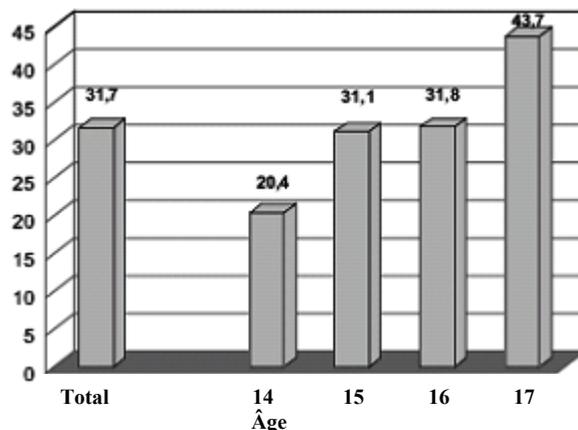
Source : Établi à partir des données de l'ECH de l'INE.

* Les chiffres ayant été arrondis, leur somme n'est pas nécessairement égale à 100.

368. On retrouve les mêmes pourcentages précédents dans les zones urbaines et dans les localités de taille moyenne, où 1 adolescent âgé de 14 ans sur 5 travaille. Dans les zones rurales, la proportion des travailleurs enfants part d'un niveau élevé et augmente avec l'âge, mais cette augmentation ne s'effectue pas au même rythme que dans le reste du pays. Dans les zones rurales et les petites localités, le pourcentage des travailleurs est multiplié par 2 entre 14 et 17 ans, alors qu'il est multiplié par 5 dans les villes plus grandes (UNICEF, 2003).

GRAPHIQUE XIV

Adolescents âgés de 13 à 18 ans travaillant dans les zones rurales et les localités de moins de 5 000 habitants, par âge (en %)



Source : Établi à partir de l'enquête rurale réalisée d'octobre 1999 à janvier 2000 par le Bureau de la politique et de la planification agricoles du Ministère de l'élevage, de l'agriculture et de la pêche (OPYPA-MGAP).

Source : UNICEF (2003).

369. En dépit d'informations limitées, il est possible de tirer certaines conclusions en matière de travail des enfants³⁰ :

- a) Si l'on additionne les enfants âgés de 5 à 17 ans qui travaillaient dans les zones urbaines et les adolescents âgés de 14 à 17 ans qui travaillaient dans les zones rurales, l'Uruguay comptait 47 900 travailleurs enfants et adolescents au second semestre 1999. On estime que 1 800 enfants de plus (âgés de 5 à 13 ans) travaillent dans les villes de moins de 5 000 habitants, en se fondant sur l'idée que cette part d'enfants n'est pas sensiblement différente de celle des enfants qui travaillent dans les zones urbaines, soit 1 % des enfants âgés de 5 à 11 ans et 5 % des plus de 11 ans et des moins de 14 ans.
- b) C'est dans les zones urbaines qu'on trouve le nombre le plus élevé d'adolescents qui étudient à l'exclusion de toute autre activité.
- c) L'âge constitue une variable essentielle pour l'analyse du travail adolescent. Dans les zones urbaines, d'un âge à l'autre, on observe une augmentation importante des taux d'emploi. Le taux d'emploi passe de 4,4 % pour les adolescents âgés de 14 ans à 6,7 % pour les adolescents âgés de 15 ans et à 20,8 % pour les adolescents âgés de 17 ans. Toutefois, dans les zones rurales, le taux d'emploi part d'un niveau supérieur (20,4 %) et atteint 43,7 % pour les adolescents âgés de 17 ans.
- d) Les différences de genre sont importantes. Au cours de la dernière décennie, la part des adolescents qui travaillent est le double de celle des adolescentes, alors que la part des adolescentes est supérieure à celle des adolescents. On observe une différence de

³⁰ Conclusions extraites de l'ouvrage de l'UNICEF, *El trabajo infantil en el Uruguay* (UNICEF, 2003).

genre particulièrement importante entre adolescents et adolescentes parmi la population adolescente qui se consacre exclusivement aux études.

