



Assemblée générale

Distr. générale
4 décembre 2012
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Vingt-deuxième session

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétaire général

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,
y compris le droit au développement**

Rapport de la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible

Résumé

Malgré les progrès réalisés, la santé des enfants demeure un important sujet de préoccupation partout dans le monde. Le présent rapport décrit les principaux problèmes de santé qui touchent les enfants. Il contient une analyse des obligations des États et des autres responsables en ce qui concerne le droit de l'enfant à la santé, ainsi que des recommandations visant à assurer la réalisation de ce droit. Le rapport insiste sur le fait que la survie, la protection, la croissance et le développement des enfants en bonne santé physique et mentale sont les fondements de la dignité humaine et des droits de l'homme.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction.....	1–2	3
II. La santé des enfants: une priorité mondiale.....	3–8	3
III. Cadre juridique international.....	9–25	4
IV. Questions de santé concernant les enfants nécessitant une attention.....	26–66	8
A. Grossesse, accouchement et soin postnatal.....	28–32	8
B. Mortalité infantile.....	33–39	9
C. Malnutrition.....	40–45	10
D. Pratiques préjudiciables.....	46–47	11
E. Santé sexuelle et procréative.....	48–53	11
F. Violence.....	54–56	12
G. Blessures, accidents et handicaps.....	57–59	13
H. Santé mentale.....	60–62	13
I. Consommation de substances toxiques.....	63–66	14
V. Mesures de mise en œuvre.....	67–88	14
A. Responsabilité.....	67–68	14
B. Systèmes de santé.....	69–77	15
C. Lois et politiques.....	78–80	16
D. Enregistrement des naissances.....	81–82	17
E. Parents et pourvoyeurs de soins.....	83–84	17
F. Éducation.....	85–87	18
G. Coopération internationale.....	88	18
VI. Recommandations.....	89–109	18

I. Introduction

1. Le présent rapport est soumis au Conseil des droits de l'homme en application de la résolution 19/37, dans laquelle le Conseil a invité le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) à rédiger un rapport sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, en étroite collaboration avec les parties prenantes compétentes, notamment les États, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les autres organes et organismes compétents des Nations Unies, les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales compétents, les organisations régionales et les organes des droits de l'homme, la société civile, les institutions nationales des droits de l'homme et les enfants eux-mêmes, et à présenter ce rapport au Conseil à sa vingt-deuxième session, afin d'éclairer le débat annuel d'une journée sur les droits de l'enfant.

2. Au total, 112 contributions ont été reçues d'États, d'organisations intergouvernementales et non gouvernementales, d'institutions nationales des droits de l'homme et du monde universitaire. Les 30 et 31 octobre 2012, le HCDH a organisé une consultation d'experts pour recueillir des contributions des parties prenantes. L'ensemble des informations obtenues à partir des communications écrites, un rapport de recherche et les avis des experts qui ont participé à la consultation ont été utilisés pour établir le présent rapport¹.

II. La santé des enfants: une priorité mondiale

3. Le droit à la santé est un droit universel reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme, par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et par l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant. La réalisation du droit de l'enfant à la santé est indispensable pour l'exercice de tous les autres droits consacrés par la Convention. La survie, la protection, la croissance et le développement des enfants en bonne santé physique et mentale sont les fondements de la dignité humaine et des droits de l'homme.

4. L'enfance est une période unique de croissance et de développement, mais également un moment où l'enfant peut être touché par de graves problèmes de santé. Des formes de comportement et des expérimentations à risque liées à l'adolescence peuvent aussi avoir de graves conséquences pour la santé.

5. Il est important de considérer la santé de l'enfant dans le cadre d'une approche axée sur l'ensemble de l'existence, compatible avec une approche fondée sur les droits, en commençant par la période néonatale qui précède l'enfance, en passant par l'adolescence puis l'entrée dans l'âge adulte. La mortalité infantile a diminué, mais demeure très élevée, ce qui est inacceptable; 6,9 millions d'enfants meurent chaque année avant l'âge de 5 ans. De plus, selon les estimations, 2,6 millions de personnes âgées de 10 à 24 ans meurent chaque année. La plupart de ces décès sont évitables.

6. L'importance de la morbidité chez les enfants est un autre sujet de préoccupation important. Les types de maladie varient selon le sexe, l'âge, la géographie et d'autres critères. En outre, certains groupes d'enfants, en particulier ceux qui se trouvent dans les situations les plus difficiles, méritent une attention spéciale. Il est crucial de tenir compte de ces variations du schéma épidémiologique pour répondre de façon appropriée aux besoins

¹ Pour en savoir plus, voir www.ohchr.org/EN/Issues/Children/RightHealth/Pages/righttohealthindex.aspx.

des enfants. Les maladies de l'enfance peuvent avoir des séquelles qui persistent à l'âge adulte et les schémas de comportement développés pendant l'enfance peuvent se poursuivre à l'âge adulte. Près de deux tiers des décès prématurés et un tiers des maladies qui touchent les adultes sont liés à des modes de vie ou des formes de comportement adoptés pendant la jeunesse, notamment le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique, les relations sexuelles non protégées ou l'exposition à la violence. De plus, les dangers et les risques que présente la pollution de l'environnement au niveau local pour la santé des enfants doivent aussi être gardés à l'esprit.

8. Les communications reçues et les débats tenus pendant la consultation d'experts ont confirmé que, malgré les progrès réalisés, la santé des enfants demeure un important sujet de préoccupation partout dans le monde. Certaines questions communes nécessitent une attention particulière, notamment la malnutrition, la violence, les blessures et accidents, la santé mentale, la toxicomanie, la santé sexuelle et procréative des adolescents et la promotion de comportements sains à l'école. Là où l'on manque de ressources, il convient d'accorder, à titre prioritaire, une attention supplémentaire à la pneumonie, aux diarrhées et aux autres maladies transmissibles.

III. Cadre juridique international

9. La Convention relative aux droits de l'enfant, principal instrument international pour la promotion et la protection des droits de l'enfant, s'applique aux enfants dans toutes les circonstances. Tous les enfants, qu'ils vivent dans des pays développés, des pays en développement ou des pays en conflit, ont droit à la même protection de leurs droits, y compris le droit à la santé. Conformément à l'article premier de la Convention, le droit de l'enfant à la santé s'applique à tout être humain qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans.

10. Outre la Convention relative aux droits de l'enfant et les Protocoles facultatifs s'y rapportant, tous les autres instruments fondamentaux relatifs aux droits de l'homme contenant des dispositions relatives à la santé s'appliquent aux adultes et aux enfants et, à ce titre, constituent des outils supplémentaires pour faire respecter le droit de l'enfant à la santé. Il s'agit notamment du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, de la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille et des Conventions de l'Organisation internationale du Travail (OIT) ayant trait au travail des enfants, notamment la Convention (n° 138) sur l'âge minimum, 1973, et la Convention (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants, 1999.

11. Le droit à la santé est un droit universel reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme et par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant doit être interprété à la lumière des orientations fournies par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son Observation générale n° 14, étant donné que les obligations de l'État concernant le respect du droit de l'enfant à la santé coïncident avec les obligations générales découlant du droit universel à la santé. Le droit de l'enfant à la santé est un droit global, qui est aussi éclairé par la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, dans laquelle la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social, plutôt que comme une simple absence de maladie ou d'infirmité.

