



Assemblée générale

Distr. générale
30 juillet 2015
Français
Original : anglais

Soixante-dixième session

Point 73 b) de l'ordre du jour provisoire*

Promotion et protection des droits de l'homme :
questions relatives aux droits de l'homme,
y compris les divers moyens de mieux assurer
l'exercice effectif des droits de l'homme
et des libertés fondamentales

Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre aux membres de l'Assemblée générale le rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Dainius Puras, lequel rapport est soumis conformément aux résolutions 6/29 et 15/22 du Conseil des droits de l'homme.

* A/70/150.



Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale

Résumé

La prévention de la mortalité post-infantile doit demeurer une priorité mondiale. Mais au-delà de la simple survie, les enfants ont le droit de s'épanouir, de se développer de manière holistique pour atteindre leur plein potentiel et de jouir d'un bon état de santé physique et mentale dans un monde durable. Le présent rapport fait valoir que le développement du jeune enfant doit faire l'objet d'une bien plus grande attention et d'une réponse appropriée de la part de tous les acteurs concernés y compris dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015 sachant que la petite enfance est une période critique pour investir de manière efficace dans la santé des individus et de la société.

Table des matières

Page

DROIT QU'A TOUTE PERSONNE DE JOUIR DU MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE POSSIBLE	1
NOTE DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL	1
RAPPORT DU RAPPORTEUR SPÉCIAL SUR LE DROIT QU'A TOUTE PERSONNE DE JOUIR DU MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE	2
I. INTRODUCTION	4
II. PROGRÈS RELATIFS À LA SURVIE DE L'ENFANT ET AU DROIT À LA SANTÉ	5
A. AMPLEUR ET CAUSES DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	5
B. PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	6
C. APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE CINQ ANS	7
III. LE DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT ET LE DROIT DE JOUIR DU MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ POSSIBLE	9

A. SANTÉ ET PROMOTION DU DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT	9
B. PROGRÈS ACCOMPLIS EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT ET DE SANTÉ DU JEUNE ENFANT	10
C. OBLIGATIONS DE PROMOUVOIR LE DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT COMME COMPOSANTE DU DROIT À LA SANTÉ	11
IV. DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT DANS LE CADRE DU DROIT À LA SANTÉ	14
B. DÉTERMINANTS FONDAMENTAUX DU DROIT À LA SANTÉ	17
C. ÉGALITÉ ET NON-DISCRIMINATION	21
D. PARTICIPATION	23
E. RESPONSABILITÉ	24
F. OBLIGATIONS DES ÉTATS	25
V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	27
A. CONCLUSIONS	27
B. RECOMMANDATIONS	28

I. Introduction

1. Quelque 6,3 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans sont morts en 2013,¹ la plupart de causes évitables et de maladies soignables. Les taux de mortalité et de morbidité post-infantiles ont sensiblement reculé ces dernières années en raison de l'engagement pris aux niveaux mondial et national en faveur de la survie de l'enfant. Cependant, les taux de mortalité restent inacceptables, en particulier chez les jeunes enfants vivant dans la pauvreté ou issus de groupes marginalisés dans les pays à faible revenu.

2. Au moins 200 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans n'arrivent pas à atteindre tout leur potentiel.² Selon le Comité des droits de l'enfant, les premières années de la vie des jeunes enfants sont fondamentales pour leur santé et pour leur développement durant toute la vie.³ Leur situation nutritionnelle et leur état de santé ainsi que la qualité de leurs relations et de leurs interactions sociales ont des conséquences qui durent toute la vie sur leur développement et sur leur santé.⁴ La petite enfance est la période où l'on peut, de la manière la plus efficace et effective possible, s'assurer que tous les enfants atteignent leur plein potentiel : les bénéfices de l'investissement dans le développement de la petite enfance sont considérables.⁵ Il est regrettable que le droit au développement des enfants ne bénéficie pas jusqu'ici du même niveau d'attention que leur droit à la survie.

3. La santé, la survie et le développement ne se succèdent pas, ils sont intrinsèquement liés et représentent des processus simultanés. Les programmes pour la petite enfance doivent poursuivre les objectifs de survie et de santé à court terme, mais ils doivent, de manière plus systématique, aller au-delà de ces enjeux pour cibler le développement sain et la bonne santé tout au long de la vie.

4. Le présent rapport met l'accent sur le droit de jouir du meilleur état de santé possible (« droit à la santé ») et sur ses relations avec le droit du jeune enfant à la survie et au développement. Ces droits sont indissociables et indivisibles. Cette relation a deux dimensions :

a) Le droit à la survie et à un développement sain est essentiel à la jouissance d'une bonne santé physique et mentale tout au long de la vie;

b) Le droit à la santé dans la petite enfance suppose des libertés et des droits qui sont non seulement indispensables à la survie et à la santé immédiates, mais aussi au développement sain de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra.

5. La réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans est un des objectifs de la communauté mondiale de la santé depuis

¹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et autres, *Levels and Trends in Child Mortality* : Report 2014 (2014), p. 1

² S. Grantham McGregor and others, « Development potential in the first 5 years for children in developing countries », *Lancet*, vol. 369, No. 9555 (6 janvier 2007), pp. 60-70.

³ Observation générale n° 7 (2005), paragraphe 6 e)

⁴ S. Maggi et autres, « International perspectives on early child development », Organisation mondiale de la Santé (OMS), décembre 2005. Disponible à l'adresse : www.who.int/social_determinants/resources/ecd.pdf.

⁵ A. Lake, « Early Childhood Development – Global Action is Overdue », *Lancet*, Vol. 378, Numéro 9799 (8 octobre 2011), pp. 1277 – 1278.

plusieurs décennies. Plus récemment la communauté des droits de l'homme a accordé une plus grande attention à cette question. La section II du présent rapport met en lumière les progrès accomplis dans la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans et dans la compréhension des dimensions de cette question relative aux droits de l'homme. Si la communauté mondiale de la santé s'intéresse de plus en plus au développement sain de l'enfant, la communauté des droits de l'homme, quant à elle, ne lui a pas encore accordé une attention suffisante. La Section III met l'accent sur la relation étroite entre le droit à la santé et au développement sain des enfants âgés de moins de cinq ans en examinant la signification et les déterminants du développement sain, y compris les nouvelles connaissances scientifiques sur le développement du jeune enfant. La section IV s'intéresse à l'application du cadre du droit à la santé au thème du présent rapport.

6. Le droit à la santé offre un précieux cadre normatif et juridiquement contraignant qui sous-tend les dimensions liées à la santé du développement du jeune enfant. Il crée une obligation juridique pour les États de garantir le droit des enfants à un développement sain ; d'éliminer la discrimination et les inégalités qui entravent le développement sain dans des conditions d'équité ; de veiller à la participation des parties prenantes en associant les parents et les jeunes enfants aux activités pertinentes ; de consacrer le maximum de ressources disponibles au développement sain des enfants ; d'élaborer des lois et des politiques appropriées, notamment un plan national global ; et garantir l'obligation de rendre compte.

7. Les définitions de la petite enfance varient en fonction des pays et des régions. Le Comité des droits de l'enfant situe la petite enfance entre zéro et huit ans. Telle est la tranche d'âge couramment utilisée comme représentant la petite enfance par différentes organisations, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial s'intéresse aux enfants âgés de moins de cinq ans. En outre, la tranche d'âge de zéro à cinq ans se répartit habituellement entre période néonatale (0 à 28 jours), première enfance (première année de la vie) et années préscolaires (un à cinq ans).

II. Progrès relatifs à la survie de l'enfant et au droit à la santé

A. Ampleur et causes de la mortalité et de la morbidité des enfants de moins de cinq ans

8. Quelque 17 000 enfants âgés de moins de cinq ans continuent de mourir chaque jour, le plus souvent de causes évitables et soignables. Par ailleurs, 44 % des décès parmi les enfants âgés de moins de cinq se produisent chez les nouveau-nés âgés de 0 à 28 jours. Ces décès néonataux sont généralement la conséquence de complications dues à une naissance prématurée (35 %), d'une asphyxie et d'un traumatisme à la naissance (24 %) et d'une septicémie (15 %).⁶ La majorité des décès des enfants âgés de 29 jours à cinq ans sont liés à des maladies infectieuses,

⁶ UNICEF et autres, pp. 14-15.

telles que la pneumonie (23 %), les maladies diarrhéiques (16 %), le paludisme (13 %), le VIH/sida (3 %).⁷

9. Une insuffisance pondérale à la naissance, le fait de ne pas être allaité, la dénutrition, les conditions de vie en contexte de surpeuplement, la pollution de l'air intérieur, l'insalubrité de l'eau potable et des denrées alimentaires, et la mauvaise hygiène sont les principaux facteurs de risque immédiats de pneumonie et de diarrhée. Cependant, si ces maladies sont les causes immédiates de décès et sont dûment prises en compte dans les statistiques, la pauvreté et les inégalités en sont les causes profondes ou les déterminants sociaux sous-jacents. La pauvreté accroît l'exposition des jeunes enfants aux risques tels que la mauvaise nutrition, la violence, l'insuffisance des systèmes d'assainissement, les faibles niveaux d'éducation maternelle, la stimulation insuffisante à la maison, le stress et la dépression maternels. Elle limite l'accès à la santé et à d'autres services.⁸ En 2013, le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans dans les pays à faible revenu était plus de 12 fois supérieur au taux moyen de mortalité de ces enfants dans les pays à haut revenu.⁹ Il existe également d'importantes disparités entre les taux de mortalité et de morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans à l'intérieur des pays, ce qui se justifie par la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et d'autres formes d'inégalités. Il existe une forte corrélation entre les faibles niveaux d'alphabétisation et d'accès des femmes à l'éducation et les taux élevés de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans.