- e) Le niveau socio-économique des ménages retentit considérablement sur l'insertion professionnelle des adolescents et sur leur scolarisation. Le taux d'emploi des adolescents des ménages les plus pauvres est supérieur de 55 % à celui des adolescents des ménages à revenu moyen ou élevé, et la part des adolescents scolarisés augmente avec le revenu des ménages.
- f) Le travail adolescent a évolué en fonction des mêmes paramètres que ceux de la population adulte. L'augmentation des taux de chômage des personnes âgées de plus de 18 ans coïncide pratiquement avec la diminution du nombre d'adolescents qui travaillent.
- g) Il est difficile d'associer scolarisation et entrée sur le marché du travail (cf. *op. cit.*, p. 39).

8.7 Usage de stupéfiants (article 33)

370. L'usage, l'importation et la culture des stupéfiants et des psychotropes sont réglementés en Uruguay depuis 1974³¹. La loi de 1974 a créé la Commission nationale de lutte contre les toxicomanies qui relève du Ministère de la santé publique. Cette Commission a pour missions principales : a) de préparer des programmes et des plans de prévention et de traitement des toxicomanies; b) de promouvoir la création de policliniques spécialisées et de centres de traitement et de réinsertion; c) d'assurer le traitement gratuit et confidentiel de tout malade qui en fait la demande; et d) de travailler en collaboration avec le Ministère de l'intérieur, le Ministère de l'éducation et de la culture, l'Institut national de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay et la Direction nationale des douanes.

a) *Prévention*

371. Les directeurs des établissements d'enseignement sont tenus de déclarer les cas d'usage ou de trafic de stupéfiants dans le cadre éducatif, et le non-respect de cette obligation est considéré comme une faute grave passible de la révocation du fonctionnaire concerné.

b) *Répression*

372. La peine d'emprisonnement pour fabrication, importation, distribution ou financement de stupéfiants s'élève au maximum à 15 ans si le délit est commis à l'encontre d'une personne âgée de moins de 21 ans ou privée de discernement ou de volonté. La peine est aggravée si le délit provoque le décès d'un mineur, lui cause une lésion permanente ou s'il est commis aux abords ou dans l'enceinte d'un établissement d'enseignement, d'un hôpital, d'une prison ou d'une association sportive ou culturelle.

c) *Réinsertion*

373. Les personnes qui sont surprises en train de consommer des drogues seront mises à la disposition du juge pertinent afin que celui-ci ordonne un examen médical qui sera effectué par

³¹ Loi N° 14294 du 31 octobre 1974.

des médecins spécialistes en toxicomanie. Si l'examen fait apparaître que la personne est toxicomane, elle devra suivre un traitement médical dans un service public ou privé de consultations externes³².

d) *Toxicomanies*

374. Le programme de lutte contre les toxicomanies du Ministère de la santé publique vise en priorité les adolescents, jeunes ou moins jeunes. Il privilégie la sensibilisation au moyen d'ateliers et de matériels éducatifs. Ces actions ont été mises en œuvre avec une organisation non gouvernementale expérimentée en la matière.

8.7.1 Programme d'aide aux toxicomanes

375. Le service d'aide aux toxicomanes s'adresse aux usagers de drogues qui en font volontairement la demande ou qui sont orientés par les services de soins de santé primaires. L'aide est assurée d'une manière décentralisée grâce à un réseau de policliniques de quartier, aux secours d'urgence, aux services ambulatoires spécialisés³³ et aux services en établissement. Tout résident en Uruguay âgé de plus de 14 ans a accès à ce service qui comprend un entretien préalable, une psychothérapie individuelle, une évaluation psychiatrique, une aide familiale et une promotion de la santé communautaire.