12. À l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, les États parties à la Convention reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et s'efforcent de garantir que nul enfant ne soit privé du droit d'avoir accès aux services de

soins de santé. De plus, les États parties sont priés de prendre les mesures appropriées pour réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants, assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés et lutter contre la maladie et la malnutrition. Les États parties sont aussi tenus de faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents. En outre, les États parties sont priés de prendre toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

13. Le Comité des droits de l'enfant soulève régulièrement la question du droit de l'enfant à la santé dans le cadre de son dialogue avec les États parties, auxquels il fait des recommandations à ce sujet. Le Comité mentionne aussi expressément ce droit dans plusieurs de ses Observations générales, notamment les Observations générales n° 3 (le VIH/sida et les droits de l'enfant), n° 4 (la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant), n° 7 (mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance), n° 13 (le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence), n° 12 (le droit de l'enfant d'être entendu) et n° 10 (les droits de l'enfant dans le système de justice pour mineurs).

14. La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît l'interdépendance et l'indivisibilité de tous les droits qu'elle consacre; la réalisation du droit à la santé est par conséquent indispensable à la jouissance de tous les autres droits et la concrétisation du droit à la santé dépend de la réalisation de beaucoup d'autres droits prévus dans la Convention. Si un enfant est malade et n'a pas accès aux services de soins de santé, il ne peut pas aller à l'école et sera effectivement privé de son droit à l'éducation (art. 28). De la même manière, si d'autres droits énoncés dans la Convention, comme le droit de ne pas subir de violence (art. 19), ne sont pas réalisés, cela aura un effet immédiat et négatif sur le droit de l'enfant à la santé. Les autres droits intrinsèquement liés à la réalisation du droit à la santé sont notamment le droit à la vie et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination, ainsi que le droit d'être protégé contre tout travail susceptible de nuire à la santé de l'enfant (art. 32), le droit de ne pas être soumis à l'exploitation sexuelle et à des violences sexuelles (art. 34) et le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (art. 37). Le droit de jouer (art. 31) est aussi capital lorsqu'il s'agit de la santé de l'enfant, puisqu'il a été prouvé que le jeu était essentiel à la santé affective et physique de l'enfant, ainsi qu'à son bien-être.

15. Conformément à l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le droit de l'enfant à la santé ne doit pas être interprété comme le droit d'être en bonne santé en tant que telle, mais plutôt comme le droit de bénéficier de conditions et de services nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint compte tenu des circonstances. Une telle approche de la santé place la réalisation du droit à la santé dans le cadre plus large des obligations internationales relatives aux droits de l'homme. La notion de «meilleur état de santé susceptible d'être atteint» repose à la fois sur la situation biologique, sociale, culturelle et économique de l'enfant au départ et sur les ressources dont dispose l'État, complétée par les ressources mises à la disposition par d'autres sources, notamment des organisations non gouvernementales, la communauté internationale et le secteur privé.

16. Le droit de l'enfant à la santé comprend un ensemble de libertés et de droits. Les libertés, qui gagnent en importance au fur et à mesure que les capacités et la maturité de l'enfant grandissent, comprennent le droit de contrôler sa santé et son corps. Les droits comprennent le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions qui garantissent à chaque enfant, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. Outre la fourniture d'informations et de services relatifs à la

santé, le droit de jouir du meilleur état de santé possible comprend notamment l'accès aux services et aux programmes nécessaires pour assurer les facteurs déterminants de la santé.

17. De plus, la mise en œuvre des droits consacrés par la Convention, y compris le droit à la santé, doit être guidée par les quatre principes généraux qui constituent les piliers de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Égalité et non-discrimination

18. Afin de garantir à tous les enfants la pleine réalisation du droit à la santé, les États ont l'obligation de faire en sorte que la santé des enfants ne soit pas compromise par la discrimination. Un certain nombre de motifs pour lesquels toute discrimination est interdite sont énoncés à l'article 2 de la Convention relative aux droits de l'enfant, notamment la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale, ethnique ou sociale, la situation de fortune, le handicap, la naissance ou toutes autres situations de l'enfant, de ses parents ou de ses représentants légaux. Ces motifs englobent aussi l'orientation sexuelle et l'état de santé, notamment le VIH/sida et la santé mentale. La discrimination fondée sur le sexe, particulièrement répandue, a des conséquences très diverses, qui vont du déséquilibre du rapport de masculinité aux stéréotypes fondés sur le sexe et à l'accès aux services de santé infantile. Il convient de prêter attention aux différents besoins des filles et des garçons et aux conséquences des normes et valeurs sociales liées au sexe. Dans de nombreux pays, l'inégalité entre les sexes et la discrimination fondée sur le sexe influent sur l'accès des filles aux soins en matière de nutrition et de santé dès leur plus jeune âge, avec des conséquences à long terme pour leur santé et leur développement. De la même manière, la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre a des incidences négatives sur la mise en œuvre du droit de l'enfant à la santé.

19. Les enfants forment une population hétérogène et leurs priorités en matière de santé varient en fonction de divers facteurs. Au-delà des motifs de discrimination interdits, il est important d'avoir conscience de la vulnérabilité disproportionnée et de la mauvaise santé de certains groupes d'enfants. Il est nécessaire de veiller à ce qu'aucune discrimination ne soit exercée contre ces groupes d'enfants, notamment les enfants handicapés ou atteints de maladies chroniques; les enfants migrants et les enfants laissés au pays; les enfants appartenant à des minorités et les enfants autochtones; les enfants des rues, placés en institution ou privés de protection parentale; les enfants qui travaillent, notamment ceux qui exécutent des travaux susceptibles de nuire à leur santé; les enfants victimes de violence, d'exploitation et de sévices sexuels; les enfants réfugiés et les enfants touchés par des conflits, une occupation étrangère ou un état d'exception; les enfants dont la naissance n'a pas été enregistrée; les enfants homosexuels, bisexuels, transsexuels ou intersexes; les enfants qui vivent dans des familles ou des communautés où la toxicomanie est répandue; les enfants victimes de pratiques néfastes; et les enfants qui vivent dans des zones reculées, dans des zones urbaines socialement et économiquement défavorisées et dans des situations de dénuement économique extrême.

Intérêt supérieur de l'enfant

20. L'article 3 de la Convention relative aux droits de l'enfant fait obligation aux institutions publiques et privées de protection sociale de veiller à ce que l'intérêt supérieur de l'enfant soit une considération primordiale dans toutes les décisions qui concernent les enfants, notamment celles ayant trait à l'allocation de ressources et à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, de mesures et de services qui ont une incidence sur les facteurs déterminants de leur santé. L'intérêt supérieur de chaque enfant devrait reposer sur les meilleures pratiques en matière de santé publique fondées sur des faits concrets, sur les souhaits et les sentiments vérifiables de l'enfant (art. 12), ses besoins physiques,

émotionnels et éducatifs, son âge, son sexe, son milieu, ses relations avec les personnes à qui il est confié et d'autres caractéristiques pertinentes.

Droit à la vie, à la survie et au développement

21. L'article 6 de la Convention non seulement reconnaît le droit inhérent à la vie, mais aussi dispose que l'État a le devoir d'assurer la survie et le développement de l'enfant, du point de vue physique, mental, spirituel et social.

Respect de l'opinion de l'enfant

22. L'article 12 de la Convention prévoit que l'enfant a le droit d'exprimer son opinion et le droit que celle-ci soit dûment prise en considération, y compris son opinion au sujet de tous les aspects de la santé. Le développement des capacités de l'enfant a une incidence importante sur le moment où celui-ci peut participer aux décisions concernant sa santé, notamment pour ce qui est de l'accès aux services de santé, si nécessaire sans l'accord des parents et, finalement prendre des décisions dans ce domaine en toute autonomie. Selon ses capacités et sa maturité, l'enfant doit avoir accès à des services confidentiels d'orientation et de conseil sans avoir besoin du consentement de ses parents ou tuteurs, si tel est son intérêt supérieur.