B. Progrès accomplis dans la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants de moins de cinq ans

10. La réduction de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans est au centre des programmes de développement mondial et de santé publique. L'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) n° 4 visait à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les engagements pris à l'échelle mondiale tels que les OMD ont donné une impulsion aux stratégies mondiales et plans nationaux, permettant ainsi d'accélérer les progrès, plus particulièrement dans la mise en œuvre en 2010 de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*¹⁰ du Secrétaire général et du plan d'action, *Chaque nouveau-né*, élaboré en 2014 par l'OMS pour mettre fin aux décès évitables. Ces initiatives ont donné une impulsion à l'action aux niveaux international et national et ont fourni une orientation technique en vue de la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans.

11. Des progrès considérables ont été accomplis en ce qui concerne la réduction des décès des enfants âgés de moins de cinq ans, leur nombre étant passé de 6,3 millions en 2013 contre 12,7 millions en 1990. Cependant, ces progrès n'ont pas été

⁷ OMS, Base de données de l'Observatoire mondial de la Santé. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODWORLD?lang=en>.

⁸ S. Walker and T. Wachs and others, « Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries », *Lancet*, vol. 369, No. 9556 (13 janvier 2007), pp. 145–157.

⁹ UNICEF et autres, p. 1.

¹⁰ La stratégie sera actualisée en septembre 2015.

suffisants pour atteindre l'OMD n° 4, notamment en Océanie, en Afrique subsaharienne, au Caucase, en Asie centrale et australe.¹¹

12. En septembre 2015, l'Assemblée générale adoptera un ensemble d'objectifs de développement durable qui remplacera les OMD comme cible du programme international de développement. Parallèlement, une nouvelle stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents sera lancée. L'élimination des décès évitables des nouveau-nés et des enfants âgés de moins de cinq ans est l'un des objectifs retenus dans l'avant-projet des objectifs de développement durable.¹²

13. Cependant, le Rapporteur spécial reste préoccupé par ce qu'il considère comme étant « le programme inachevé » au titre de l'OMD n° 4, notamment par la lenteur des progrès en matière de réduction des décès néonataux évitables et les taux alarmants actuels de mortalité.

C. Approche fondée sur les droits de l'homme en matière de lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans

14. La réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans est une question relevant du droit à la santé. La Convention relative aux droits de l'enfant prévoit que les États parties doivent prendre des mesures appropriées pour réduire la mortalité infantile et post-infantile, cet objectif représentant un aspect important des obligations qui leur incombent concernant le droit à la santé de l'enfant.¹³ Le droit à la santé et donc étroitement lié au droit à la survie des jeunes enfants.

15. Au cours de ces dernières années, les dimensions relatives aux droits de l'homme de la mortalité et de la morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans ont été élucidées et les communautés mondiales de la santé et des droits de l'homme ont commencé à s'attaquer au problème du point de vue des droits de l'homme.

16. En 2013, le Comité des droits de l'enfant a adopté l'Observation générale n° 15 qui réaffirme l'importance de l'obligation des États de réduire la mortalité infantile et la nécessité d'accorder une attention particulière à la mortalité néonatale, qui constitue une proportion croissante de la mortalité des moins de cinq ans.

17. Dans sa résolution 22/32, le Conseil des droits de l'homme s'est déclaré vivement préoccupé par l'ampleur de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans et a invité l'Organisation mondiale de la santé à préparer une étude sur la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans en tant que problème des droits de l'homme. L'étude (A/HRC/24/60) a identifié les dimensions relatives aux droits de l'homme de la mortalité des moins de cinq ans et a permis d'adopter la Résolution 27/14 du Conseil sur la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de cinq ans en tant que problème des droits de l'homme.

¹¹ UNICEF et autres, pp. 1.

¹² Disponible à l'adresse : <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7261Post-2015%20Summit%20-%202%20June%202015.pdf>.

¹³ Articles 24.1 et 24.2 (a)

18. Dans cette résolution le Conseil des droits de l'homme demandait au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) d'établir en étroite collaboration avec l'OMS et en concertation avec d'autres partenaires un rapport sur la mise en œuvre du guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à l'exécution des politiques et des programmes visant à réduire et éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants âgés de moins de 5 ans.

19. Le guide technique (A/HRC/27/31) représente une contribution majeure. Il décrit les dimensions relatives aux droits de l'homme de la morbidité et la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans et explique comment appliquer les approches fondées sur les droits de l'homme à la résolution du problème. Il offre une orientation opérationnelle minutieuse pour l'élaboration de mesures législatives, pour la gouvernance et la coordination, la planification, la budgétisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, les recours et les interventions ainsi que pour la coopération internationale. Le Rapporteur spécial souscrit à l'approche systématique du Guide technique comme une étape significative vers la réduction et l'élimination des décès évitables des enfants âgés de moins de cinq ans.

20. Les acteurs de santé du monde entier ont également accordé une attention aux dimensions relatives aux droits de l'homme de la mortalité et de la morbidité des enfants âgés de moins de cinq ans et se sont engagés à fonder leurs efforts sur les droits de l'homme. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant s'appuie sur les engagements mondiaux en faveur des droits de l'homme et souligne que les lois et les politiques doivent être conformes aux droits de l'homme. La nouvelle Stratégie mondiale qui remplacera la stratégie actuelle dans les mois à venir recommandera la prise en compte des droits de l'homme dans toutes les initiatives visant à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

21. Les droits de l'homme font également partie des six principes directeurs du plan d'action pour mettre fin aux décès évitables, *Chaque Nouveau-né*, élaboré en 2014 par l'OMS pour mettre fin aux décès évitables. Le Plan souligne que toute planification et programmation relative à la santé procréative, maternelle et néonatale doit être guidée par des principes et des normes issus de traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Une série d'outils opérationnels a également été conçue pour aider les États à appliquer, de manière systématique, les normes en matière de droits de l'homme dans les lois, les politiques et les prestations de services en faveur des jeunes enfants et des personnes qui s'occupent d'eux.

22. Dans le milieu de la santé publique, on se demande souvent si les droits de l'homme apporteront une contribution positive dans la pratique. Des recherches récemment entreprises par l'OMS ont apporté la preuve que les droits de l'homme peuvent avoir un effet bénéfique sur la santé des femmes et des jeunes enfants dans le cadre des initiatives prises par l'exécutif.¹⁴ Ces recherches soutiennent que les droits de l'homme doivent être pleinement pris en compte dans les initiatives visant à améliorer la santé, la survie et le développement des enfants

23. Cependant, il y a encore très peu d'exemples concrets de l'application pratique d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la survie et au développement de

¹⁴ F. Bustreo and P. Hunt et autres, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights*, (Genève, OMS, 2013).

l'enfant. Pour faire œuvre utile, les États doivent, de façon intentionnelle et explicite, appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme dans leurs lois, politiques, programmes, budgets et autres mesures.

III. Le développement du jeune enfant et le droit de jouir du meilleur état de santé possible

A. Santé et promotion du développement du jeune enfant

24. La Constitution de l'OMS définit la santé comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. » Le développement du jeune enfant repose sur des domaines étroitement liés aux plans physique, cognitif, langagier et socio-émotionnel. L'OMS affirme que les trois éléments essentiels du développement sain d'un enfant sont: une prise en charge stable, à l'écoute de l'enfant et qui l'éduque, un environnement sûr et porteur et une nutrition appropriée.¹⁵

25. Ces éléments peuvent être garantis grâce aux meilleures pratiques telles que des grossesses et des accouchements planifiés et sans risque, l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois suivi d'une alimentation complémentaire adéquate, la capacité des parents à répondre aux besoins des enfants, les interventions préventives telles que l'administration de vaccins pour traiter des maladies, la protection contre la violence, la négligence et les abus ainsi la réduction des risques liés à l'environnement.

26. Les droits à la santé et au développement des jeunes enfants sont indissociables à deux principaux égards : Tout d'abord la mauvaise santé physique et mentale dans la petite enfance est l'un des facteurs interdépendants qui peuvent compromettre le droit au développement optimal. Près de 200 millions d'enfants ne réalisent pas leur potentiel de développement en raison de la pauvreté, des inégalités, de la discrimination, de la mauvaise santé, de la mauvaise nutrition, y compris la malnutrition, la carence en iode et en fer, le retard de croissance in utero, l'absence d'un environnement stable, éducatif et à l'écoute des enfants offrant des possibilités d'apprentissage et l'absence d'un environnement sûr et porteur.¹⁶ Le VIH/sida, le paludisme, la violence et la dépression maternelle causent de graves revers.

27. Ensuite les trois principaux domaines sur lesquels reposent le développement du jeune enfant, à savoir l'épanouissement physique, socio-émotionnel et langagier et cognitif, affectent la santé tout au long de la vie.¹⁷ Ces trois domaines doivent recevoir une égale attention si l'on veut promouvoir le développement intégral ou sain du jeune enfant. Les recherches dans le domaine de la neuroscience montrent que la qualité des relations émotionnelles dans la petite enfance a des répercussions sur la santé physique et mentale ainsi que sur la morbidité à l'âge adulte. Elles mettent en évidence l'impact négatif du stress toxique et des adversités subies dans la petite enfance sur la qualité de la structure du cerveau et sur l'état de santé durant

¹⁵ Voir www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/en/.

¹⁶ R. Jolly, « Early Child Development : the global challenge », *Lancet*, Vol. 369 , Numéro 9555 (6 janvier 2007), pp. 8-9.