8.7.2 La toxicomanie en Uruguay

a) *La consommation de drogues en Uruguay*³⁴

376. Après la création du Conseil national des drogues de la République orientale de l'Uruguay par décret exécutif N° 463/988, des études ont été encouragées afin de mesurer la consommation de drogues de la population et d'élaborer des politiques pertinentes visant à réduire la consommation de substances psychoactives. Le Conseil national des drogues, qui relève du Président de la République, et le Secrétariat national aux drogues (JND-SND) recourent à l'Observatoire national des drogues pour recueillir, classer et analyser les informations relatives aux drogues d'une manière interdisciplinaire. Les résultats obtenus sont utilisés pour élaborer des stratégies correspondant aux objectifs que le pays s'est fixés dans le Plan national.

377. Dans ce cadre, le JND-SND a réalisé des études dont on trouvera ci-dessous les résultats.

378. Une enquête nationale sur la consommation de drogues, réalisée en Uruguay, a montré que l'âge moyen de la première consommation d'alcool en Uruguay est de 16,9 ans, l'âge de première consommation le plus fréquent étant de 15 ans. L'âge moyen de la première consommation d'alcool est de 16,11 ans pour les hommes et de 17,82 ans pour les femmes. L'alcool est la drogue la plus fréquemment consommée en Uruguay. Huit personnes âgées de 12 à 65 ans sur dix ont bu de l'alcool à un certain moment de leur vie. Presque 70 % des personnes enquêtées avaient consommé de l'alcool au cours de 12 derniers mois et 51,2 % en avaient consommé au cours des 30 derniers jours. Le pourcentage d'hommes qui consomment de l'alcool augmente avec l'âge,

³² « El Abrojo ».

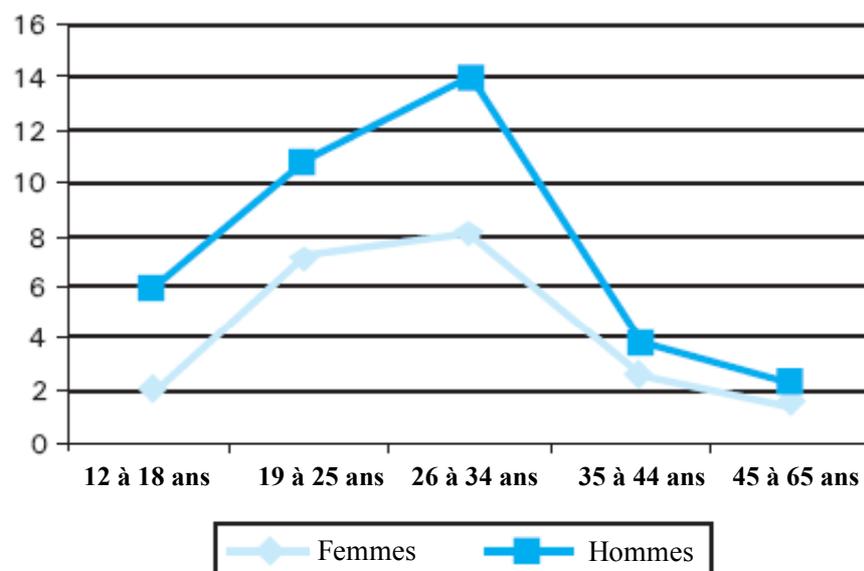
³³ Hôpital Maciel.

³⁴ Données extraites de « Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en el Uruguay », UNICEF, (2004b).

jusqu'à l'âge de 35 ans. Parmi les femmes, les taux de consommation d'alcool les plus élevés concernent le groupe d'âge des 19 à 25 ans. La consommation d'alcool la plus importante intéresse également le groupe d'âge des 19 à 25 ans. Le tabac est la deuxième drogue la plus consommée par les Uruguayens. L'âge moyen de la première consommation de tabac est de 16,34 ans. L'âge moyen de la première consommation de tabac est de 15,42 ans pour les hommes et de 17,68 ans pour les femmes. Environ 52,2 % des personnes âgées de 12 à 65 ans ont essayé de fumer du tabac au moins une fois dans leur vie. La marijuana est la drogue illégale la plus consommée en Uruguay. Cent mille Uruguayens, soit environ 5,3 % de la population âgée de 12 à 65 ans, ont expérimenté cette drogue. L'âge moyen de la première consommation de marijuana est de 20 ans. La cocaïne est la deuxième drogue illégale la plus consommée. Environ 25 000 personnes, soit 1,4 % de la population âgée de 12 à 65 ans, ont déclaré avoir consommé de la cocaïne à un certain moment de leur vie. Sa consommation concerne principalement les personnes âgées de moins de 30 ans. L'âge moyen de la première consommation de cocaïne est de 21 ans, les hommes étant plus précoces que les femmes (cf. UNICEF, 2004b). Les données précédentes sont présentées ci-dessous dans des graphiques extraits de l'UNICEF (2004b).