23. Comme l'indique le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son Observation générale n° 14, les services et les programmes relatifs à la santé, notamment pour les enfants, doivent répondre à un certain nombre de critères, notamment la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité. La réalisation du droit de l'enfant à la santé suppose l'existence de suffisamment d'installations, de biens, de services et de programmes opérationnels en matière de santé infantile. Il s'agit notamment de disposer de suffisamment d'hôpitaux, de dispensaires, de praticiens de la santé, d'équipes et d'installations mobiles, de travailleurs sociaux communautaires, d'équipements et de médicaments essentiels pour offrir des soins de santé à tous les enfants qui vivent sur le territoire de l'État. Ce sont les besoins qui détermineront l'offre, une attention particulière devant être prêtée aux populations mal desservies et difficiles à atteindre.

24. L'accessibilité comporte quatre aspects:

a) La non-discrimination: les services, équipements et fournitures en matière de santé doivent être accessibles à tous les enfants, aux femmes enceintes et aux mères, dans la législation et dans la pratique, sans discrimination d'aucune sorte;

b) L'accessibilité physique: les établissements de santé doivent être situés dans un périmètre accessible pour tous les enfants, les femmes enceintes et les mères. Il peut être nécessaire d'accorder une attention accrue aux besoins des enfants handicapés;

c) L'accessibilité économique: le manque de moyens ne devrait pas empêcher l'accès aux services, aux fournitures ou aux médicaments. Les États devraient créer des filets de protection permettant aux populations pauvres d'accéder aux services à chaque fois que cela est indispensable, quelles que soient leurs capacités financières. Ils devraient notamment supprimer la facturation des frais aux usagers et mettre en œuvre des systèmes de financement de la santé qui ne soient pas discriminatoires à l'égard des pauvres qui sont dans l'incapacité de payer;

d) L'accessibilité de l'information: les informations sur la promotion de la santé, sur l'état de santé et les possibilités de traitement devraient être fournies aux enfants et aux personnes qui en ont la charge dans une langue et sous une forme qui soient accessibles, clairement compréhensibles et culturellement adaptées.

25. Pour ce qui est du droit de l'enfant à la santé, l'acceptabilité suppose que toutes les structures et tous les biens et services en matière de santé soient conçus et utilisés d'une manière qui tienne pleinement compte et soit respectueuse de l'éthique médicale, ainsi que des besoins, des attentes, de la culture et de la langue de l'enfant. Les structures, les biens et les services en matière de santé devraient être appropriés du point de vue scientifique et médical et de bonne qualité.

IV. Questions de santé concernant les enfants nécessitant une attention

26. Les problèmes de santé d'un nombre sans cesse croissant de personnes âgées de 0 à 19 ans, actuellement estimé à 2,5 milliards de personnes dans le monde, doivent faire l'objet d'une attention appropriée.

27. Selon l'OIT, 115 millions d'enfants effectuent des travaux qui sont susceptibles de nuire à leur santé, à leur sécurité ou à leur moralité et qui devraient être interdits aux moins de 18 ans. Les enfants qui effectuent des travaux dangereux sont particulièrement exposés aux maladies professionnelles et aux accidents du travail.

A. Grossesse, accouchement et soin postnatal

28. Il convient, pour que les enfants soient en bonne santé, de commencer par promouvoir la santé et le bien-être des femmes en âge de procréer, puis d'assurer des soins et des services pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant la période post-partum. Un enfant dont la mère meurt au cours des six semaines suivant sa naissance a moins de chances de vivre au-delà de l'âge de 2 ans qu'un enfant dont la mère survit. La nécessité d'adopter une approche de la mortalité et de la morbidité maternelles fondée sur les droits de l'homme a été reconnue par le Conseil des droits de l'homme².

29. On estime que la sous-nutrition maternelle et la sous-nutrition infantile, qui sont inextricablement liées, sont responsables de 35 % des décès d'enfants et de 11 % de l'ensemble de la charge de morbidité au niveau mondial. Il est crucial que les femmes enceintes aient une alimentation adéquate et prennent des suppléments nutritionnels pour assurer un développement sain au fœtus et à l'enfant et pour réduire la prédisposition de l'enfant aux maladies infectieuses et de l'adulte aux maladies chroniques.

30. En 2010, près de 2,8 millions de décès ont été attribués à la mortalité néonatale (morts d'enfants de 0 à 27 jours). Les complications liées aux naissances prématurées, les complications survenant lors de l'accouchement, les infections, l'hypertension de la mère, le diabète et les retards de croissance intra-utérins sont responsables de la plupart des cas de naissances d'enfants mort-nés et de morts néonatales. L'amélioration du suivi de la grossesse et la prévention, la détection et la gestion précoce des complications ont une incidence positive sur la santé et la survie des femmes et des nouveau-nés.

31. Plus de 90 % des enfants infectés par le VIH l'ont été dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant, qui peut être évitée par la prise de médicaments antirétroviraux, ainsi que par des accouchements et des pratiques alimentaires plus sûrs. Les consultations volontaires et le dépistage volontaire du VIH, combinées à des services de diagnostic du VIH chez les nourrissons et à des services de soins et de traitements du VIH à long terme pour les femmes et les nourrissons, si nécessaire, peuvent réduire la transmission du VIH et promouvoir l'accès aux services nécessaires.

² Voir les résolutions 11/8, 15/17, 18/12 et 21/6 du Conseil des droits de l'homme.

32. Le recours accru à la pratique de l'accouchement assisté par du personnel professionnel et à des services de soins obstétricaux d'urgence peut améliorer le taux de survie des enfants en réduisant la mortalité et en sauvant la vie de mères et de nouveau-nés. Les soins postnataux devraient comprendre, au minimum, l'alimentation au sein précoce et exclusive, le maintien du bébé au chaud, un lavage des mains et des soins d'hygiène du cordon ombilical et de la peau plus fréquents, la détection des cas nécessitant des soins supplémentaires et des conseils sur les cas dans lesquels il convient de conduire un nouveau-né dans un établissement de santé. De plus, l'allaitement au sein a un effet positif sur de nombreux domaines de la santé infantile puisque, outre sa valeur nutritionnelle, il renforce le système immunitaire de l'enfant, évitant ainsi un grand nombre d'infections.

B. Mortalité infantile

33. Les principales causes de décès des enfants âgés de 1 à 59 mois sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme; les accidents et les anomalies congénitales sont aussi des causes importantes de mortalité³. Les principales causes de mortalité infantile provoquent aussi des maladies chez des millions d'enfants chaque année. Presque la moitié de la charge mondiale de morbidité chez les enfants âgés de 0 à 4 ans est imputable à sept maladies infectieuses: les infections des voies respiratoires inférieures (notamment la pneumonie), les maladies diarrhéiques, le paludisme, la rougeole, la coqueluche, le VIH/sida et le tétanos.

34. Les données mondiales masquent toutefois d'importantes disparités régionales, et les statistiques nationales cachent des écarts en matière de santé entre les différentes régions d'un même pays. Le risque pour un enfant de mourir avant l'âge de 5 ans est 18 fois plus élevé dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé; dans tous les cas, le risque est supérieur dans les zones rurales, les communautés moins instruites et les ménages plus pauvres⁴.