¹⁷ S. Maggi et autres.

toute la vie ce d'autant que les stades de développement se renforcent mutuellement. La santé des individus et des sociétés peut être améliorée grâce à des interventions d'un bon rapport coût/efficacité culturellement adaptées qui mettent l'accent sur l'amélioration du développement social et émotionnel des enfants, les bonnes compétences parentales et la qualité des relations entre les enfants et les parents dans la petite enfance.

B. Progrès accomplis en matière de développement et de santé du jeune enfant

28. Malgré le nombre important d'enfants qui ne réalisent pas leur potentiel de développement cette question ne fait pas l'objet d'une attention mondiale. Elle n'est pas explicitement prise en compte par les objectifs du Millénaire pour le développement. Dans les pays à haut revenu, les programmes visant à promouvoir le développement sain du jeune enfant sont répandus. Cependant, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, même si on note une plus grande prise de conscience de l'importance du développement de l'enfant et une augmentation du nombre de politiques et de programmes y relatifs,¹⁸ les progrès demeurent encore trop lents. S'il existe un consensus croissant autour du fait que la survie et le développement de l'enfant sont indissociables, il n'en demeure pas moins que le financement des programmes au niveau international ne tient pas encore compte de cette évolution.

29. Le programme de développement pour l'après-2015 marque le passage des objectifs de survie et de santé des enfants de moins de cinq ans à ceux de leur survie, de leur santé et de leur développement. Le développement durable nécessite des individus en bonne santé, productifs, créatifs, dotés de compétences émotionnelles et confiants, ce qui signifie que les interventions en faveur de la petite enfance doivent mettre l'accent sur le développement et sur la survie.¹⁹ L'avant-projet du document des objectifs de développement durable comprend de nouveaux objectifs dont un bon nombre concerne le développement du jeune enfant. La prise en compte objective et transversale de l'équité dans les objectifs de développement durable a des implications importantes pour le droit à la santé et le développement du jeune enfant.

30. L'avant-projet de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent²⁰, qui renforce l'approche relative aux objectifs de développement durable, repose sur trois piliers : la survie (mettre fin aux décès évitables, l'épanouissement (jouir d'une bonne santé et des droits), la transformation (changements profonds concernant la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent et développement durable).

¹⁸ P. Engle et autres, « Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world », *Lancet*, Vol. 369, No. 9557 (20 janvier 2007) pp.229-242

¹⁹ A. Yousafzai, M. Arabi, « Bridging survival and development in the post2015 agenda: partnerships in nutrition and early child development », *Early Childhood Matters*, June 2015, pp. 19-27.

²⁰ Disponible à l'adresse : http://everywomaneverchild.org/images/Global-Strategy_Zero-Draft_FINAL_5-May-2015_copy.pdf.

31. Le droit des enfants à la santé englobe leur survie et leur développement sain. Même s'il est important d'assurer la survie des enfants, leur développement sain est essentiel à la réalisation de leur droit à la santé, à la jouissance des autres droits et de la dignité à court terme et durant toute la vie. Par ailleurs, le jumelage des deux programmes présente un intérêt pratique étant donné que la mortalité, la morbidité et le développement compromis des enfants âgés de moins de cinq ans partagent de nombreuses causes communes et peuvent être combattus par les mêmes interventions ou des mesures similaires. Ils peuvent en outre être pris en compte dans les politiques et programmes de santé existants et d'autres politiques et programmes pertinents.²¹

32. Tout en se félicitant de cet important changement de paradigme intégrant le droit à un développement sain, le Rapporteur spécial se dit préoccupé de ce qu'on note dans l'avant-projet des objectifs de développement durable et d'autres documents une tendance à s'intéresser, de manière sélective, aux droits de l'homme et notamment aux droits de l'enfant. Ainsi, tout en saluant l'objectif 5.2 visant à « mettre fin à la violence à l'encontre des femmes et des filles dans les sphères publique et privée »,²² il relève que toutes les formes de violence à l'égard des enfants, y compris les garçons, ne doivent pas être tolérées.

33. En outre, les États doivent susciter une plus grande volonté politique, mobiliser davantage de ressources et faciliter la participation constructive de toutes les parties prenantes concernées, notamment les acteurs de la société civile, à la réalisation des objectifs et buts des objectifs de développement durable relatifs à la petite enfance.

C. Obligations de promouvoir le développement du jeune enfant comme composante du droit à la santé

34. Les observations générales n° 7 (2005) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance et n° 15 (2013) sur le droit qu'a l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible formulées par le Comité des droits de l'enfant sont favorables à une approche holistique en matière de santé, de survie et de développement. S'appuyant sur les dispositions pertinentes des traités et sur les données provenant du milieu de la santé publique et de la communauté scientifique, les sections suivantes du rapport présentent une approche du développement du jeune enfant fondée sur le droit à la santé.

Les jeunes enfants en tant que titulaires de droits

35. Les nourrissons et les jeunes enfants sont titulaires des droits inscrits dans la Convention relative aux droits de l'enfant et dans les autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. La Convention relative aux droits de l'enfant prévoit une protection spéciale pour les jeunes enfants compte tenu des défis importants et particuliers auxquels ils font face et de la réalisation progressive de leurs droits en fonction du développement de leurs capacités.

²¹ P. Engle et autres, « Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries », *Lancet* vol. 378, No. 9799 (23 septembre 2011), pp. 1339-1353.

36. À cet égard, il convient de s'intéresser aux droits du nouveau-né en tant que titulaire de droits. Les nouveau-nés sont très souvent considérés comme indignes du statut d'individu autonome et de titulaire de droit et par conséquent comme ne méritant pas le respect et la dignité. Dès les premiers jours de leur vie, les jeunes enfants sont non seulement exposés à l'environnement dans lequel ils vivent, mais ils le façonnent également activement à travers leur présence et différentes formes de communication. Au paragraphe 10 des recommandations adoptées lors de sa journée de débat général sur la mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance en septembre 2004,²³ le Comité des droits de l'enfant a souligné que la notion d'enfant en tant que titulaire de droits « doit être pleinement respecté dans la vie quotidienne de l'enfant dès le plus jeune âge » (paragraphe 10).

La source des obligations relatives au droit à la santé

37. Outre le fait qu'elle définit la santé, la Constitution de l'OMS reconnaît que le droit au meilleur état de santé possible est un droit fondamental. La Déclaration universelle des droits de l'homme reconnaît que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille et que la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales (article 25). Ces sources internationales originales du droit à la santé indiquent que la santé est un concept large recouvrant tout aussi bien la santé physique que la santé morale, la maladie et le bien-être, tous ces aspects tiennent compte du développement sain de l'enfant.

38. La Convention relative au droit de l'enfant, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent le droit à la santé et créent des obligations juridiquement contraignantes pour les États de le respecter, de le protéger et de le garantir.

39. Les traités prévoient des droits et des libertés, attribuent des obligations, offrent un cadre juridiquement contraignant et exigent la responsabilité. Ils requièrent les efforts particuliers, notamment de la part des États, visant à lutter contre l'inégalité et la discrimination, avec une attention particulière pour les jeunes enfants marginalisés.

Le droit à la survie et au développement et sa relation avec le droit à la santé et les autres droits de l'homme

40. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît la relation entre la santé, la survie et le développement : l'article 12 sur le droit à la santé exige des États parties qu'ils prennent les mesures nécessaires pour assurer, entre autres, « la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ». En d'autres termes, dans le Pacte, le développement fait partie du droit à la santé. L'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît le droit de l'enfant à la santé et de bénéficier de services médicaux pour le traitement des maladies et la rééducation. Suivant cette

²² Voir <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7261Post-2015%20Summit%20-%202020June%202015.pdf>.

²³ Disponible à l'adresse : www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/Discussions/Recommendations/Recommendations2004.pdf.

approche la gamme des services de santé essentiels ne doit pas se limiter à l'offre de médicaments et de vaccins, mais doit comprendre des interventions psychosociales et de santé publique efficaces.

41. En revanche, la Convention distingue le droit à la santé (article 24) du droit à la survie et au développement (article 6). Cependant, il ne fait aucun doute que ces articles sont fondamentalement liés. Par exemple, l'article 24 prévoit une série d'obligations qui sont indissociables de la survie et du développement, notamment la réduction de la mortalité parmi les nourrissons et les enfants, la fourniture de l'assistance médicale, la lutte contre la maladie et la malnutrition, la fourniture aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés, l'accès à l'information sur la santé de l'enfant, le développement des soins de santé préventifs, l'orientation des parents et l'abolition des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. Le droit à la survie et au développement ne peut être réalisé que de manière holistique, en mettant en œuvre des autres droits prévus dans la Convention, notamment le droit à la santé.

42. Les autres droits pertinents relatifs à la survie et au développement qui sont également interdépendants et indissociables des droits à la santé et à la vie sont le droit des jeunes enfants à être enregistrés à la naissance; leur droit à l'éducation; au loisir: à un niveau de vie suffisant pour assurer leur développement physique, mental, spirituel, moral et social; le droit à un logement convenable; à une nutrition adéquate; à la sécurité sociale; à l'eau et à l'assainissement ainsi que le droit de ne subir aucune forme de violence. Le présent rapport s'intéresse au droit à la santé, y compris aux aspects du développement de l'enfant qui relève du droit à la santé.

L'intérêt supérieur et les opinions des enfants

43. L'article 3 de la Convention stipule que dans toutes les décisions qui concernent les enfants, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. Cette disposition a de vastes implications pour la prise de décision politique, notamment en matière d'allocation de ressources et de décisions concernant chaque enfant.