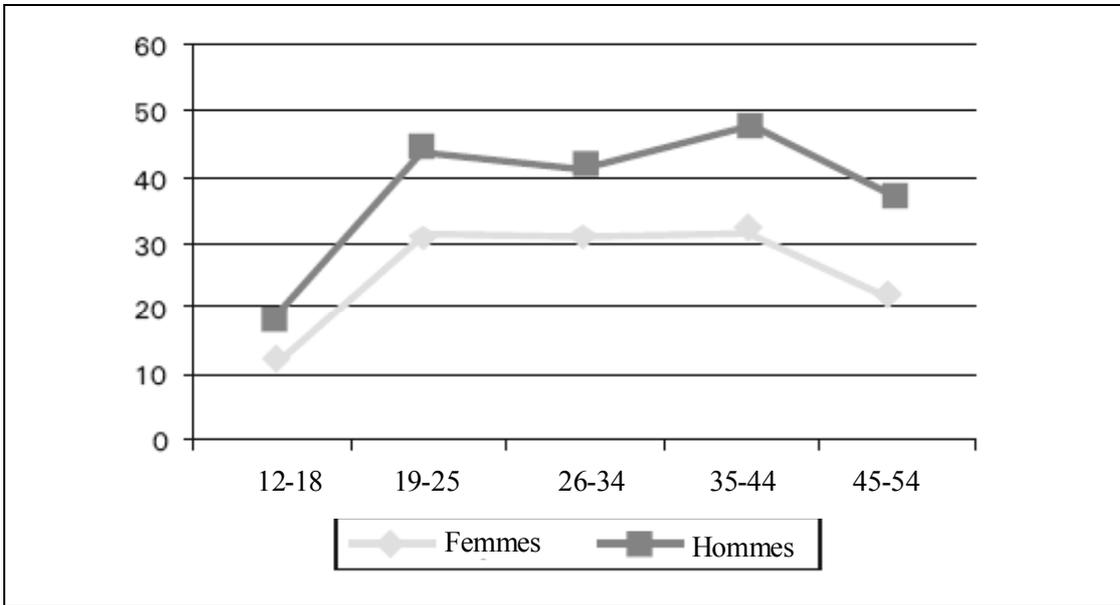
GRAPHIQUE XV

Expérimentation de marijuana, par âge et par sexe



GRAPHIQUE XVI

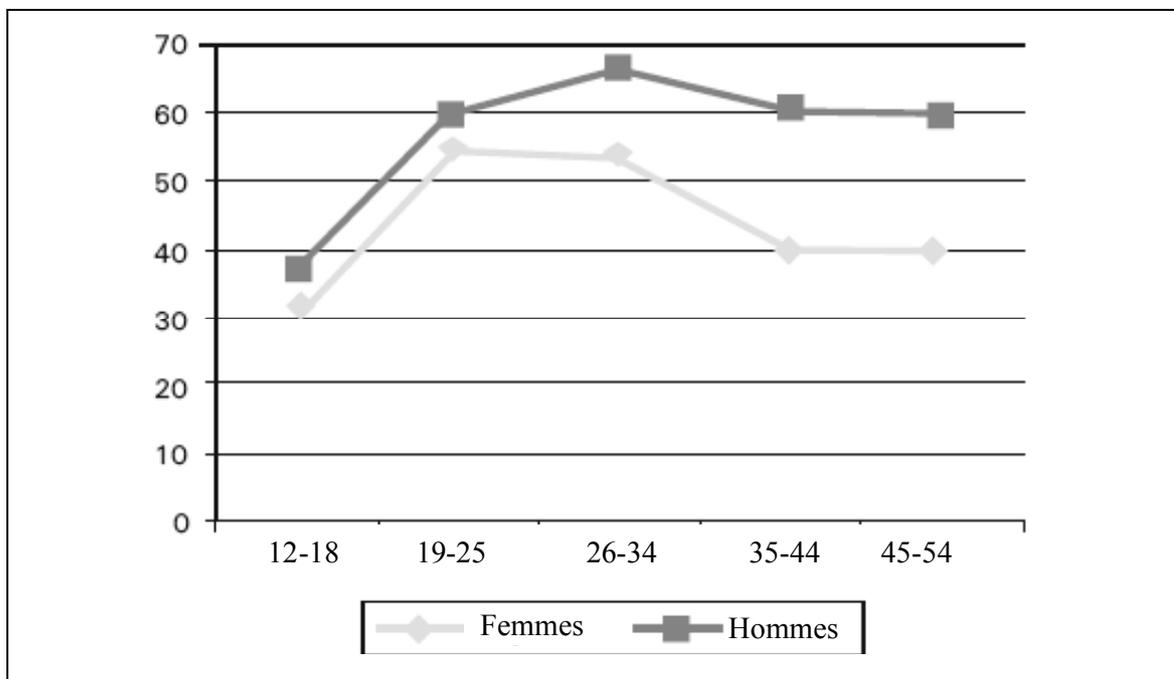
Pourcentage de fumeurs, par âge et par sexe



Source : UNICEF (2004b).

GRAPHIQUE XVII

Pourcentage de consommateurs d'alcool, par âge et par sexe



Source : UNICEF (2004b).

b) *Consommation de drogues dans l'enseignement secondaire*

379. En Uruguay, le Conseil national des drogues a décidé d'entreprendre un certain nombre d'enquêtes nationales sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'enseignement secondaire à Montevideo. On lira ci-dessous les résultats d'une enquête sur cette question, présentés en mai 2004 (Conseil national des drogues, 2004).

TABLEAU I

Prévalence de la consommation de drogues, 2001-2003 (%)

	<i>Au moins une fois</i>		<i>12 derniers mois</i>		<i>30 derniers jours</i>		<i>Age de la première consommation</i>	