35. Plus des deux tiers des cas de mortalité parmi les moins de 5 ans sont dus à des maladies évitables qui pourraient être traitées par des interventions simples et peu coûteuses. Le personnel de santé devrait assurer ces interventions dans les communautés et donner aux parents et aux personnes à qui les enfants sont confiés des informations sur la manière de promouvoir la santé et la survie de l'enfant.

36. Il est crucial que les enfants puissent bénéficier du programme complet de vaccinations recommandées par l'OMS afin de prévenir les maladies infantiles, toujours plus nombreuses, ainsi que les maladies qui peuvent survenir plus tard dans la vie.

37. L'accès à des moustiquaires imprégnées d'insecticide et à un traitement approprié pour le paludisme, conformément aux directives de l'OMS, peut améliorer les chances de survie des enfants dans les régions où le paludisme est endémique. L'accès à de l'eau saine et potable en quantité suffisante est essentiel pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles. Le savonnage des mains, l'accès à des installations sanitaires amélioré et à des médicaments vermifuges peut aider à réduire le nombre de cas de diarrhée et de pneumonie, ainsi que d'autres maladies infectieuses et parasitaires.

38. Des mesures devraient être prises pour faire face aux dangers et aux risques de la pollution locale pour la santé des enfants, notamment en réduisant les émissions de fumée des appareils servant à préparer les aliments, afin de réduire la prévalence de la pneumonie

³ UNICEF, *A Promise Renewed*, 2012. Consultable à l'adresse www.apromiserenewed.org/files/APR_Brochure_September12.pdf.

⁴ Voir www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/child/en/index.html.

et des autres infections respiratoires, et en luttant contre les changements climatiques, qui contribuent à la prévalence des maladies infectieuses et aggravent les inégalités en matière de santé.

39. Les enfants touchés par le VIH doivent bénéficier d'une attention accrue pour pouvoir survivre et se développer sainement, doivent avoir accès en permanence à des soins et à un soutien apporté par des adultes compétents et bénéficier d'une protection de leurs droits, notamment le droit à l'éducation, le droit d'accéder à des services de santé et à d'autres services sociaux et le droit d'hériter.

C. Malnutrition

40. La dénutrition, la carence en micronutriments et la surnutrition sont différents aspects de la malnutrition qui doivent être pris en compte globalement dans le cadre d'une approche axée sur l'ensemble de l'existence⁵. La dénutrition cause chaque année la mort de 2,6 millions d'enfants, soit un tiers du nombre total de décès d'enfants dans le monde. De plus, la croissance de 1 enfant sur 4 dans le monde est retardée. Dans les pays en développement, ce chiffre atteint 1 enfant sur 3⁶.

41. Outre la charge de morbidité et le retard de croissance imputable à la dénutrition, la surnutrition devient de plus en plus préoccupante. En 2010, il y avait, selon les estimations, 42 millions d'enfants de moins de 5 ans en surpoids et ce taux continue de croître en raison du manque d'activités physiques et de mauvais régimes alimentaires⁷.

42. Les communications reçues confirment les conclusions présentées plus haut et montrent que ce double fardeau commence à toucher les pays développés et non développés dans une proportion égale. Les réponses reçues faisaient aussi état de tendances préoccupantes en ce qui concerne la stigmatisation des enfants obèses par le personnel médical.

43. Il est fondamental d'assurer une alimentation appropriée aux nourrissons et aux jeunes enfants. Un certain nombre de mesures pourraient être prises pour lutter contre la malnutrition infantile, comme la fourniture aux parents de conseils, de produits et de compléments alimentaires, la promotion de l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains et acceptables sur le plan culturel et la mise en place de programmes alimentaires complémentaires dans les situations d'urgence, lorsqu'une situation de malnutrition aiguë menace de s'installer ou est installée. Il convient d'éviter un recours excessif aux compléments, aux aliments thérapeutiques, aux fortifiants et aux laits maternisés, qui peuvent contribuer en fait à la malnutrition s'ils sont appliqués dans des régions où les écosystèmes permettent d'avoir des régimes alimentaires durables. Servir les repas à l'école peut contribuer à ce que les enfants aient accès à une alimentation suffisante, améliorer leur capacité d'apprentissage et accroître les taux de scolarisation.

44. On peut lutter contre l'obésité des enfants en incitant ceux-ci à adopter de bonnes habitudes alimentaires et à pratiquer une activité physique. La réglementation de la publicité incitant à la consommation de boissons et d'aliments préjudiciables pour la santé peut, lorsqu'elle est associée à l'éducation parentale, protéger les enfants de la consommation de ces produits.

⁵ A/HRC/19/59.

⁶ Save the Children, *A Life from Hunger*, 2012.

⁷ OMS, stratégies de prévention de l'obésité de l'enfant dans la population: rapport d'un forum et d'une réunion technique de l'OMS, Genève, 15-17 décembre 2009. Consultable à l'adresse www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf.

45. Le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation souligne l'importance de lutter simultanément contre la dénutrition, la carence en micronutriments et la surnutrition, en repensant entièrement les systèmes alimentaires de façon à promouvoir des régimes alimentaires viables⁸.

D. Pratiques préjudiciables

46. Certaines pratiques admises par les parents, la famille et même certains chefs religieux ou communautaires telles que la mutilation et l'ablation génitales féminines, l'alimentation forcée, le mariage d'enfants, les agressions à l'acide, les crimes d'«honneur», le repassage des seins, les tests de virginité, les rites d'initiation dangereux, la préférence pour les fils, la sélection prénatale en fonction du sexe, l'infanticide, la dot, la servitude et l'esclavage sexuel peuvent avoir un effet préjudiciable sur la santé des enfants. Il faudrait prendre des mesures pour abolir ces pratiques, conformément à l'article 24.3 de la Convention relative aux droits de l'enfant.

47. Les pratiques préjudiciables à la santé des enfants sont parfois induites par les médias et les entreprises privées. Les stéréotypes esthétiques véhiculés par les médias peuvent donner lieu à des pratiques superflues comme la chirurgie esthétique. Les États devraient aussi prendre des mesures adéquates et efficaces pour lutter contre ces stéréotypes, le cas échéant.

E. Santé sexuelle et procréative

48. Environ 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans deviennent mères chaque année. Les adolescentes courent un risque particulièrement élevé de connaître des complications pendant la grossesse et l'accouchement. Le mauvais état de santé des mères est à l'origine de 7 % des décès féminins dans la tranche d'âge des 10 à 24 ans et de nombreux handicaps.

49. Le droit à la santé sexuelle et procréative est un élément essentiel du droit à la santé. Comme l'a indiqué le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, les États doivent veiller à ce que cet élément du droit à la santé soit pleinement réalisé⁹. Afin que les adolescents puissent bénéficier du meilleur état de santé et de bien-être possible, il faut leur dispenser une éducation sexuelle complète et leur donner pleinement accès à des services confidentiels de santé sexuelle et procréative, adaptés aux jeunes et pragmatiques. Une éducation sexuelle complète adaptée aux adolescents peut contribuer à faire baisser les taux élevés de grossesses des adolescentes ainsi que les risques supplémentaires de morbidité et de mortalité qu'elles entraînent.

50. Le Comité des droits de l'enfant a demandé instamment aux États parties de prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire le nombre de grossesses des adolescentes, mieux leur faire connaître les services de planning familial et rendre ces derniers plus accessibles, élaborer des programmes d'enseignement sur la santé procréative des adolescents et mener un travail de sensibilisation sur l'accès aux méthodes de contraception sans risques. Le Comité a également rappelé que les opinions de l'enfant devaient toujours être entendues et respectées dans les décisions concernant l'avortement, en droit comme en pratique¹⁰.