44. L'article 12 dispose que l'enfant a le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant et que ses opinions soient dûment prises en considération. La recherche montre que l'enfant est capable de se forger une opinion dès le plus jeune âge, même s'il ne peut pas encore l'exprimer verbalement. Très peu de temps après la naissance, les nouveau-nés sont capables de reconnaître leurs parents, de s'engager activement dans diverses formes de communication non verbale. Ils créent des liens affectifs intenses et réciproques avec leurs parents ou les personnes qui en ont la charge à titre principal.²⁴ Une communication adaptée à l'enfant doit être garantie afin de respecter le droit de l'enfant à l'information et le droit d'être écouté à tout moment.

45. Les États et les parties prenantes concernées doivent comprendre que les jeunes enfants sont des participants actifs aux interactions avec les membres de leurs familles et de leurs communautés ainsi que des utilisateurs des services de santé et d'autres services. À cet égard, ils ont le droit d'être traités avec le même respect et la même dignité que tous les autres membres de la famille, de la communauté et de la société.

²⁴ Observation générale n° 7 (2005), para. 16.

IV. Développement du jeune enfant dans le cadre du droit à la santé

46. Dans cette section, l'accent est mis sur les normes spécifiques et sur les obligations relatives au droit à la santé qui s'appliquent au développement du petit enfant. La vaste majorité de ces normes s'applique également aux mesures en faveur de la survie de l'enfant. Cette approche met en lumière les avantages qu'il y a à considérer le droit à la survie et au développement d'une manière intégrée.

A. Services de soins de santé et autres services connexes essentiels pour le développement du jeune enfant

Systèmes de santé

47. Les systèmes de santé, notamment les services de soins de santé doivent offrir, en association avec les services sociaux, éducatifs, de protection des enfants et d'autres services pertinents une continuité de soins en faveur des enfants et des familles. Les systèmes de santé sont essentiels à la prise en charge des femmes enceintes de l'accouchement et des jeunes enfants, ainsi qu'à l'administration des soins postnatals à la mère et à l'enfant. Les systèmes de santé sont importants non seulement en ce qui concerne les interventions biomédicales spécifiques mais aussi parce qu'ils sont très souvent la seule infrastructure qui atteigne les jeunes enfants, en particulier ceux de moins de trois ans, et permettent par conséquent d'initier et d'encourager la promotion de la santé et l'appui des services sociaux afin de soutenir le développement du jeune enfant et la prévention des risques.²⁵ Ainsi, les visites médicales ou les sessions de contrôle de la croissance peuvent fournir l'occasion d'intégrer d'autres recommandations relatives au développement de l'enfant.²⁶ Le système de santé est donc très souvent judicieusement placé pour jouer un rôle de premier plan dans la fourniture de soins intégrés en faveur du jeune enfant.

48. Un système de santé solide basé sur des principes de droits de l'homme tels que l'égalité, la non discrimination, la responsabilité et la participation et qui offre des services aux enfants et aux personnes qui en ont la charge est au centre du droit à la santé (A/HRC/7/11 et Corr.1). Le droit à la santé crée des obligations pour les États d'assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires.²⁷ Ces obligations englobent la prévention, la promotion, le traitement, la réhabilitation et les services de soins palliatifs.²⁸

49. Des services de santé, des biens et des installations adaptés aux besoins des enfants doivent être disponibles en nombre suffisant, accessibles d'un point de vue géographique sans discrimination aucune, abordables, culturellement acceptables, de haute qualité.²⁹ Les principes liés au droit à la santé que sont la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité doivent donc être appliqués dans le cadre

²⁵ P. Engle et autres, « Strategies to avoid the loss of developmental potential », pp. 229-242.

²⁶ Ibid.

²⁷ Convention relative aux droits de l'enfant, article 24.2 b).

²⁸ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 15 (2013), paragraphe 2.

²⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000), paragraphe 12.

de la planification et de la mise en œuvre des six principales composantes du système de santé : prestations de services, personnel de santé, information, produits médicaux, vaccins et technologies, financement, leadership et gouvernance. (A/HRC/21/22 et Corr. 1 et 2, paragraphe 38).

50. L'importance des soins de santé primaires telle qu'affirmée dans la Déclaration d'Alma-Ata adoptée lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires en 1978 et par l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant mérite d'être soulignée en ce qui concerne la promotion de la santé et les services de soins de santé destinés aux jeunes enfants.

51. Le droit international relatif aux droits de l'homme met un accent particulier et explicite sur l'obligation des États à assurer un certain nombre de services de santé et des services connexes. Il fait par exemple obligation aux États de fournir des soins de santé prénatals et postnatals appropriés aux mères,³⁰ ainsi que des services adéquats à la naissance³¹ et aux nouveau-nés. La Convention relative aux droits de l'enfant indique clairement les interventions qui doivent être fournies à chacune de ces étapes³² et qui sont, pour l'essentiel, importantes pour le développement optimal et la survie des enfants. Les enfants qui souffrent d'anomalies congénitales, de malnutrition,³³ de maladies chroniques, graves ou limitant l'espérance de vie devraient être orientés vers des services des soins palliatifs pédiatriques qui peuvent être fournis dans des établissements de soins spécialisés, dans des centres de santé communautaires et dans les foyers pour enfants.³⁴

52. Les soins palliatifs destinés aux jeunes enfants sont un aspect obligatoire des services de soins de santé dès le début lorsque la maladie est diagnostiquée et se poursuivent que l'enfant reçoive un traitement curatif ou non.³⁵ Les jeunes enfants qui ont besoin de soins palliatifs ont le droit de recevoir les soins nécessaires sur les plans physique, social, psychosocial et spirituel afin de garantir leur développement et d'assurer la meilleure qualité de vie possible pour eux-mêmes.³⁶ La gestion des symptômes et le soulagement de la douleur sont au centre des soins palliatifs destinés aux enfants. Les systèmes de santé doivent disposer de professionnels dûment formés pour évaluer et traiter la douleur chez les enfants de différents âges et à divers stades de développement. Ils doivent aussi assurer la disponibilité des procédures de diagnostic pédiatriques et de formulations pédiatriques de médicaments pour les soins palliatifs. Les soins palliatifs destinés aux enfants doivent s'accompagner d'un appui aux familles des enfants pendant toute la durée du traitement et jusqu'au décès si la maladie s'avère être fatale.³⁷

³⁰ Convention relative aux droits de l'enfant, article 24.2 (d).

³¹ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes 12,2.

³² Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 15 (2013), paragraphes 53-54

³³ Alliance mondiale pour les soins palliatifs (WPCA) et OMS, *Atlas mondial des soins palliatifs en fin de vie* (Londres, WPCA, 2014), pp. 20 et 42. Disponible à l'adresse : www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.

³⁴ On trouvera la définition que donne l'OMS des soins palliatifs à l'adresse : www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

³⁵ Ibid.

³⁶ Association Africaine de soins palliatifs (APCA), *Guide des soins palliatifs en Afrique* (Kampala, APCA, 2010), p. 48. Disponible à l'adresse : africanpalliativecare.org.

³⁷ Ibid., p. 10 et note 34

Dépasser le modèle biomédical de la santé infantile

53. Les différents éléments qui constituent l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant et en particulier les alinéas d), e) et f) du paragraphe 24 sur les soins prénatals et postnatals en faveur des mères, l'accès à l'éducation et à l'information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, de l'hygiène et de la salubrité de l'environnement, la prévention des accidents et le développement des soins de santé préventifs montrent que pendant le processus d'adoption de la Convention, il y avait une meilleure compréhension de la manière dont on peut promouvoir et protéger la santé de l'enfant.

54. Depuis l'adoption de la Convention relative aux droits de l'enfant en 1989, il y a de plus en plus de preuves qui associent « de nouvelles pathologies » chez les enfants à l'idée selon laquelle la santé physique et mentale du jeune enfant est influencée par l'environnement à travers notamment ses relations avec la famille, la communauté et la société en général. Ces découvertes ont débouché sur des questions de développement et de comportement qui doivent être considérées comme essentielles à la pratique de la pédiatrie moderne.

55. Les systèmes et les politiques de santé modernes ne doivent pas se limiter au modèle biomédical du traitement de chaque maladie et à leur gestion grâce à des interventions biomédicales sophistiquées. Le droit à la santé, y compris dans la petite enfance, exige que l'on remédie aux déterminants sociaux et d'autres déterminants sous-jacents de la santé en appliquant les principes modernes de promotion de la santé, des soins de santé primaires, de santé mentale, de service de santé intégré et de services sociaux.

56. Ainsi, aux fins de réduire l'incidence d'un grand nombre de problèmes de santé complexes auxquels fait face la société et dont le traitement est onéreux, qu'il s'agisse des maladies cardiaques, de la consommation abusive d'alcool ou de la toxicomanie, les experts ont recommandé des changements considérables dans les contrôles médicaux de routine des bébés afin de détecter les difficultés sociales et émotionnelles qui pourraient être les premiers signes de stress toxique et d'y remédier.³⁸ En outre, certaines des interventions en matière de santé basées sur des données factuelles, qui figurent dans l'avant-projet de la nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent telles que les conseils en matière de nutrition ou les soins maternels de type kangourou pour les bébés de faible poids peuvent s'avérer très utiles pour aider les principaux acteurs à adopter des approches modernes en matière d'interventions liées à la santé.