	<i>2001</i>	<i>2003</i>	<i>2001</i>	<i>2003</i>	<i>2001</i>	<i>2003</i>	<i>2001</i>	<i>2003</i>
Tabac	55,7	61,6*	41,2	45,8*	32,3	34,8*	13,2	13,8
Alcool	78,3	84,7*	66,3	72,5*	50,9	55,2*	12,7	12,59
Tranquillisants	15,4	13,2*	8,0	8,3	4,1	4,0	13,57	13,38
Marijuana	11,9	17,7*	7,0	13,0*	3,3	6,6*	14,7	14,98
Stimulants	5,9	8,9*	3,8	5,8*	2,2	3,0	14,04	14,00
Solvants	1,6	3,0*	0,6	1,6*	0,2	0,5*	13,2	13,91
Haschich	1,0	1,4	0,6	0,5	0,2	0,2	15,2	15,16
Hallucinogènes	1,4	2,1*	0,6	0,6	0,0	0,2*	15,1	15,07
Héroïne	0,5	0,5	0,3	0,1	0,2	0,1	13,9	13,83
Opium	0,3	0,9*	0,2	0,3	0,1	0	13,88	14,00
Morphine	0,2	0,7*	0,1	0,3	0,1	0,1	12,7	14,11
Cocaïne	2,4	4,7*	1,6	2,7*	0,5	1,2*	15,05	14,82
Pâte de coca	0,2	2,0*	0,2	1,2*	0,1	0,3*	14,8	15,38
Crack	0,3	1,1*	0,2	0,5*	0,1	0,3*	14,5	14,33
Autres drogues	1,3	5,3*	0,9	3,4*	0,4	2,4*	14,0	12,85

Source : Conseil national des drogues (2004).

Base : Échantillons totaux, 2001-2003.

* Indique une différence importante sur le plan statistique.

380. Le tableau ci-dessus montre une augmentation sensible de l'expérimentation de toutes les drogues, à l'exception de l'héroïne et du haschich. La consommation habituelle de drogues (au cours des 30 derniers jours) a aussi augmenté légèrement dans le cas des drogues légales, c'est-à-dire dans le cas de l'alcool et du tabac, alors que le nombre de consommateurs habituels de marijuana a doublé (Conseil national des drogues, 2004).

381. Bien que la consommation de cocaïne et de pâte de coca demeure faible, les pourcentages de ces deux drogues connaissent d'importantes augmentations. L'âge de la première consommation de drogues légales a baissé, avec l'arrivée de nouvelles cohortes de

consommateurs d'âge précoce dans les années 2002-2003. En revanche, l'âge de la première consommation de marijuana reste stable, conformément à la tendance observée en 2001.

382. En résumé, l'étude du Conseil national des drogues met en évidence certaines données intéressantes :

- L'augmentation de la consommation habituelle de tabac est due en grande partie à un plus grand pourcentage de consommatrices, preuve de la féminisation de la consommation d'alcool. Le nombre de consommateurs de tabac augmente pour les deux sexes, les élèves qui préparent leur baccalauréat diversifié (BD) enregistrant la hausse la plus forte;
- La consommation habituelle d'alcool augmente pour les deux sexes, les élèves de première année du BD enregistrant la hausse la plus forte;
- L'expérimentation de la marijuana a sensiblement augmenté (d'environ 50 %) chez les deux sexes, cette hausse étant légèrement supérieure parmi les femmes;
- La consommation habituelle de marijuana est celle qui connaît l'augmentation la plus importante, chez les hommes comme chez les femmes. À l'instar de l'expérimentation, ce phénomène apparaît à partir de la première année du BD;
- Certains facteurs de risque de consommation de marijuana se sont considérablement multipliés, comme les occasions de l'expérimenter, le fait d'avoir des amis qui consomment de l'alcool sans modération et d'avoir des amis qui consomment des drogues illégales;
- La perception du risque lié aux différentes substances diminue sensiblement pour le tabac et l'usage occasionnel de marijuana. De même, les excès de boisson sont considérés en 2003 comme des risques graves ou très graves par un moindre pourcentage d'étudiants qu'en 2001. Les pourcentages concernant la consommation fréquente de marijuana et de cocaïne sont stables.

383. Les données précédentes sont présentées dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU II

Consommation de tabac, 2001-2003

	<i>Expérimentation du tabac</i>		<i>Consommation habituelle de tabac</i>	
	<i>2001</i>	<i>2003</i>	<i>2001</i>	<i>2003</i>
Hommes	49,0	58,3	27,0	27,8
Femmes	61,2	64,8	35,6	41,0
Deuxième année du cycle de base	44,5	52,4	23,4	26,0
Première année du baccalauréat diversifié	67,2	70,4	42,8	42,7
Troisième année du baccalauréat diversifié	72	69,1	42,7	43,0

Source : Conseil national des drogues (2004).

384. La recherche tire les conclusions suivantes (Conseil national des drogues, 2004) :

- a) L'enseignement secondaire est un milieu propice à la consommation de drogues légales. Les statistiques les plus préoccupantes sont celles qui mettent en évidence des taux élevés de consommation d'alcool et de tabac, en particulier le fort pourcentage de consommateurs habituels et le niveau élevé d'expérimentation de marijuana. La consommation occasionnelle ou habituelle de drogues légales semble se consolider de plus en plus, préfiguration d'une future légitimation de leur usage (Conseil national des drogues, 2004);
- b) S'agissant de la consommation des drogues illégales, la théorie de l'engrenage se vérifie, étant donné que l'on observe un schéma évolutif dans lequel la consommation de tabac et d'alcool est la condition préalable pour la consommation de drogues illégales, presque exclusivement la marijuana. Quarante pour cent des élèves de l'enseignement secondaire se trouvent dans une situation à risque en matière de consommation de drogues illégales, dans la mesure où ils se trouvent dans la phase de consommation habituelle de drogues légales (Conseil national des drogues, 2004, p. 24);
- c) Sur le plan de la prévention, la recherche permet de conclure de manière très générale que la conception des stratégies de prévention contre la consommation de drogues devra nécessairement reconnaître « l'hétérogénéité des attitudes et des comportements des jeunes, et des contextes [de la consommation des drogues] » (Conseil national des drogues, 2004, p. 32).

BIBLIOGRAPHIE

- Amarante, Verónica, et Rodrigo Arim, « Políticas sociales de protección a la infancia. », in UNICEF-Université de la République, *Inversión en la infancia en el Uruguay. Análisis del gasto público social : Tendencias y desafíos*, UNICEF, Université de la République, Montevideo, 2005.
- Bucheli, M. et C. Casacuberta, « Asistencia escolar y participación en el mercado de trabajo de los adolescentes en el Uruguay », Montevideo, Département d'économie, Faculté des sciences sociales, 1999.
- Caisse de prévoyance sociale de l'Uruguay (BPS), « Programa de seguridad social a niños y embarazadas », Asesoría Económica y Actuarial, 2005.
- Comité de suivi de la Convention relative aux droits de l'enfant, « Informe alternativo no gubernamental en el Uruguay », 2000.
- Conseil national des drogues, « Consumo de los estudiantes de la enseñanza media », Commission interaméricaine pour le contrôle de l'usage des drogues, Conseil national des drogues, Secrétariat national aux drogues, Montevideo, mai 2004.
- Faculté de médecine, Université de la République (UDELAR), « Informe de la Clínica de Psiquiatría Médica », Montevideo, 2005.
- Grau Pérez, Carlos, « El gasto público social en infancia en el Uruguay. Aspectos metodológicos y cuantificación para el período 1999-2002. », in UNICEF-Université de la République, *Inversión en la infancia en el Uruguay. Análisis del gasto público social tendencias y desafíos*, UNICEF, Université de la République, Montevideo, 2005.
- Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay (INAU), « Informe sobre adopción », Montevideo, INAU, Département de légitimation adoptive et d'adoption, 2005a.
- Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay (INAU), « Departamento Línea Azul », Montevideo, 2005b.
- Lazaroff, « El gasto público en salud », UNICEF-Institut d'économie, Montevideo, 2005.
- Llambí, Cecilia et Furtado, Magdalena, « El gasto público en educación en infancia en el Uruguay », Montevideo, 2005.
- Ministère de l'élevage, de l'agriculture et de la pêche, Bureau de la politique et de la planification agricoles, « Estudio sobre el empleo, los ingresos y las condiciones de vida de los hogares rurales », Montevideo, Ministère de l'élevage, de l'agriculture et de la pêche, 2000.
- Ministère de l'intérieur, Programa de Seguridad Ciudadana, Montevideo, 2004.
- Ministère de la santé publique, Programa de atención al niño, Montevideo, 2005.
- Mujer y Salud en el Uruguay, Encuesta sobre aborto (page Web), 2002.

Quima, Oliver, « Adolescencia y violencia social en los medios de comunicación »
(communication présentée au Centre de formation et de perfectionnement des enseignants),
2002.

Santestevan, Ana María, « Algunas reflexiones sobre las normas laborales contenidas en el
Código de la Niñez y la Adolescencia », Montevideo, 2005.

UNICEF Uruguay, « Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en el
Uruguay », Montevideo, 2004a.

UNICEF Uruguay, « Comentarios al Código de la Niñez y la Adolescencia », Montevideo,
2004b.