⁸ A/HRC/19/59, par. 37 à 47.

⁹ A/66/254.

¹⁰ CRC/C/UKR/CO/3-4, par. 57.

51. Le Comité s'est également déclaré préoccupé par l'incidence que peut avoir une législation très stricte en matière d'avortement sur le droit à la santé des adolescentes¹¹, et a demandé instamment aux États de veiller à ce que les filles qui tentent d'avorter ou avortent ne fassent en aucun cas l'objet de sanctions pénales¹². Il a également demandé aux États de revoir leur législation sur l'avortement et de veiller à ce qu'elle respecte pleinement le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant, notamment en permettant aux adolescentes enceintes d'avorter dans de bonnes conditions de sécurité et en les protégeant dûment des risques liés aux avortements clandestins¹³.

52. Un ensemble de services relatifs au VIH (prévention du VIH, conseils et dépistage volontaires, soins, traitements et services d'accompagnement), adaptés aux adolescents, devraient être accessibles à tous. Les victimes d'agressions sexuelles devraient avoir accès à une prophylaxie postexposition. La nécessité de garantir la confidentialité des résultats des tests de VIH et autres informations connexes devrait être dûment prise en compte.

53. Les valeurs sociales et culturelles peuvent parfois limiter l'accès aux informations et aux services. Par exemple, dispenser une éducation sexuelle complète est considéré comme étant déplacé dans certaines sociétés qui prônent l'abstinence. L'accès aux services de santé sexuelle et procréative est parfois limité pour certaines catégories de la population, dont les adolescents, lorsqu'une conception traditionnelle de la sexualité prédomine. Les lois relatives au consentement des parents ou du conjoint peuvent priver les adolescents de leur droit d'avoir accès à des informations en matière de santé sexuelle et procréative.

F. Violence

54. L'Étude des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants¹⁴ a mis en lumière l'ampleur du problème de la violence, que l'on trouvait dans tous les pays et dans différents contextes, y compris la famille, l'école, les institutions et la communauté. La charge de la mortalité et de la morbidité des enfants imputable à la violence est élevée, notamment durant la petite enfance et l'adolescence, ce qui souligne la nécessité d'instaurer un cadre qui protège les enfants de la violence, d'aider les parents et les personnes qui s'occupent des enfants à adopter de bonnes méthodes d'éducation et de lutter contre les mentalités qui tolèrent et cautionnent le recours à la violence, sous quelque forme et dans quelque contexte que ce soit. L'article 19 de la Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît le droit de l'enfant d'être protégé contre la violence.

55. La violence sexuelle peut avoir de graves conséquences physiques, psychologiques et sociales à court et à long terme, non seulement pour les filles et les garçons, mais également pour leur famille et leur communauté. Il est nécessaire de mettre en place des systèmes de protection des enfants solides et efficaces, prévoyant notamment des services complets d'aide aux enfants victimes.

56. Eu égard aux effets des châtiments corporels sur la santé des enfants, qui peuvent provoquer des blessures mortelles ou non mortelles, ainsi qu'à leurs conséquences psychologiques et émotionnelles, les châtiments corporels et les autres formes cruelles ou dégradantes de châtiments devraient être éliminés dans tous les contextes¹⁵.

¹¹ CRC/C/15/Add.107, par. 30; CRC/C/CHL/CO/3, par. 55 et 56; CRC/C/URY/CO/2, par. 51.

¹² CRC/C/NIC/CO/4, par. 59 b).

¹³ CRC/C/KOR/CO/3-4, par. 11.

¹⁴ A/61/299.

¹⁵ CRC/C/GC/8.

G. Blessures, accidents et handicaps

57. Les blessures, les accidents de la circulation, les chutes et les incendies contribuent de manière importante à la charge de morbidité chez les enfants de 5 à 9 ans. Les accidents de la circulation sont la cause principale de mortalité chez les 10-24 ans.

58. Si l'on veut endiguer ce phénomène, il est nécessaire d'adopter des stratégies et des mesures visant à réduire le nombre d'accidents de la circulation, de noyades, de brûlures et autres accidents domestiques, notamment en adoptant une législation et des mesures d'application appropriées, en particulier dans les domaines suivants: sécurité routière, modification des produits et de l'environnement, éducation, acquisition de compétences et changement des comportements, programmes communautaires, soins préhospitaliers et prise en charge aiguë, ainsi que services de réadaptation¹⁶. Le système de santé devrait permettre de poser un diagnostic précoce des handicaps physiques, y compris des handicaps visuels et auditifs et de fournir rapidement aux enfants handicapés des services de réadaptation et des soins adéquats aussi proches que possible de leur domicile.

59. De plus, dans certaines communications, des préoccupations ont été exprimées concernant les conséquences pour la santé de certains jeux dangereux, comme le jeu du foulard¹⁷. Bien que l'on ne dispose d'aucun chiffre sur ce phénomène, des associations de parents se sont créées dans certains pays pour sensibiliser aux conséquences de ces jeux. Il est essentiel d'effectuer un travail de prévention en la matière à l'école.

H. Santé mentale

60. Les problèmes de santé mentale (troubles du développement et du comportement, dépression, anxiété, traumatismes psychologiques dus à des mauvais traitements, à la violence ou à l'exploitation, automutilation et suicide) sont en augmentation chez les adolescents. Les problèmes sont souvent diagnostiqués tard et traités de manière inappropriée.

61. Dans sa résolution de 2012 sur la santé mentale (WHA65.4), l'Assemblée mondiale de la santé a noté qu'il existait des données de plus en plus nombreuses sur l'efficacité et la rentabilité des interventions pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux, notamment chez l'enfant et l'adolescent. Ces interventions devraient être intensifiées et intégrées dans un ensemble de politiques et de programmes sectoriels, notamment en matière de santé, d'éducation et de protection, avec la participation des familles et des communautés. Elles devraient comprendre des mesures visant tout particulièrement les enfants à risque en raison de leur environnement social et familial, afin d'améliorer leur capacité de faire face aux situations difficiles et de favoriser l'instauration d'un cadre protecteur et favorable. La fourniture d'un soutien psychologique dans les écoles et autres lieux communautaires peut contribuer à promouvoir la santé mentale des enfants.

62. On s'accorde de plus en plus à reconnaître qu'il faut prêter une plus grande attention aux maladies ainsi qu'aux problèmes de comportement et aux problèmes sociaux qui nuisent à la santé mentale, au bien-être psychologique et au développement affectif de l'enfant. On peut prévenir et traiter plus efficacement de nombreux troubles mentaux en

¹⁶ OMS, *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant: résumé*, Genève, 2008. Peut être consulté à l'adresse suivante: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_NMH_VIP08.01_eng.pdf.

¹⁷ C'est un jeu de strangulation volontaire afin d'expérimenter de nouvelles sensations en privant le cerveau d'oxygène.

investissant dans des systèmes de soins de santé primaires facilitant la détection et le traitement précoces des problèmes psychologiques, affectifs et mentaux des enfants.

I. Consommation de substances toxiques

63. On estime à 150 millions le nombre de jeunes, principalement dans les pays à faible et moyen revenus, qui fument et la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment chez les jeunes hommes, est en augmentation¹⁸; la consommation de tabac et d'alcool contribue au développement de maladies cardiovasculaires et autres à l'âge adulte. Les habitudes de consommation de substances contractées pendant l'adolescence ont tendance à devenir chroniques et sont des causes de morbidité et de mortalité plus tard. Il faudrait protéger les enfants des solvants, de l'alcool, du tabac et des substances illicites.