57. Aujourd'hui, les services de soins de santé primaires et de pédiatrie ne doivent pas uniquement être pourvus de médicaments et de vaccins qui sauvent la vie. Il importe également de recourir à des interventions modernes qui vont au-delà du modèle biomédical et utilisent des méthodes psychopédagogiques et psychosociales fondées sur de nouvelles recherches en neurosciences, en psychologie, en pédiatrie du développement et en la psychiatrie infantile. Ces interventions ne sont pas un luxe et ne doivent pas être considérées comme tel. Elles doivent être soutenues et

³⁸ Voir, par exemple, C. Gerwin, « Listening to a baby's brain: changing the pediatric checkup to reduce toxic stress », Harvard University Center on the Developing Child. Disponible à l'adresse : http://developingchild.harvard.edu/resources/stories_from_the_field/tackling_toxic_stress/listening_to_a_baby_s_brain/

financées en tant qu'interventions efficaces et essentielles et mesures obligatoires des systèmes de santé au même titre que les interventions biomédicales. Par conséquent, les interventions qui améliorent la santé mentale et le développement social dès le début de la vie doivent recevoir la priorité et se voir attribuer une valeur spéciale parce qu'elles représentent un investissement dans le développement humain et dans la santé mondiale.

58. Le rôle que peuvent jouer les agents de santé et d'autres professionnels tels que les travailleurs sociaux dans l'appui à une approche positive du rôle de parent et à l'écoute des enfants est très important. Les États doivent veiller à ce qu'il y ait un nombre suffisant de médecins généralistes, de pédiatres, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé formés pour travailler avec les enfants. Le Rapporteur spécial se déclare préoccupé par le fait que la formation des médecins, des infirmiers et d'autres professionnels de la santé ainsi que leur exercice de la profession médicale continuent d'accorder une place prépondérante aux déterminants biomédicaux de la santé. Les services de soins de santé et tout le personnel concerné doivent disposer des connaissances nécessaires et des aptitudes pratiques requises pour répondre de manière active aux nouvelles découvertes sur l'effet négatif des déterminants sociaux et des adversités subies dans la petite enfance sur la santé physique et mentale des enfants. Ainsi, les infirmières et les travailleurs sociaux qui visitent les familles ayant des jeunes enfants doivent être formés à la résolution des problèmes liés au développement émotionnel et cognitif des enfants et doivent être à même de fournir aux parents les connaissances et les aptitudes de base nécessaires pour leur permettre de prendre soin de leurs enfants et d'être à leur écoute, ainsi que pour leur indiquer des méthodes non violentes d'élever leurs enfants.

59. Par ailleurs, les agents de santé et les autres professionnels travaillant avec les enfants doivent être formés aux droits de l'homme et au développement du jeune enfant ainsi qu'à l'incidence de la qualité des relations sur la santé physique et mentale pendant l'enfance et durant toute la vie. Les pédiatres et tous les autres médecins ainsi que les professionnels de la santé concernés doivent jouer un rôle plus actif dans l'éducation des familles, des dispensateurs de soins aux enfants, des enseignants, de décideurs politiques, des responsables locaux et du grand public sur les aspects du développement du jeune enfant qui sont liés à la santé.

60. Le présent rapport met un accent particulier sur le rôle du secteur de la santé. Cependant, comme reconnu notamment dans la Déclaration d'Alma-Ata, les autres secteurs sont également très importants pour la santé et le développement intégral du jeune enfant. Le droit à la santé du jeune enfant doit être promu et protégé grâce à une application durable et transparente du principe de « la santé au cœur de toutes les politiques ».

B. Déterminants fondamentaux du droit à la santé

61. Le droit à la santé va au-delà des soins de santé. Il comprend également le droit aux déterminants fondamentaux de la santé tels que la nutrition; la protection contre la violence; des environnements sains et sûrs; y compris l'environnement familial et la communauté locale; l'information et l'éducation sur la santé; l'eau

potable; une hygiène suffisante et un logement adéquat.³⁹ Ces facteurs et d'autres déterminants sociaux de la santé ont une incidence sur le développement de l'enfant. En effet, l'environnement est un déterminant fondamental de la santé et du bien-être de l'enfant et de l'adulte.

Nutrition

62. La nutrition, déterminant fondamental du droit à la santé, est essentielle à la santé, à la survie et au développement des enfants. La nutrition adéquate commence in utero puisque l'état nutritionnel de la femme peu de temps avant et durant la grossesse peut avoir une influence sur la santé et le développement sain de l'enfant après sa naissance.

63. Après la naissance, une nutrition adéquate peut être favorisée par l'allaitement précoce, l'allaitement exclusif au sein pendant six mois et la poursuite de l'allaitement au sein jusqu'à la deuxième année de la vie,⁴⁰ l'apport d'aliments complémentaires, la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité d'une alimentation saine et adaptée à la culture qui soit appropriée pour les nourrissons et les jeunes enfants, y compris grâce à l'amélioration de la sécurité alimentaire. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est un domaine primordial pour améliorer la survie des enfants et promouvoir une croissance et un développement sains. Les deux premières années de la vie d'un enfant sont particulièrement importantes car une nutrition optimale pendant cette période aura pour effet de réduire le taux de morbidité et de mortalité, ainsi que le risque de maladies chroniques, et de contribuer à un meilleur développement général.⁴¹

64. Les services de soins de santé et les autres services peuvent également jouer un rôle important dans la promotion d'une nutrition adéquate en informant les femmes enceintes et les familles sur la nutrition optimale, le dépistage et la fourniture d'aliments complémentaires. L'allaitement au sein demeure l'un des moyens les plus efficaces de réduire les taux de mortalité et de morbidité chez les enfants. Ainsi, il importe de veiller à ce que les mères bénéficient d'un environnement propice leur permettant d'allaiter leur enfant au sein. Cela suppose une protection adéquate de la maternité et contre la commercialisation inappropriée des substituts du lait maternel dans les lieux publics et de prestation de soins de santé.

65. À cet égard, il convient de souligner l'importance de l'engagement des États au titre des objectifs mondiaux visant à améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Il est important de fixer des cibles à l'échelle mondiale pour déterminer les domaines prioritaires et jouer un rôle de catalyseur à l'échelle planétaire.⁴²

³⁹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 12.2; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000), paragraphe 11.

⁴⁰ L'OMS et la Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (Genève, OMS, 2008), p. 50 Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1.

⁴¹ OMS, « Alimentation du nourrisson et du jeune enfant », Fiche d'information n° 342, Février 2014.

⁴² Cibles mondiales 2025 Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/

Protection des enfants contre toutes les formes de violence

66. Ces dernières années, les recherches ont examiné et relevé les liens entre l'exposition à la violence ainsi qu'à d'autres expériences négatives et les problèmes de santé et de développement à long terme.⁴³ La violence renvoie à « toutes les formes de violence physique et mentale, de préjudice ou d'abus, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle ». ⁴⁴ Les actes de violence ont très souvent lieu à la maison, mais ils peuvent également survenir dans la communauté.⁴⁵ L'exposition prolongée à différentes formes de violence et à l'insécurité peut entraîner un stress toxique. Pour le jeune enfant, les effets de la violence domestique peuvent avoir des conséquences particulièrement négatives, étant donné que celui-ci dépend presque entièrement des membres de sa famille pour sa protection et pour son entretien.

67. La violence et le stress toxique peuvent avoir de graves conséquences négatives sur la santé des enfants⁴⁶. La lutte contre la violence présente des avantages intergénérationnels puisque les enfants qui n'ont pas connu la violence sont moins susceptibles d'être violents, dans l'enfance comme à l'âge adulte.⁴⁷

68. En 2011, le Comité des droits de l'enfant a adopté l'Observation générale n° 13 sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, document qui présente un vaste ensemble de mesures que les États parties doivent prendre pour lutter contre la violence à l'encontre des enfants. Souscrivant à l'orientation prise par le Comité dans l'Observation générale, le Rapporteur spécial souhaite insister sur l'importance de l'approche « tolérance zéro » contre toute forme de violence à l'encontre des enfants.

69. Les parents et les personnes qui ont la charge d'un enfant à titre principal jouent un rôle central dans la promotion du développement de l'enfant et influencent grandement le processus de socialisation de celui-ci. Le développement du jeune enfant peut être influencé par la nutrition, la santé mentale et physique de la mère, le stress et la dépression des parents et les styles parentaux. Bien que l'accent soit souvent et à raison mis sur le rôle et les droits de la mère, le rôle et les droits du père sont aussi très importants⁴⁸, tout comme ceux des grands parents et des membres de la famille élargie.

70. Il convient de relever que les familles se présentent sous différentes formes et structures (A/HRC/29/40)⁴⁹ et que la reconnaissance de cette diversité est

⁴³ OMS, *Addressing Adverse Childhood Experience to Improve Public Health : Consultation d'experts 4-5 mai 2009* Disponible à l'adresse : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network_may_2009.pdf.

⁴⁴ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 13 (2011), paragraphe 4.

⁴⁵ G. Darmstadt, « Progress and Challenges in Ensuring Healthy Births and Babies », *Early Child Matters*, juin 2014, p. 14.

⁴⁶ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 13 (2011), paragraphe 15 a).

⁴⁷ Ibid, paragraphe 14; Paulo Sérgio Pinheiro, expert indépendant chargé de l'étude du Secrétaire général sur la violence contre les enfants, *Rapport mondial sur la violence à l'encontre des enfants* (Genève, 2006), pp. 63-66

⁴⁸ G. Barker, « Why men's caregiving matters for young children: lessons from the Men Care campaign », *Early Childhood Matters*, June 2015, pp. 51-53.

⁴⁹ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 7 (2006), paragraphe 15.

importante pour la protection et la promotion des droits de tous les enfants et de tous les parents, notamment le droit à la santé sans discrimination d'aucune sorte.