64. La ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac¹⁹ est une mesure importante dans la lutte contre l'usage du tabac chez les enfants. Les interventions visant à interdire la publicité du tabac, à augmenter le prix des produits contenant du tabac et à promulguer des lois portant interdiction de fumer dans les écoles et autres lieux publics font baisser le nombre de personnes qui commencent à consommer du tabac. L'interdiction de la publicité pour l'alcool, la réglementation de l'accès à l'alcool et la fourniture de services de conseil lorsque la consommation d'alcool est détectée sont des stratégies efficaces pour réduire la consommation d'alcool chez les jeunes.

65. Bien que la consommation d'alcool, de cannabis, de solvants et des drogues de synthèse reste beaucoup plus fréquente que l'usage de drogues injectables, ce dernier n'en est pas moins très préoccupant. Les enfants qui s'injectent des drogues sont souvent ceux qui se trouvent dans les situations les plus difficiles (enfants des rues et enfants privés de protection parentale). Les enfants qui s'injectent des drogues risquent plus que les adultes de partager du matériel avec d'autres et recourent moins souvent à des services d'échange d'aiguilles et de seringues. Le partage de matériel d'injection peut entraîner la transmission de virus hématogènes, dont le VIH. Les enfants et les jeunes qui s'injectent des drogues sont également plus exposés à d'autres maladies évitables ainsi qu'au décès par overdose²⁰.

66. Il faudrait adopter une approche de la consommation de substances toxiques globale et fondée sur les droits de l'homme comprenant l'adoption de stratégies de réduction des risques pour atténuer les effets nocifs de l'abus de substances toxiques pour la santé.

V. Mesures de mise en œuvre

A. Responsabilité

67. Même s'il incombe au premier chef aux États de s'acquitter de l'obligation de réaliser le droit de l'enfant à la santé, les partenaires qui interviennent à différents niveaux, parmi lesquels des instances publiques et privées, gouvernementales et non gouvernementales, des partenaires du développement et des organisations de financement, doivent aussi agir. Le rôle central joué par les parents et autres pourvoyeurs de soins, y compris les enseignants, les médecins, les travailleurs sociaux et tous ceux qui travaillent avec les enfants, est essentiel. Les États ont l'obligation de veiller à ce que tous les

¹⁸ OMS, Rapport de situation mondiale sur l'alcool et la santé, 2011.

¹⁹ Elle peut être consultée à l'adresse suivante: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf>.

²⁰ Communication de Harm Reduction International. Peut être consultée à l'adresse suivante: www.ohchr.org/EN/Issues/Children/RightHealth/Pages/Contributionsreceived.aspx.

détenteurs de devoirs disposent des capacités suffisantes pour s'acquitter de leurs obligations et de leurs responsabilités et à ce que les enfants aient les moyens de faire valoir leur droit à la santé.

68. La responsabilité est un élément essentiel qui permet de veiller à l'exercice du droit de l'enfant à la santé et les mécanismes nationaux de responsabilisation doivent être efficaces et transparents. Les bons mécanismes prévoient un système de plaintes, des procédures de recours ainsi que des organes de contrôle indépendants. Avec la participation active du gouvernement, des communautés, de la société civile et des enfants, les mécanismes nationaux de responsabilisation doivent viser à tenir tous les acteurs responsables de leurs actes. Ces mécanismes devraient également s'intéresser aux facteurs structurels qui ont une incidence sur la santé des enfants, tels que les lois, les politiques et les budgets. Il est essentiel pour les mécanismes gouvernementaux de responsabilisation de disposer d'un suivi participatif des ressources financières et des effets sur la santé des enfants.

B. Systèmes de santé

69. Investir dans des systèmes de santé solides est un élément clef de la prévention et de la fourniture de soins de qualité; un système de santé efficace, transparent et souple est indispensable à l'exercice du droit de l'enfant à la santé. Une approche fondée sur les droits de l'homme permettra de faire en sorte que les systèmes de santé soient transparents et conçus de manière à s'adresser à tout le monde, y compris aux groupes d'enfants les plus défavorisés, et que des systèmes veillant à ce que tous les détenteurs de devoirs répondent de leurs actes soient mis en place.

70. Alors que le droit universel à la santé suppose l'accès de tous à des services de santé, le droit de l'enfant à la santé requiert la conformité des systèmes de santé aux besoins sanitaires des enfants. Le droit à la santé implique que des programmes complets de soins de santé primaires soient mis en place, parallèlement à des initiatives locales dans des domaines comme les soins préventifs, le traitement de maladies particulières et des interventions en matière de nutrition. Combiner des structures fixes et mobiles de soins pour fournir des services et des technologies en matière de santé est un moyen de réduire sensiblement certains risques, qui devrait être universellement adopté. Même si l'objectif à long terme devrait être le renforcement des systèmes de santé nationaux, les initiatives locales permettent de desservir des zones dans lesquelles il est difficile d'obtenir des services sanitaires.

71. La promotion et la prévention de la santé sont des éléments fondamentaux des soins de santé primaires. Les interventions devraient lutter, au moyen d'un ensemble de mesures biomédicales, comportementales et structurelles contre les maladies transmissibles et non transmissibles et les autres problèmes de santé que sont les accidents, la violence, la consommation de substances toxiques ainsi que les troubles psychologiques et mentaux.

72. Il faut encourager l'égalité et la non-discrimination pour remédier aux disparités qui entravent l'accès des enfants aux services de santé et la fréquentation de ces services. Cibler les communautés les plus démunies en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et les interventions locales peut entraîner une réduction plus importante de la mortalité infantile, et à un coût moins élevé que les stratégies qui ne visent pas expressément à corriger les inégalités en matière de santé.

73. Une conception de la santé attentive à l'enfant lors des différents stades de l'enfance, à l'image de l'Initiative «Hôpitaux amis des enfants» de l'OMS et de l'UNICEF²¹, des politiques de santé adaptées aux enfants et des services de santé répondant aux besoins des adolescents peuvent améliorer l'acceptabilité des services de santé et leur utilisation.

74. Pour que le droit de l'enfant à la santé puisse s'exercer, il faut s'attacher à renforcer les liens avec les enfants et les associer à tous les stades de la conception et de la mise en œuvre du système de santé afin d'améliorer l'acceptabilité et, partant, l'utilisation des services.

75. De nombreux pays font état d'un manque de personnel dans le secteur de la santé, notamment en période de crise. Il est cependant nécessaire de disposer d'une main-d'œuvre suffisante et bien répartie afin que tous les enfants puissent bénéficier de services de santé dispensés par des professionnels dûment formés, et bénéficiant d'un encadrement, d'une rémunération et de conditions d'emploi appropriés.

76. Un ensemble d'indicateurs bien structurés et ventilés et d'instruments d'évaluation devrait être élaboré à l'appui d'un cadre national de coordination sur la santé de l'enfant pour faciliter la collaboration entre les ministères et d'autres échelons de l'administration. De plus, les systèmes d'information sur la santé devraient respecter le droit de l'enfant à la protection de la vie privée lorsque des données personnelles sont collectées et diffusées. Il faut effectuer régulièrement un suivi et un examen des données dûment ventilées sur le système national de santé et les facteurs déterminants de la santé qui ont une incidence sur l'enfant pour connaître l'état de santé des enfants et faire respecter leurs droits, aux niveaux local et international. Les États devraient revoir régulièrement leurs systèmes d'information sur la santé, notamment s'agissant des registres d'état civil et des systèmes de surveillance, en vue de leur amélioration.

77. La corrélation existant entre pauvreté et mauvaise santé est bien connue. Les mesures de lutte contre la pauvreté devraient s'accompagner de la fourniture de services de santé et d'éducation afin d'atténuer les éventuels problèmes financiers liés à la réalisation du droit de l'enfant à la santé. Encourager les femmes à gérer le budget familial peut également contribuer à améliorer la santé des enfants, en raison de l'importance qu'elles accorderont à l'alimentation des enfants et l'accès aux services de santé. Les frais facturés aux usagers et autres dépenses de santé peuvent représenter un obstacle insurmontable dans l'accès aux services de santé. Les mesures de protection sociale, notamment les mécanismes de sécurité sociale comme les allocations familiales, les transferts en espèces et les congés payés pour les parents sont autant d'investissements qui améliorent l'accessibilité financière aux services de santé pour les enfants.

C. Lois et politiques

78. La loi devrait contraindre l'État à fournir les services, programmes, ressources et infrastructures nécessaires à l'exercice du droit de l'enfant à la santé et conférer aux femmes enceintes et aux enfants le droit de bénéficier de services de santé de base et services connexes, quelle que soit leur situation financière. De plus, elle devrait interdire toutes les pratiques qui sont préjudiciables aux enfants. Il faudrait abroger les dispositions justifiant ou autorisant des pratiques préjudiciables aux enfants. Enfin, la loi devrait prévoir des mécanismes de plainte et de recours appropriés.

²¹ www.unicef.org/nutrition/index_24806.html.

79. La législation devrait également porter sur d'autres aspects afin de garantir l'exercice du droit de l'enfant à la santé, et notamment définir la portée du droit et reconnaître les enfants comme des détenteurs de droits, énoncer les rôles et responsabilités de l'ensemble des détenteurs de devoirs, préciser quels services les enfants, les femmes enceintes et les mères sont fondés à réclamer et réglementer les services afin de garantir leur qualité.

80. Les lois, les réglementations et les politiques peuvent également constituer des obstacles à la réalisation du droit de l'enfant à la santé, par exemple lorsque le consentement des parents ou du conjoint est exigé pour l'accès aux informations et aux services de santé, ou lorsque des restrictions sont imposées à l'accès des enfants migrants et de leurs parents aux services ou à la fourniture d'une éducation sexuelle complète.

D. Enregistrement des naissances

81. L'article 7 de la Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît le droit de l'enfant à être enregistré à sa naissance. L'enregistrement à la naissance est indispensable pour fixer l'âge minimum de l'admission à l'emploi, de la conscription et du mariage et, dans les situations d'urgence, pour rechercher des enfants séparés et non accompagnés. Les enfants qui sont enregistrés sont en général aussi ceux qui ont reçu tous les vaccins, à qui des suppléments en vitamine A ont été administrés et/ou qui sont soignés lorsqu'ils tombent malades.

82. Les systèmes de santé doivent permettre aux enfants dont la naissance n'a pas été enregistrée de se prévaloir des services et de la protection auxquels ils ont droit sur un pied d'égalité avec les autres. L'enregistrement efficace des décès est également essentiel pour connaître la taille de la population ainsi que les causes de mortalité, et pour prévoir des interventions dans le domaine de la santé.

E. Parents et pourvoyeurs de soins

83. Les parents et les pourvoyeurs de soins ont un rôle essentiel à jouer dans l'éducation des enfants et les États devraient les aider à s'acquitter de leurs responsabilités. Les parents et autres pourvoyeurs de soins sont les personnes les plus importantes en matière de diagnostic précoce et de soins de santé primaires des jeunes enfants et offrent aussi la meilleure protection contre les comportements à haut risque des adolescents (consommation de substances toxiques et relations sexuelles à risque par exemple). Ils jouent également un rôle central dans le bon développement de l'enfant en protégeant les enfants contre les accidents, les jeux dangereux, les blessures et la violence et en atténuant les effets nocifs des comportements à risque. La socialisation des enfants, qui est fondamentale pour que ceux-ci comprennent le monde dans lequel ils grandissent et s'y adaptent, est profondément influencée par les parents et les pourvoyeurs de soins.

84. Les parents, tout en tenant compte de l'évolution de l'enfant, doivent s'occuper de l'enfant, le protéger et l'aider à grandir et à s'épanouir en veillant à sa santé. Les parents et pourvoyeurs de soins ont notamment la responsabilité d'adopter des méthodes d'éducation non violentes, de promouvoir des comportements sains et de chercher à obtenir des soins de santé adéquats ainsi que d'aider les enfants à prendre des décisions, notamment s'agissant de leur santé. Tous les parents et pourvoyeurs de soins doivent recevoir des informations sur la santé de l'enfant, conformément à l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant.

F. Éducation

85. Il existe une corrélation étroite entre le droit à l'éducation et le droit à la santé. Une bonne santé permet de mieux réussir à l'école; de même, un bon niveau d'instruction a un effet positif sur la santé de l'enfant. Améliorer l'instruction des filles et des femmes améliore la survie de l'enfant, notamment lorsque des mesures en ce sens sont mises en œuvre dans le cadre de programmes de réduction de la pauvreté.

86. L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant souligne la nécessité de fournir aux enfants des informations sur tous les aspects de l'éducation en matière de santé afin qu'ils réalisent leur droit à la santé et qu'ils puissent faire des choix concernant leur mode de vie et leur accès aux services de santé en connaissance de cause. Les enfants devraient ainsi pouvoir bénéficier d'une éducation sexuelle complète, d'informations sur une alimentation saine et la promotion de l'activité physique, d'informations en matière de prévention des accidents et des blessures, de notions d'hygiène et être avertis des dangers de la consommation de tabac et de substances psychoactives. Des informations adéquates relatives au droit à la santé, aux obligations incombant aux gouvernements et aux moyens d'avoir accès aux informations et aux services de santé devraient également leur être dispensées.

87. Les écoles ont un rôle essentiel à jouer en matière de promotion de la santé. Des informations devraient être fournies par les services de santé dans le cadre des programmes scolaires et dans d'autres contextes à l'intention des enfants non scolarisés. Des documents d'information sur la santé devraient être élaborés en collaboration avec les enfants et diffusés dans toutes sortes de lieux publics ainsi que dans les médias sociaux.

G. Coopération internationale

88. Les États ont l'obligation, non seulement de mettre en œuvre le droit de l'enfant à la santé sur leur territoire, mais aussi de contribuer à sa mise en œuvre au niveau mondial, dans le cadre de la coopération internationale. L'article 24.4 de la Convention relative aux droits de l'enfant demande aux États et aux organismes interétatiques d'accorder une attention toute particulière à la santé des enfants appartenant aux catégories les plus pauvres de la population ainsi que dans les pays en développement. Les États ont la responsabilité de collaborer à la fourniture de secours et d'assistance humanitaire dans les situations d'urgence. En pareil cas, toutes les mesures possibles doivent être prises pour veiller à ce que les enfants aient accès sans interruption à des services de santé, pour les réunir avec leur famille et les protéger, non seulement sur le plan matériel (en leur procurant des aliments et de l'eau potable) mais aussi en favorisant la fourniture de soins parentaux spéciaux ou d'une prise en charge psychologique pour prévenir et traiter les peurs et les traumatismes.