71. Le rapporteur spécial approuve les efforts consentis à différents niveaux de prise de décisions et de mise en œuvre des politiques en faveur des familles, ce d'autant que la famille est le cadre par excellence dans lequel l'enfant puisse s'épanouir. Cependant il rappelle que les enfants sont très souvent exposés à la violence mentale, physique et sexuelle au sein des familles.

72. Dans ce contexte, le Rapporteur spécial exhorte toutes les parties prenantes à poursuivre le soutien qu'elles apportent aux familles grâce à une variété de mécanismes et de services visant à renforcer la résilience des familles, à encourager la compétence dans l'exercice de la fonction parentale et à développer les aptitudes pour faire face aux défis d'élever les enfants d'une manière réceptive et non violente. A cette fin, les États doivent adopter des mesures juridiques et de politique générale afin d'éliminer toutes les formes de violence à l'encontre des enfants, y compris l'interdiction des châtiments corporels dans tous les contextes et empêcher la perpétuation du cycle de la violence au sein des familles, des communautés et des sociétés tout en renforçant les services communautaires d'aide à la famille.

73. A cet égard, il est particulièrement important que toutes les parties prenantes prennent conscience des effets néfastes du placement de jeunes enfants en institution, une pratique qui constitue une violence à leur encontre. Le Rapporteur spécial invite les parties prenantes à poursuivre la mise en œuvre des Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants et à accélérer le processus d'élimination des placements en institution pour les enfants de moins de trois ans. En outre, il demande que soit reconnu les effets néfastes du placement en institution sur la santé et le développement de tous les jeunes enfants et qu'il soit admis de tous que le placement en institution ne doit pas être accepté pour les enfants de moins de cinq ans.

74. Le Rapporteur spécial est également préoccupé par les familles et les parents à risque et en situation de vulnérabilité qui sont exposés à de multiples formes de stress, notamment à cause de la pauvreté, de l'exclusion sociale et de la discrimination. Il s'agit des familles qui migrent, qui sont déplacées à l'intérieur de leur propre pays ou réfugiées, qui sont issues de groupes raciaux ou ethniques marginalisés et des parents qui consomment la drogue ou ont des problèmes de santé mentale. La solution ne consiste pas à accuser les parents et à leur retirer les enfants. Il revient premièrement aux États de combattre la discrimination et de fournir des services d'aide adéquats afin d'éliminer les risques et de protéger les droits et les besoins fondamentaux des enfants dans le cadre de l'environnement familial.

75. Par exemple les problèmes de santé mentale et de consommation de drogue ne constituent pas en eux-mêmes des indicateurs de mauvaise capacité parentale, mais beaucoup plus le signal d'une situation de risque potentielle. Les parents souffrant de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie qui ont de jeunes enfants doivent avoir accès à des services appropriés tels que des interventions psychosociales ou des services de réduction des risques qui encouragent le développement de relations saines et enrichissantes entre les parents et leurs enfants. Les obstacles à la réalisation du droit à la santé de ces familles à risque comprennent la criminalisation des parents qui consomment la drogue ainsi que les politiques qui visent la révocation des droits de garde des parents ayant des problèmes de santé mentale. La criminalisation et la pénalisation tiennent les familles à risque, notamment les

parents toxicomanes ou qui ont des problèmes de santé mentale, à l'écart des services sociaux et de santé parce qu'ils craignent d'être arrêtés et de perdre leurs enfants.

C. Égalité et non-discrimination

76. Les inégalités et la discrimination entravent le développement sain dans des conditions d'équité ainsi que l'atteinte d'un bon niveau d'éducation chez les jeunes enfants issus de groupes marginalisés tels que les personnes vivant dans la pauvreté, les groupes minoritaires et indigènes, la fille, les personnes handicapées, les personnes vivant dans des zones mal desservies, notamment les populations rurales, les réfugiés, les enfants déplacés à l'intérieur de leurs propres pays et ceux vivant dans les zones en proie aux conflits. Les inégalités et la discrimination contribuent en fin de compte à des inégalités en matière de santé et à d'autres formes d'inégalités plus tard dans la vie ainsi qu'à la transmission de désavantages entre les générations.⁵⁰

77. Les principes de droits fondamentaux jumeaux d'égalité et de non-discrimination entraînent pour les États des obligations en matière de droits de l'homme juridiquement contraignantes de s'intéresser au développement sain des jeunes enfants des groupes marginalisés afin de leur permettre de jouir de ces droits sur la base de l'égalité. Cette obligation correspond aux trois piliers du processus de réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle, à savoir augmenter le nombre de services prioritaires, inclure un plus grand nombre de personnes et réduire les frais à la charge des patients. Elle doit être satisfaite lors des prestations de services en faveur des jeunes enfants et de leurs familles issus de groupes défavorisés.⁵¹ La collecte et l'analyse de données désagrégées sont nécessaires pour découvrir les groupes qui sont affectés de manière disproportionnée.⁵² Des campagnes de sensibilisation et d'autres programmes sont nécessaires pour s'assurer que les enfants défavorisés bénéficient autant que les autres enfants de l'accès aux soins de santé et d'autres services pertinents (A/HRC/7/11 et Corr.1, para. 42).

78. Les paragraphes suivants s'intéressent à certains groupes d'enfants qui sont marginalisés dans le contexte du développement de la petite enfance et des obligations des États de combattre la discrimination et ses causes profondes comme exigence des droits de l'homme.

La fille

79. Les préjugés sexistes au sein des familles entraînent une série d'inégalités qui font obstacle au développement optimal de la fille. Là où les inégalités fondées sur le sexe persistent, les garçons peuvent recevoir une plus grande attention médicale et les filles pâtir de modes alimentaires discriminatoires.

80. Le droit international relatif aux droits de l'homme met un accent particulier sur la responsabilité des États de lutter contre la discrimination à l'égard des femmes et des filles et de veiller à ce qu'elles jouissent de leurs droits sur un pied

⁵⁰ OMS et Commission des déterminants sociaux de la santé.

⁵¹ OMS, *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage : Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage* (Geneva, 2014).

⁵² Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 7 (2005), paragraphe 36.

d'égalité avec les hommes et les garçons. Les États doivent, entre autres, s'assurer que la législation nationale garantit un cadre solide favorable à l'égalité des sexes et à la non-discrimination. Eu égard à la nécessité du développement harmonieux du jeune enfant, les politiques et les programmes doivent particulièrement mettre l'accent sur l'élimination de la discrimination et la promotion de l'égalité. Ainsi, les programmes apprenant aux parents à élever leurs enfants doivent être sexospécifiques⁵³ et les États doivent consentir des efforts particuliers pour réduire l'écart entre les garçons et les filles en ce qui concerne le niveau d'éducation.

81. Le Rapporteur spécial voudrait également souligner que le développement sain des garçons est une question importante qui doit aussi retenir l'attention. Dans de nombreuses cultures, les garçons ne sont pas autorisés ou encouragés à exprimer leurs émotions, ce qui explique que la population masculine adulte soit plus encline à se comporter de manière violente et autodestructrice. Cette inhibition est la conséquence de stéréotypes sexistes qui sont préjudiciables aux filles et aux femmes, aux garçons et aux hommes.

Les enfants handicapés

82. Même s'ils sont plus vulnérables aux risques liés à la santé et au développement, les jeunes enfants handicapés ne sont pas souvent pris en compte dans les programmes et services ordinaires conçus pour promouvoir la santé en vue du développement de l'enfant. Par ailleurs, ils ne bénéficient souvent pas du soutien spécifique nécessaire pour assouvir leurs besoins en fonction de leurs droits. Les enfants handicapés et leurs familles sont confrontés à des obstacles, notamment à l'absence de lois, de politiques et de service adéquats, aux attitudes négatives, et à l'absence d'environnements accessibles. Les enfants présentant des troubles du développement, notamment des déficiences intellectuelles et des troubles du spectre autistique; pâtissent encore, dans de nombreux pays, des méthodes dépassées telles que le placement en institution et la médicalisation excessive.

83. Les services d'intervention précoce pour les enfants handicapés doivent se conformer à des approches fondées sur les droits de l'homme, y compris les dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Les gouvernements doivent veiller à ce que les enfants handicapés grandissent au sein des familles et qu'ils bénéficient ainsi que leurs familles de tous les services nécessaires pour lever les obstacles et promouvoir leurs droits de la même manière que les enfants non handicapés et leurs familles le font. Les pratiques basées sur le placement en institution et le recours excessif aux interventions biomédicales pour les jeunes enfants présentant des troubles du développement doivent être abandonnés puisqu'elles sont dépassées et violent très souvent les droits et les libertés fondamentaux.

Les enfants intersexués

84. L'intersexualité renvoie essentiellement à des aspects physiques du corps, notamment à un vaste ensemble de variations naturelles du corps qui ne s'accordent pas avec les conceptions prédominantes des corps de l'homme et de la femme.⁵⁴ Les stéréotypes profondément ancrés sur la dichotomie des sexes et les normes

⁵³ OMS et Commission des déterminants sociaux de la santé, p 56

⁵⁴ OHCHR, Fiche d'information : « Droits des LGBT : questions courantes », 2013.

médicales concernant le corps de l'homme et de la femme ont conduit à l'institution d'une pratique médicale faite d'interventions et de chirurgies courantes au bénéfice de personnes intersexuées, notamment la chirurgie irréversible des organes génitaux et la stérilisation. Ces interventions ne sont pas toujours médicalement justifiées et sont généralement réalisées sans le consentement pleinement éclairé des personnes concernées. Par ailleurs, les classifications médicales actuelles codifient les caractéristiques intersexuées comme pathologies ou troubles.⁵⁵

85. Lorsqu'elles sont exercées sans tenir dûment compte de l'intérêt supérieur du jeune enfant et de l'évolution de ses capacités, ces pratiques peuvent avoir des conséquences néfastes et durables sur leur santé et leur bien-être, violer leurs droits fondamentaux à l'intégrité physique, à la vie privée et à l'autonomie et constituer un mauvais traitement ou un acte de torture.⁵⁶ En outre, le sexe attribué à la naissance devient un facteur juridique et social, généralement permanent et difficile à modifier, qui déterminera la vie et le développement de l'enfant et affectera son droit à développer une identité personnelle.

86. Sur la base du droit et des normes internationaux relatifs aux droits de l'homme⁵⁷, les États doivent interdire les chirurgies et les traitements médicaux non nécessaires pour les nourrissons et les jeunes enfants afin de garantir l'intégrité physique, l'autonomie et l'autodétermination des enfants concernés.

D. Participation

87. Le droit international relatif aux droits de l'homme reconnaît que les individus et les groupes ont le droit de participer aux processus de prise de décision qui affectent leurs droits.

88. Les États ont une obligation juridiquement contraignante de veiller à la participation des titulaires de droits à la définition des priorités, à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des lois et politiques et de rendre compte de la réalisation du droit à la santé et du développement holistique du jeune enfant. Tous les segments de la population, y compris les plus marginalisés, doivent être habilités à participer (A/HRC/27/31, paragraphes 28 à 30). Les États doivent créer un environnement propice à la participation, notamment en améliorant les connaissances et la sensibilisation des parties prenantes, y compris les parents et les jeunes enfants.

89. Concernant les enfants âgés de moins de cinq ans la participation prend deux significations distinctes. Tout d'abord, elle signifie qu'il faut s'assurer que les parents ou d'autres représentants des enfants sont capables d'accéder à toutes les informations pertinentes et nécessaires pour pouvoir se faire une opinion éclairée de l'état de santé de l'enfant et des soins éventuellement nécessaires et pour pouvoir

⁵⁵ Commissaire aux Droits de l'Homme, Conseil de l'Europe, Document thématique : « Droits de l'homme et personnes intersexes », 2015

⁵⁶ Déclaration conjointe d'un groupe d'experts des Nations Unies et d'experts internationaux en matière des droits de l'homme à l'occasion de la Journée internationale contre l'homophobie, la biphobie et la transphobie, « Discriminées et rendues vulnérables: les jeunes personnes LGBT et intersexuées ont besoin de reconnaissance et de protection de leurs droits », 13 mai 2015

⁵⁷ Voir par exemple les documents suivants : [CRC/C/CHE/CO/2-4](#), [CAT/C/DEU/CO/5](#), [E/C.12/DEU/CO/5](#), [CEDAW/C/CRI/CO/5-6](#), [CRPD/C/DEU/CO/1](#), [A/HRC/29/23](#), [A/HRC/22/53](#) et [A/64/272](#).

prendre activement part aux processus de décision qui concernent la santé, la survie, et le développement de leurs enfants.

90. Deuxièmement, en fonction du niveau de développement de leurs capacités, les jeunes enfants, y compris les nourrissons, ont le droit d'exprimer librement leurs opinions sur toutes les questions qui les intéressent, leurs opinions étant dûment prises en considération.⁵⁸ Les nourrissons et les jeunes enfants ont des formes particulières d'expression qui sont parfois non verbale compte tenu de leur âge. En fonction du développement de leurs capacités, les jeunes enfants doivent activement participer à la promotion, à la protection et au suivi de leurs droits au sein de la famille,⁵⁹ de la communauté et de la société. Les États doivent, par conséquent, garantir les cadres institutionnels nécessaires pour la participation des jeunes enfants et des personnes qui en ont la charge.

E. Responsabilité

91. Pour que le droit à la santé ne soit pas qu'une mesure de façade, la responsabilité doit être respectée. Le droit international relatif aux droits de l'homme offre un fondement juridique à la responsabilité. Les trois principales composantes de la responsabilité sont le suivi, l'examen et l'intervention. De nombreux processus de responsabilité aux plans politique et juridique ont un rôle à jouer en ce qui concerne la garantie du droit à la santé, y compris à la survie et au développement, dans la petite enfance. Ces mécanismes doivent assurer la responsabilité pour protéger les droits à la santé et au développement sain des jeunes enfants dans les politiques, programmes et plans nationaux et dans les prestations de services. Ils doivent également permettre aux individus et aux groupes d'intervenir lorsque ce n'est pas le cas.

92. Les processus de responsabilité offrent l'occasion aux responsables d'expliquer ce qu'ils ont fait et de procéder à des ajustements là où les droits de l'homme n'ont pas été respectés et protégés. Ils permettent aussi aux titulaires des droits de collaborer avec les responsables en vue de la promotion et de la protection de leurs droits et d'intervenir là où des violations ont été enregistrées.

93. Ces dernières années, l'importance de la responsabilité en matière de santé du jeune enfant a été de plus en plus reconnue par la communauté internationale, y compris dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant et dans le rapport final de la Commission de l'information et de la responsabilité pour la santé de la femme et de l'enfant⁶⁰.

94. Ces dernières années, le potentiel des individus, des communautés et de la société civile en tant que puissants leviers de changement des résultats en matière de santé a fait l'objet d'une plus grande attention, notamment en ce qui concerne la responsabilité. Les expériences en matière de responsabilisation des citoyens reposent sur l'utilisation de tableaux de bord, d'audits sociaux et des nouvelles technologies de l'information pour assurer la surveillance sociale. De nombreux

⁵⁸ Convention relative aux droits de l'enfant, article 12.

⁵⁹ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 7 (2005), paragraphe 14.

⁶⁰ *Tenir les promesses, mesurer les résultats*, 2011. Disponible à l'adresse :

http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf.

acteurs de la société informent les citoyens de leurs droits, des services auxquels ils ont droit et entreprennent une surveillance et des analyses en tant que tierce partie. Les autres exemples comprennent l'analyse du budget, le suivi de la dépense publique et les enquêtes sur l'absentéisme qui permettent de surveiller l'assiduité des prestataires de service dans les installations de santé. Il a été démontré que la réponse et la transparence des gouvernements sont améliorées lorsque la responsabilité des citoyens est engagée de manière efficace et leur participation est désormais une condition nécessaire de l'application des recommandations de la société civile dans le processus de définition des priorités des États.

95. La responsabilité doit tenir compte de l'élaboration de nouvelles mesures de suivi du développement du jeune enfant tant au niveau individuel qu'à celui des populations. Ainsi, la sélection des indicateurs et la collecte systématique de données désagrégées, s'il y a lieu, ne sont pas seulement important pour le suivi des progrès, mais aussi pour appuyer la responsabilité.

F. Obligations des États

96. La Convention relative aux droits de l'enfant représente un cadre normatif complet et juridiquement contraignant permettant de garantir le droit à la santé et au développement holistique du jeune enfant. Les États ont l'obligation juridiquement contraignante d'adopter des lois, des règlements, des politiques, des mesures budgétaires, des programmes et d'autres initiatives afin de garantir le respect, la protection et la réalisation du droit à la santé, y compris le développement sain du jeune enfant.

97. Le droit à la santé fait l'objet d'une réalisation progressive et de contraintes financières.⁶¹ Cela signifie que le droit à la santé ne doit pas être réalisé dans l'immédiat, les États doivent plutôt prendre des mesures efficaces et ciblées en vue de sa réalisation progressive, y compris au profit du jeune enfant. Cette approche est similaire au concept « d'amélioration progressive » que l'on retrouve dans la déclaration d'Alma-Ata. Les notions de réalisation progressive et de disponibilité des ressources tiennent également compte de la différence entre les pays à haut et à faible revenu.

98. Cependant, compte tenu du faible niveau de priorité généralement accordé au développement du jeune enfant qui se traduit par la faiblesse des ressources allouées aux programmes, en particulier à ceux destinés aux enfants de moins de trois ans, les États doivent mettre tout en œuvre pour augmenter les investissements en faveur de la santé et du développement du jeune enfant.

99. La notion de réalisation progressive entraîne un certain nombre d'implications. Par exemple, les États doivent disposer d'un plan national en matière de droit à la santé et au développement du jeune enfant dans le cadre duquel les autorités sanitaires doivent jouer le premier rôle, en particulier en ce qui concerne les enfants de moins de trois ans. En outre, la gouvernance coordonnée des politiques, plans et programmes de santé, d'éducation et de protection sociale doit être améliorée aux niveaux national et local.

⁶¹ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 2. 1; Convention relative aux droits de l'enfant, article 4.

100. Une autre implication de la notion de réalisation progressive se rapporte à la nécessité d'indicateurs et repères appropriés permettant de suivre les progrès dans la réalisation du droit à la santé dans la petite enfance.⁶² Les indicateurs doivent être ventilés selon des paramètres appropriés comme le sexe, la situation socioéconomique et l'ethnicité pour déterminer si le droit à la santé est réalisé sur la base de l'égalité et de la non-discrimination. Ces dernières années, des progrès ont été accomplis en ce qui concerne la mise au point d'un ensemble de mesures et d'indicateurs acceptés au niveau mondial et relatif au développement de l'enfant qui peuvent être utilisés pour suivre les progrès et pour les besoins de planification dans différents pays.⁶³ Les progrès dans ce domaine doivent être accélérés.

101. Le principe de la réalisation progressive ne s'applique pas à certaines « obligations fondamentales » qui doivent par conséquent être honorées immédiatement.⁶⁴ Parmi les obligations fondamentales figurent : a) l'élaboration d'un plan national global sur le droit à la santé, y compris le développement, du jeune enfant; b) l'accès aux services de santé et d'autres services pertinents sans discrimination aucune; c) une répartition équitable des établissements de santé et d'autres dispositifs visant à garantir le droit à la santé du jeune enfant; d) l'accès à un ensemble minimum de services et installations de santé (A/HRC/7/11, paragraphe 52).

Coopération et assistance internationales

102. Le droit à la santé donne lieu à une obligation de coopération et d'assistance internationales.⁶⁵ Les pays à haut revenu ont le devoir de coopérer et d'aider à la réalisation du droit à la santé dans les pays à faible revenu. Il existe une obligation particulière d'aider à l'acquittement des obligations fondamentales. Les pays à faible revenu ont également l'obligation de rechercher la coopération et l'assistance adéquates.

103. Au moment où le programme de santé passe de l'objectif de survie à celui de survie et de développement, le Rapporteur spécial exhorte les pays à haut revenu à soutenir les pays à faible revenu dans leur efforts pour améliorer la promotion et la protection du droit à la santé dans la petite enfance, y compris ses aspects liés au développement du jeune enfant.

Obligations de l'État à l'égard de tiers et responsabilités des tierces parties

104. Les États qui sont au premier chef responsables en vertu du droit international relatif aux droits de l'homme d'assurer la réalisation du droit à la santé ont l'obligation de le protéger en veillant à ce que les actions des tierces parties contribuent à sa réalisation et ne le compromettent pas.⁶⁶ Par exemple, les États doivent soutenir et aider, dans toutes les limites des ressources dont ils disposent,⁶⁷

⁶² Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000) paragraphes 57 à 58

⁶³ P. Engle et autres, « Strategies for reducing inequalities ».

⁶⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000) paragraphes 43 à 45

⁶⁵ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 2. 1; Convention relative aux droits de l'enfant, article 4.

⁶⁶ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 14 (2000), paragraphe 51.

⁶⁷ Convention relative aux droits de l'enfant, article 4.

les parents et les personnes qui ont la charge des enfants à en prendre soin, à garantir des conditions de vie propices à leur santé et à leur développement optimal. Ils doivent également protéger les enfants victimes d'actes de violence et les témoins, enquêter sur ces actes et punir les responsables.

105. Les États doivent « adopter une législation ou prendre d'autres mesures destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins de santé et aux soins en rapport avec la santé fournis par des tiers ». ⁶⁸ Concernant le développement et la survie du jeune enfant, les États doivent introduire le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans leur législation nationales le mettre en œuvre et le faire appliquer. ⁶⁹

V. Conclusions et recommandations

A. Conclusions

106. **La santé, la survie et le développement sain des jeunes enfants doivent être au centre de la mise en œuvre du programme de développement pour l'après-2015 et d'autres engagements et initiatives pris à l'échelle mondiale, régionale et nationale.**

107. **Le droit à la survie est un aspect essentiel de la santé des enfants et est désormais largement reconnu comme une question de droits de l'homme et de santé publique ; grâce aux efforts concertés de toutes les parties prenantes, la mortalité infantile évitable ainsi que celle des enfants âgés de moins de cinq ans a sensiblement baissé. Malgré ces progrès enregistrés dans de nombreux pays et parmi des groupes défavorisés, les taux de mortalité et de morbidité des jeunes enfants restent inacceptables. Il reste encore beaucoup à faire pour éliminer la mortalité des jeunes enfants due à des causes évitables.**

108. **Au-delà de la simple survie, les enfants ont le droit de s'épanouir et de se développer pour réaliser leur potentiel et jouir d'une bonne santé physique et mentale dans un monde viable. Le droit des jeunes enfants à un développement sain est essentiel pour promouvoir et protéger le droit à la santé tout au long de leur vie et pour favoriser un développement humain durable ; cependant, ce droit ne bénéficie pas encore de l'attention requise.**

109. **Investir dans un développement sain, une bonne santé mentale et le bien-être émotionnel des jeunes enfants grâce à des interventions psychosociales, psychopédagogiques et de santé publique efficaces ne représente pas un luxe. L'utilité de ces interventions peut être égale à celle des médicaments et des vaccins essentiels qui sauvent la vie, étant donné que ces mesures protègent les enfants des conséquences néfastes de la violence et d'autres infortunes subies dans la petite enfance.**

110. **Il existe actuellement une dynamique en faveur d'une nouvelle décennie axée sur le développement de l'enfant qui repose sur les progrès réalisés en matière de survie de l'enfant, ce qui permet alors de passer au niveau supérieur afin que les enfants puissent s'épanouir, se développer jusqu'à réaliser leur**

⁶⁸ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 14 (2000), paragraphe 35.

⁶⁹ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 15 (2013), paragraphe 44.

potentiel et contribuer ainsi à la construction de sociétés en meilleure santé et au développement durable.

B. Recommandations

111. Les États devraient se montrer plus explicites et préciser davantage leurs intentions en ce qui concerne l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à leurs lois, politiques, programmes, budgets et autres mesures. Le recours aux bonnes pratiques en matière d'application des principes des droits de l'homme pour assurer la survie et le développement des enfants doit devenir la règle, et non constituer l'exception.

112. À cet égard, le Rapporteur spécial prie instamment les Gouvernements :

a) de considérer les tout-petits, en particulier les nouveau-nés et les nourrissons, comme des titulaires de droits et à unir leurs forces à celles des parties prenantes concernées pour parvenir à une avancée en réduisant de manière significative les taux de mortalité et de morbidité des nouveau-nés ;

b) d'adopter une approche plus large lorsqu'ils investissent dans la santé des enfants en remédiant de manière effective aux graves conséquences de la violence et aux infortunes subies pendant la petite enfance ;

c) de prendre des mesures juridiques et de politique générale afin de promouvoir des interventions efficaces qui améliorent la qualité des relations entre les jeunes enfants et leurs parents, promeuvent les compétences parentales et procurent aux parents les aptitudes nécessaires pour élever leurs enfants de manière non violente ;

d) d'interdire le châtement corporel des enfants dans tous les lieux, y compris dans les foyers et de continuer d'informer les parents, les responsables politiques et le grand public que les châtements corporels infligés aux enfants ainsi que toutes les autres formes de violence constituent une violation des droits de l'homme et ont des conséquences néfastes sur la santé et le développement du jeune enfant ;

e) d'entreprendre, de soutenir et de maintenir les changements dans les politiques et services de santé en faveur des enfants afin que le droit des jeunes enfants à un développement sain soit pleinement reconnu.

f) de promouvoir l'élaboration et l'application pratique des indicateurs et repères appropriés afin de suivre les progrès en ce qui concerne l'exercice du droit à la santé du jeune enfant, y compris dans les domaines du développement émotionnel et social ;

g) Non seulement de fournir aux services pédiatriques et aux services de soins de santé primaires non seulement les médicaments et vaccins les plus récents susceptibles de sauver des vies, mais aussi de les faire bénéficier de l'expertise et d'interventions efficaces et culturellement adaptées qui reposent sur la recherche en neurosciences, en psychologie, en pédiatrie du développement et en psychiatrie infantile ;

h) de former les professionnels de la santé et d'autres professionnels travaillant avec les enfants aux droits de l'homme, y compris au développement

du jeune enfant et à l'incidence qu'ont de bonnes relations sur la santé physique et mentale dès l'enfance et tout au long de la vie ;

i) de diffuser le guide technique sur l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et programmes visant à réduire et à éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants âgés de moins de cinq ans à toutes les administrations concernées et veiller à ce qu'il soit systématiquement appliqué lors de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'examen des lois, des politiques, des budgets et des programmes ;

j) de poursuivre l'application des Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants et d'éliminer le placement en institution à long terme des jeunes enfants ;

k) d'éliminer le placement en institution des enfants pendant les cinq premières années et de promouvoir les investissements dans les services communautaires pour les familles à risque, y compris pour les familles vivant dans la pauvreté et celles ayant des jeunes enfants présentant des troubles de développement et d'autres handicaps ;

l) de se conformer pleinement aux normes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'éliminer les pratiques dépassées basées sur le placement en institution et la médicalisation excessive de la vie des jeunes enfants présentant des troubles de développement et d'autres handicaps ;

m) de proscrire la discrimination contre les personnes intersexuées, notamment en interdisant les traitements médicaux et chirurgicaux non nécessaires et d'adopter des mesures pour surmonter les attitudes et les pratiques discriminatoires à travers la sensibilisation et la formation des agents publics et des professionnels de la santé ainsi qu'à travers l'élaboration de normes éthiques et professionnelles respectueuses des droits des personnes intersexuées en concertation avec les personnes intersexuées et leurs organisations.

n) de mettre fin à l'imposition de sanctions aux parents en situation de risque, et à leur incrimination, et de veiller à ce qu'ils aient accès à des services appropriés et aux options thérapeutiques adaptées aux enfants.

113. En outre, le Rapporteur spécial recommande aux autres parties prenantes :

a) d'intensifier les efforts afin de réduire de manière significative les taux de mortalité et de morbidité des nouveau-nés ;

b) de contribuer à la diffusion du guide technique afin de réduire et d'éliminer la mortalité évitable des enfants de moins de cinq ans et d'apporter l'assistance technique nécessaire aux États pour son application ;

114. Le Rapporteur spécial recommande en outre que pédiatres et autres médecins et professionnels de la santé jouent un rôle plus actif en sensibilisant les familles et d'autres acteurs clés aux questions de santé liées aux droits fondamentaux des jeunes enfants, notamment leur droit à un développement sain.