IV. Recommandations

89. Malgré les progrès réalisés dans de nombreux domaines, la santé des enfants reste un sujet de préoccupation dans le monde entier. Les questions abordées dans le présent rapport soulèvent des problèmes importants et complexes appelant des efforts communs de la part d'un large éventail d'acteurs: États, communauté internationale, société civile, communautés et familles, ainsi que secteur privé. Tous doivent faire montre d'un engagement résolu et constant en faveur de la promotion et de la protection des droits de tous les enfants, notamment de leur droit à la santé, afin que partout dans le monde les enfants grandissent et s'épanouissent en exerçant pleinement tous leurs droits.

90. Afin de garantir la réalisation du droit de l'enfant à la santé, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme recommande aux États n'ayant pas encore ratifié et appliqué la Convention relative aux droits de l'enfant et ses Protocoles facultatifs non plus que d'autres instruments internationaux relatifs à la santé de l'enfant, de s'y employer à titre prioritaire. Les États sont invités à réexaminer et retirer leurs réserves à l'article 24 de la Convention ainsi qu'à l'égard d'autres droits, qui pourraient empêcher les enfants d'exercer leur droit à la santé.
91. Le HCDH recommande aux États de présenter régulièrement des informations sur l'application du droit de l'enfant à la santé dans le rapport périodique qu'ils soumettent au Comité des droits de l'enfant et dans le cadre de l'Examen périodique universel du Conseil des droits de l'homme.
92. Les États sont incités à adopter une approche globale de la réalisation du droit de l'enfant à la santé, qui prenne en compte d'autres droits pouvant avoir une incidence sur l'exercice de ce dernier. Le droit de l'enfant à la santé devrait être reconnu dans la législation nationale. Les États doivent veiller à ce que tous les enfants puissent bénéficier d'un enregistrement à la naissance gratuit, accessible et rapide afin d'avoir accès aux services et programmes de santé.
93. Les États devraient adopter les mesures législatives et autres qui sont nécessaires pour mettre en œuvre le droit de l'enfant à la santé «dans toutes les limites des ressources dont ils disposent» et garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé essentiels pour tous les enfants, sans discrimination.
94. Les États sont invités à réexaminer leurs lois et politiques nationales et, le cas échéant, à les modifier pour qu'elles s'accordent à l'accomplissement du droit de l'enfant à la santé. À cette fin, la législation doit imposer l'interdiction complète de toutes les formes de violence à l'encontre des enfants, y compris des pratiques préjudiciables à leur santé. Les obstacles en matière d'accès à des informations et à des services complets en matière de santé sexuelle et procréative doivent être levés.
95. Les États sont également invités à élaborer un cadre national de coordination global et cohérent en matière de santé de l'enfant, fondé sur les principes de la Convention relative aux droits de l'enfant. Il servira à faciliter la collaboration entre les ministères et les différents échelons de l'administration, ainsi que l'interaction avec la société civile.
96. Les États devraient faire participer tous les secteurs de la société, y compris les enfants, à la mise en œuvre du droit de l'enfant à la santé. Les opinions exprimées par les enfants devraient inspirer les politiques, plans et interventions élaborés à leur intention.
97. Les États devraient garantir une couverture universelle de services de soins de santé primaires de qualité, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et procréative.
98. Les États devraient identifier les facteurs qui rendent les enfants vulnérables ou qui désavantagent certains groupes d'enfants et agir sur ceux-ci afin de garantir l'égalité et la non-discrimination. Il faudrait adopter des mesures positives ou des mesures temporaires spéciales pour garantir l'égalité de certains groupes d'enfants, en accordant par exemple la priorité en matière de fourniture de services de santé ou d'allocation de ressources à des domaines de la santé des enfants auparavant négligés ou à des groupes d'enfants marginalisés.

99. Les États sont invités à accorder la priorité à des questions peu traitées jusqu'à présent, telles que la mortalité des adolescents dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ainsi qu'à des questions relatives à la santé mentale et au suicide des adolescents. Ils devraient prêter l'attention voulue aux facteurs déterminants de la santé des enfants, notamment l'accès à une quantité minimum d'aliments sûrs et d'une valeur nutritive adéquate, à un logement, à l'assainissement, à une eau salubre et potable et à un environnement sain et sûr.
100. Les États devraient aider les parents et les pourvoyeurs de soins à s'acquitter de leurs responsabilités en matière de droit à la santé et d'autres droits connexes, y compris en leur fournissant une aide financière si nécessaire.
101. Des mécanismes de conseil, de plainte et de signalement adaptés aux enfants devraient être créés ou renforcés afin que les enfants aient accès à des recours efficaces en cas de violation de leur droit à la santé ou d'autres droits connexes.
102. Les États devraient promouvoir l'éducation à la santé, y compris une éducation sexuelle complète, dispensée dans un cadre tant formel qu'informel, et s'assurer que la promotion de la santé soit intégrée dans les programmes scolaires, notamment en ce qui concerne l'enseignement d'habitudes alimentaires saines et de l'éducation physique.
103. Les États devraient élaborer des systèmes globaux et coordonnés de collecte de données sur la santé des enfants, ventilées selon le parcours de vie des enfants en prêtant une attention particulière aux différences entre les filles et les garçons et aux groupes vulnérables. Ils devraient s'intéresser en particulier aux problèmes de santé, notamment aux nouvelles causes et aux causes négligées de mortalité, de morbidité et de violence, et cerner les principaux facteurs déterminants de la santé des enfants.
104. Les États devraient consacrer une part suffisante des dépenses de santé publique aux enfants et créer un mécanisme permettant une évaluation systématique et indépendante de ces dépenses. Ils devraient mettre en place un suivi et une analyse du budget fondés sur les droits, et mener des études d'impact sur la manière dont les investissements, notamment dans le secteur de la santé, peuvent servir l'intérêt supérieur de l'enfant.
105. La coopération internationale devrait soutenir les systèmes de santé mis en place par les États ainsi que les plans de santé nationaux. Les donateurs devraient cerner les principaux problèmes sanitaires touchant les enfants dans les pays bénéficiaires et les traiter conformément aux priorités et principes figurant dans l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant.
106. Conformément aux Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme, les entreprises du secteur privé fournissant des services ou une aide financière ayant une incidence sur la santé de l'enfant doivent respecter les droits des enfants, notamment leur droit à la santé, dans le cadre de leurs activités. Ces entreprises doivent donc éviter que leurs activités aient des effets négatifs sur la santé des enfants.
107. Les entreprises agroalimentaires devraient notamment limiter la publicité d'aliments et de boissons préjudiciables à la santé et au développement des enfants et, le cas échéant, se conformer aux prescriptions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. De même, les industries du tabac et de l'alcool devraient s'abstenir de s'adresser aux enfants dans la publicité et le marketing de leurs produits et ne pas vendre ces derniers aux enfants. L'industrie du tabac devrait appliquer la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Les compagnies d'assurances privées devraient veiller à ne pas effectuer de discrimination à l'égard des femmes enceintes, des enfants ou des mères.

108. **Les médias sont incités à promouvoir la santé et des modes de vie sains auprès des enfants, à fournir des espaces publicitaires gratuits pour la promotion de la santé, à veiller au respect de la vie privée et de la confidentialité des enfants, à ne pas produire de programmes et de documents préjudiciables aux enfants et à ne pas encourager la stigmatisation liée à la santé.**

109. **Les chercheurs effectuant des travaux sur la santé des enfants, y compris ceux travaillant pour des sociétés privées, doivent respecter les principes et les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant et, si nécessaire, les Directives internationales d'éthique pour la recherche biomédicale sur des sujets humains²². Il faut soutenir la recherche afin que des formules médicamenteuses pédiatriques, adéquates et sûres, soient disponibles.**

²² www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf.