



# Assemblée générale

Distr. générale  
30 juin 2014  
Français  
Original: anglais

---

## Conseil des droits de l'homme

### Vingt-septième 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, et culturels,  
y compris le droit au développement**

## **Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire et à éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans**

### **Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme**

#### *Résumé*

Le présent guide technique, soumis en application de la résolution 24/11 du Conseil des droits de l'homme, a pour objet d'aider les États et les acteurs non étatiques à améliorer la réalisation des droits de l'enfant en donnant des conseils sur la façon de lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5 ans, conformément aux normes relatives aux droits de l'homme. Il met en évidence les éléments clefs d'une approche fondée sur les droits de l'homme qui vise à réduire la mortalité et la morbidité des enfants, donne des conseils pour la mise en œuvre concrète de cette approche et présente un exemple représentatif de la manière dont elle peut être appliquée.



## Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction.....	1–8	3
II. Mortalité et morbidité des enfants.....	9–17	4
III. Une approche fondée sur les droits de l’homme .....	18–35	5
IV. Guide opérationnel.....	36–70	9
A. Mesures législatives.....	42–44	10
B. Gouvernance et coordination.....	45–48	11
C. Planification .....	49–51	12
D. Budgétisation.....	52–56	13
E. Mise en œuvre .....	57–59	15
F. Supervision et évaluation.....	60–63	16
G. Recours et réparations .....	64–67	18
H. Coopération internationale .....	68–70	19
V. Un exemple: la lutte contre la mortalité néonatale.....	71–94	20
VI. Aller de l’avant .....	95–99	23

## I. Introduction

1. Le présent guide technique est soumis au Conseil des droits de l'homme en application de la résolution 24/11 du 26 septembre 2013, par laquelle le Conseil a prié le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) d'élaborer, en étroite collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un guide technique concis concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire et à éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans.

2. Le guide technique a été élaboré par le HCDH, en étroite collaboration avec l'OMS et avec l'appui d'un groupe consultatif externe composé d'experts des droits de l'homme et de la santé de l'enfant. Il a également été enrichi par les contributions issues d'une consultation publique et les réponses à une note verbale distribuée aux États, aux institutions nationales des droits de l'homme et à la société civile leur demandant de fournir des renseignements sur la question. On trouvera des informations détaillées à l'adresse suivante: [www.ohchr.org/EN/Issues/Children/TechnicalGuidance/Pages/TechnicalGuidanceIndex.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Children/TechnicalGuidance/Pages/TechnicalGuidanceIndex.aspx).

3. Malgré les progrès notables enregistrés ces dernières années, les taux de mortalité et de morbidité des enfants âgés de moins de 5 ans restent inacceptables. En 2012, quelque 6,6 millions d'enfants sont morts avant leur cinquième anniversaire<sup>1</sup>. Plus de la moitié de ces décès auraient pu être évités<sup>2</sup>. En outre, la maladie et le handicap touchent chaque année des millions d'enfants. La typologie de la mortalité et de la morbidité infantiles montre que d'importantes inégalités, dues à la pauvreté, à l'exclusion sociale, à la discrimination, aux normes relatives au genre, et au mépris des droits fondamentaux de l'homme, persistent d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays.

4. L'adoption d'une approche de la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants fondée sur les droits de l'homme peut contribuer à appeler l'attention sur les obstacles potentiels à la résolution de ces problèmes, à mettre en lumière les différents acteurs responsables et à établir un cadre juridique pour renforcer les efforts de santé publique dans ce domaine. Elle peut aussi faciliter l'identification des populations à haut risque, permettre l'analyse des problèmes complexes qui existent dans les domaines de la protection, de la participation et de la responsabilisation, et faciliter la recherche de solutions globales et durables<sup>3</sup>. Une approche fondée sur les droits de l'homme peut permettre aux enfants et à leur famille de vivre dans la dignité.

5. Un grand nombre d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, comme la Convention relative aux droits de l'enfant, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes présentent, un intérêt au regard de la mortalité et de la morbidité des enfants. L'Observation générale n° 15 du Comité des droits de l'enfant, l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels et la Recommandation générale n° 24 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sont également pertinents.

6. À ces instruments et observations générales s'ajoutent plusieurs rapports de l'OMS sur la santé des enfants qui soulignent l'importance d'une approche fondée sur les droits de

---

<sup>1</sup> OMS, «Enfants: réduire la mortalité». Aide-mémoire n° 178, 2013.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> A/HRC/24/60; A/HRC/22/31.

l'homme pour lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants<sup>4</sup>. En outre, le rôle central d'une approche fondée sur les droits de l'homme en matière de lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants a été reconnu par toute une série d'initiatives mondiales telles que la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant lancée par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, et la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant.

7. Le principal objectif du présent guide technique est d'aider les États et les acteurs non étatiques à améliorer la réalisation du droit de l'enfant à la santé et à la survie en donnant des conseils sur la façon de réduire la mortalité et la morbidité des enfants, conformément aux normes, règles et principes relatifs aux droits de l'homme.

8. Le présent guide s'adresse essentiellement aux décideurs en matière de santé mais intéresse aussi les professionnels d'autres secteurs, comme ceux de la finance et de l'éducation ainsi que les parlementaires, les membres de l'appareil judiciaire, la société civile, les prestataires de services de santé, les institutions nationales des droits de l'homme, les États donateurs, le secteur privé et les organismes intergouvernementaux.

## II. Mortalité et morbidité des enfants

9. La mortalité des enfants est principalement due à un petit nombre de maladies et d'affections. À l'échelle mondiale, 43 % des décès d'enfants concernent des bébés âgés de 0 à 28 jours (nouveau-nés)<sup>5</sup>, et sont dus majoritairement, à des complications liées à la prématurité, à l'asphyxie périnatale, à un traumatisme obstétrical ou à une septicémie. La majorité des décès d'enfants âgés de 28 jours à 5 ans est due à des maladies infectieuses telles que la pneumonie (22 %), les maladies diarrhéiques (15 %), le paludisme (12 %) et le VIH/sida (3%)<sup>6</sup>. La grande majorité des affections et maladies qui emportent les enfants de moins de 5 ans peuvent être évitées et traitées grâce à des traitements de bon rapport coût/efficacité.

10. Les facteurs de risque associés aux principales causes de décès des nouveau-nés sont multiples et complexes. Il s'agit notamment des complications pendant la grossesse et l'accouchement, comme les hémorragies, l'hypertension, le travail prolongé et difficile, et les infections, ainsi que des problèmes rencontrés pour obtenir en temps voulu des soins prodigués par un personnel qualifié pendant et après la naissance.

11. Les principaux facteurs de risque liés aux causes premières de décès des enfants âgés de 1 mois à 5 ans sont l'insuffisance pondérale à la naissance, le non-allaitement maternel, la dénutrition, la surpopulation, la pollution de l'air intérieur, la consommation d'eau non potable et d'aliments impropres à la consommation, l'absence d'infrastructures d'assainissement et le manque d'hygiène. Dans certaines régions, le VIH et le paludisme constituent également d'importants facteurs de risque.

12. On estime que la dénutrition est la cause de 45 % des décès d'enfants dans le monde. Elle est également fortement liée à la vulnérabilité aux infections et à un retard du développement physique et mental.

13. Un grand nombre des principales causes de mortalité chez les enfants sont également les causes premières de morbidité. La toux, la diarrhée et la fièvre sont les

<sup>4</sup> F. Bustreo et al., «Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights» (OMS, 2013); OMS, «Chaque nouveau-né – projet de plan d'action pour mettre fin aux décès évitables», 2014.

<sup>5</sup> Groupe interorganisations pour l'estimation de la santé juvénile, 2012.

<sup>6</sup> OMS, Observatoire mondial de la santé.

symptômes les plus fréquents pour lesquels les enfants sont adressés aux services de soins, tandis que les formes aggravées de pneumonie, de diarrhée et de paludisme sont les causes les plus communes des pathologies graves nécessitant une hospitalisation. D'autres types d'infections, l'invalidité liée à des malformations congénitales ou à la prématurité et les carences nutritionnelles contribuent également à la morbidité des enfants de moins de 5 ans dans le monde.

14. La morbidité des enfants est en grande partie imputable à la violence faite aux enfants, qu'elle soit physique, sexuelle ou psychologique, violence qui existe dans tous les pays et se produit dans différents contextes, y compris au sein de la famille, dans les institutions et dans la communauté<sup>7</sup>.

15. L'approche de la santé axée sur l'ensemble de l'existence repose sur la reconnaissance d'une continuité entre la naissance, l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Elle part du principe que les soins donnés à l'enfant au cours de ses cinq premières années d'existence, voire ceux donnés à la mère avant la naissance de l'enfant, ont une incidence sur le bien-être immédiat de l'enfant ainsi que sur sa santé et son développement au cours des années suivantes<sup>8</sup>.

16. Il importe de mettre au point une intervention pluridimensionnelle qui tienne également compte des facteurs de risque et des déterminants plus larges de la mortalité et de la morbidité des enfants.

17. Pour obtenir des résultats plus satisfaisants et plus équitables dans le domaine de la santé des enfants, il convient d'accorder une attention soutenue aux besoins des enfants les plus défavorisés et marginalisés et de leur famille<sup>9</sup>.

### III. Une approche fondée sur les droits de l'homme

18. Une approche fondée sur les droits de l'homme suppose la prise en compte systématique de toute une série de normes et de principes relatifs aux droits de l'homme. Il ne s'agit pas seulement d'atteindre des objectifs et d'obtenir des résultats dans le domaine des droits de l'homme mais d'y parvenir au moyen d'un processus participatif, inclusif, non discriminatoire, transparent et dynamique.

19. L'adoption d'une approche de la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants fondée sur les droits de l'homme suppose que l'on identifie les détenteurs de devoirs et les titulaires de droits concernés et que l'on renforce les capacités des premiers à s'acquitter de leurs obligations et des seconds à faire valoir leurs droits en termes de santé et de survie. Les premiers détenteurs d'obligations sont les États et les acteurs étatiques. Lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, leurs parents et les autres personnes qui s'occupent d'eux ainsi que les professionnels de santé peuvent être tout à la fois considérés comme des détenteurs de devoirs et des titulaires de droits dont les capacités pourraient être renforcées pour qu'ils soient mieux à même de s'acquitter de leurs obligations et de revendiquer le respect des droits des enfants qu'ils représentent.

20. En vertu du droit international relatif aux droits de l'homme, les États sont tenus de lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5 ans dans le cadre des mesures qu'ils prennent pour garantir le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et d'autres droits connexes. Le droit international offre un cadre juridique pour l'action en ce sens et constitue une base pour l'établissement des responsabilités.

<sup>7</sup> A/61/299; A/HRC/C/22/31.

<sup>8</sup> A/HRC/24/60.

<sup>9</sup> Ibid.

L'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme suppose que les normes et principes relatifs aux droits de l'homme soient systématiquement pris en compte dans toutes les composantes des politiques et des programmes.

21. L'adoption d'une approche de la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants fondée sur les droits de l'homme suppose que les États et les autres parties prenantes, y compris les institutions nationales des droits de l'homme et les organisations non gouvernementales, prennent des mesures à tous les niveaux pour s'attaquer aux causes profondes et interdépendantes de la mortalité et de la morbidité des enfants, telles que, notamment, la pauvreté, la malnutrition, l'inégalité entre les sexes, les pratiques préjudiciables, la violence, la stigmatisation, la discrimination, l'insalubrité des logements et des environnements, le non-respect du droit à l'eau potable et à l'assainissement, le non-respect du droit à la santé, y compris le manque de services de soins de santé et de médicaments adaptés, abordables et accessibles, la détection tardive des maladies infantiles, et le non-respect du droit à l'éducation.

### **Normes et principes relatifs aux droits de l'homme**

22. La Convention relative aux droits de l'enfant définit un cadre général pour la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants et souligne l'importance des résultats, des produits et des services de santé tout en insistant sur la nécessité de s'attaquer aux déterminants fondamentaux de la santé.

23. L'article 6 de la Convention relative aux droits de l'enfant met en lumière l'obligation qu'ont les États parties d'assurer la survie et le développement de l'enfant, du point de vue physique, mental, moral, spirituel et social. L'article 24 reconnaît le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et exige expressément des États parties qu'ils prennent les mesures appropriées pour réduire la mortalité infantile et juvénile et assurent à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires.

24. Étant donné que les droits de l'homme sont indivisibles, interdépendants et indissociables, une approche fondée sur les droits de l'homme tient compte du fait que le respect des droits de l'enfant à la santé et à la survie dépend de la réalisation d'autres droits connexes, comme le droit à la vie, à la non-discrimination, à un niveau de vie suffisant, à l'eau et à l'assainissement, à l'alimentation, à l'éducation, à l'enregistrement des naissances et à la sécurité sociale.

25. Les États parties doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre en œuvre progressivement le droit de l'enfant à la santé, dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale<sup>10</sup>. Tout en reconnaissant le principe de réalisation progressive et en tenant compte des contraintes dues au caractère limité des ressources disponibles, il importe de souligner que les États ont diverses obligations immédiates au regard du droit à la santé, comme par exemple l'obligation de garantir que ce droit sera exercé sans discrimination aucune et de prendre à cet effet des mesures qui doivent avoir un caractère délibéré et concret et viser au plein exercice du droit à la santé<sup>11</sup>.

26. La mortalité et la morbidité des enfants sont également liées aux droits des femmes et à la capacité des femmes à survivre à la grossesse et à l'accouchement et à prendre librement des décisions dans les domaines de la procréation et des bonnes pratiques d'alimentation infantile. Il est indispensable d'investir dans la santé et l'éducation des femmes et dans l'autonomisation des groupes de population les plus démunis et les plus

<sup>10</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 4; CRC/C/GC/15, par. 71 et 72.

<sup>11</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 2; E/C.12/2000/4.

marginalisés, y compris les femmes pour lutter efficacement contre la mortalité des enfants de moins de 5 ans<sup>12</sup>. Le guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles évitables peut contribuer à guider les mesures à prendre à cette fin<sup>13</sup>.

27. La mise en œuvre d'une approche fondée sur les droits de l'homme suppose que les États mettent l'accent, dans le cadre des mesures qu'ils prennent pour lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants, sur les enfants marginalisés et les enfants vivant dans des régions mal desservies, et adoptent toutes les mesures voulues pour garantir l'égalité et protéger les enfants contre la discrimination. La discrimination, en droit et dans la pratique, est un facteur important qui sous-tend un grand nombre des causes de mortalité et de morbidité évitables des enfants puisque les groupes les plus marginalisés sont touchés de manière disproportionnée<sup>14</sup>. La discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, leur origine nationale, ethnique ou sociale, leur situation de fortune, leur incapacité, leur naissance ou toute autre situation est interdite<sup>15</sup>. Au-delà des motifs de discrimination prohibés, certains groupes d'enfants peuvent aussi être particulièrement vulnérables et être touchés de manière disproportionnée par les problèmes de santé<sup>16</sup>. La collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de données ventilées sont indispensables pour identifier les domaines dans lesquels des discriminations sont exercées, déterminer quels groupes d'enfants ne jouissent pas de leur droit à la santé et à la survie, et quelles mesures pourraient être prises pour y remédier.

28. Les droits de l'homme font de la participation un impératif juridique; pour satisfaire à leurs obligations dans ce domaine, les États doivent veiller à ce que les parties intéressées prennent part à la fixation des priorités au niveau de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques et programmes, ainsi qu'aux mécanismes d'établissement des responsabilités. Cela signifie qu'ils doivent veiller à ce que des mécanismes institutionnels permettant la participation des individus soient mis en place, à ce que tous les segments de la population, y compris les plus marginalisés, puissent participer et à ce qu'il existe des mécanismes indépendants de responsabilisation relatifs à la participation.

29. Pour favoriser la participation, les États doivent créer un environnement propice à l'engagement citoyen et renforcer les capacités de façon à ce que les détenteurs de devoirs puissent s'acquitter de leurs obligations et à ce que les titulaires de droits aient les connaissances nécessaires pour pouvoir faire valoir leurs droits. La participation doit être considérée comme un processus qui renforce la conscience critique et la prise de décisions comme le fondement de la citoyenneté active<sup>17</sup>. En ce qui concerne les jeunes enfants, les mesures de renforcement des capacités peuvent viser les personnes qui s'occupent d'eux.

30. Dans le contexte de la mortalité et de la morbidité des enfants de moins de 5 ans, assurer la participation signifie veiller à ce que les parents ou d'autres représentants des enfants aient accès 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 prendre activement part aux processus de décision qui concernent la survie et la santé de leurs enfants.

<sup>12</sup> A/HRC/24/60.

<sup>13</sup> A/HRC/21/22 et Corr. 1 et 2.

<sup>14</sup> M. Chopra et al, «Ending of preventable deaths from pneumonia and diarrhoea: an achievable goal», *The Lancet*, Vol. 3, n° 9876, 27 avril 2013.

<sup>15</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 2.

<sup>16</sup> A/HRC/22/31 et Corr.1.

<sup>17</sup> Fonds des Nations Unies pour la population et Harvard School of Public Health, «A Human Rights-based Approach to Programming: Practical Implementation Manual and Training Materials», 2010.

31. L'intérêt supérieur de l'enfant devrait être évalué et être une considération primordiale dans toutes les décisions qui concernent les enfants, y compris celles relatives à leur santé, et devrait guider les décisions aussi bien pour ce qui concerne les options de traitement d'un enfant que les cadres politiques et réglementaires. Pour ce faire, les États doivent mettre l'intérêt supérieur de l'enfant au centre de toutes les décisions qui portent sur sa santé et sa survie, y compris celles ayant trait à l'allocation de ressources ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures qui ont une incidence sur les déterminants fondamentaux de la santé.

32. L'obligation de rendre des comptes est un élément essentiel des mesures de lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5 ans et suppose la mise en place de multiples formes de suivi, d'examen, de contrôle et de réparation – sur les plans administratif, social, politique et juridique. Les États ont l'obligation de veiller à ce que les autorités gouvernementales compétentes et les prestataires de services aient à rendre compte de leurs actes pour ce qui est d'assurer aux enfants le niveau de santé et la qualité des soins de santé les plus élevés possible. Cela signifie, par exemple, que les États doivent veiller à ce que les usagers des services de santé soient en mesure de signaler la pénurie de stocks de médicaments essentiels et à ce que des procédures aient été mises en place pour enquêter sur les décès qui auraient pu être évités. Les États sont tenus de garantir que des mécanismes fonctionnels et accessibles de responsabilisation ont été mis en place de façon à ce que l'ensemble des responsables puissent répondre de leurs actes, et de s'attaquer au caractère individuel aussi bien que structurel des violations des droits de l'enfant et du préjudice causé par toute discrimination dans l'exercice des droits de l'enfant liés à la santé<sup>18</sup>.

33. Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme suppose que les États veillent à la disponibilité, à l'accessibilité, y compris économique, à l'acceptabilité et à la qualité des installations, des biens et des services en matière de santé et s'attaquent aux facteurs déterminants de la santé, comme la pauvreté, le manque d'instruction et les problèmes d'accès à d'autres services sociaux<sup>19</sup>. Il est primordial que les États se dotent d'un système de santé bien développé et accessible, caractérisé par la prise en compte de tous les principes inhérents à une approche fondée sur les droits de l'homme, pour permettre aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux d'avoir accès à l'information, aux services et aux biens de santé. De même, les administrations publiques doivent collaborer pour s'attaquer aux déterminants fondamentaux de la santé.

34. Il incombe au premier chef à l'État d'assurer la santé et la survie de l'enfant. L'État a également l'obligation de faire en sorte que les acteurs non étatiques, y compris les individus, ne mettent pas en péril la jouissance par l'enfant de son droit à la santé et de ses droits de l'homme. Parallèlement à l'obligation qui lui incombe d'assurer, sans discrimination aucune, l'accès des enfants à des services de santé et à des services connexes, qui soient de haute qualité et socialement et culturellement acceptables, l'État a un rôle primordial à jouer et est tenu, en vertu du droit relatif aux droits de l'homme, de sensibiliser la population aux comportements appropriés en matière de soins de santé pour les enfants<sup>20</sup>.

35. Un récent rapport au Conseil des droits de l'homme met l'accent sur plusieurs mesures essentielles permettant de lutter efficacement contre la mortalité des moins de 5 ans par une approche fondée sur les droits de l'homme<sup>21</sup>. Parmi ces mesures, on peut citer les suivantes: garantir un environnement juridique et politique favorable; améliorer l'accès

<sup>18</sup> E/C.12/GC/20, par. 40.

<sup>19</sup> E/C.12/2000/4.

<sup>20</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 27.

<sup>21</sup> A/HRC/24/60.

aux soins et services de santé préventive et aux médicaments indispensables; améliorer l'accès aux services de santé pour assurer la gestion intégrée des maladies infantiles, au niveau local notamment; établir des mécanismes accessibles, transparents et efficaces de contrôle et de responsabilisation.

#### IV. Guide opérationnel

36. L'application d'une approche de la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants de moins de 5 ans qui soit fondée sur les droits de l'homme suppose de prendre systématiquement en considération tous les droits, normes et principes pertinents dans le cadre des mesures prises au niveau national pour améliorer la santé et la survie des enfants. Pour cela, il faut tout d'abord procéder à une évaluation des dispositions législatives pertinentes, des mécanismes de gouvernance et de coordination, des mesures liées à la planification, à la budgétisation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation, des mécanismes de recours et de réparation et de la coopération internationale, pour déterminer si les mesures, mécanismes et processus existants respectent pleinement les normes et principes reconnus dans le domaine des droits de l'homme, et recenser les lacunes et les obstacles qui subsistent afin de corriger la situation. Il faudrait pour ce faire s'appuyer sur les efforts existants, en accordant une attention accrue aux normes et principes relatifs aux droits de l'homme, en tant que de besoin.

37. Les mesures de réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants fondées sur les droits devraient suivre une approche axée sur le cycle de la vie. Elles devraient s'inscrire dans une continuité de soins prenant dûment en considération la santé et les droits des femmes avant, pendant et après la grossesse<sup>22</sup>.

38. S'ils disposent de données fiables sur les problèmes de santé prioritaires, notamment sur les causes nouvelles ou négligées de mortalité et de morbidité, et sur les principaux facteurs déterminants de la santé des enfants, les États et autres débiteurs d'obligations peuvent mieux cibler les mesures qu'ils prennent pour lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants. Les gouvernements et autres parties prenantes devraient collecter ces données en s'appuyant sur les systèmes habituels d'information en matière de santé ainsi que sur des études et des travaux de recherche, et veiller à ce qu'ils comprennent des données quantitatives et qualitatives et des données sur les politiques.

39. Une approche fondée sur les droits de l'homme exige que ces données soient ventilées selon l'âge, le sexe, la situation géographique et d'autres catégories pertinentes, afin que l'on puisse repérer les groupes susceptibles d'être marginalisés ou de souffrir de discrimination et déployer des efforts et des ressources supplémentaires pour corriger les inégalités.

40. Les données devraient être analysées, diffusées et utilisées pour éclairer l'élaboration des lois, des politiques, des budgets, des programmes et des services relatifs à la santé et à la survie des enfants, sur les plans national et infranational.

41. On trouvera ci-après des exemples parlants des actions publiques requises dans le cadre d'une approche de la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants fondée sur les droits de l'homme.

---

<sup>22</sup> A/HRC/21/22 et Corr. 1 et 2.

## A. Mesures législatives

42. L'article 4 de la Convention relative aux droits de l'enfant dispose que les États Parties sont tenus de prendre toutes les mesures législatives nécessaires pour mettre en œuvre les droits reconnus dans la Convention. Ils doivent notamment incorporer tous les engagements relatifs aux droits de l'homme pris au niveau international dans leur cadre juridique national, veiller à ce que les services et les médicaments soient disponibles aux échelons appropriés du système de santé afin de favoriser leur utilisation en toute sécurité, garantir la non-discrimination dans l'accès à l'information et aux services en matière de santé, et éliminer les obstacles à la réalisation des droits de l'enfant à la santé et à la survie.

43. Le Comité des droits de l'enfant a estimé qu'un «examen complet au niveau national de toute la législation interne et des directives administratives connexes pour les rendre pleinement conformes à la Convention [était] une obligation» et que les «États parties [devaient] agir, par tous les moyens appropriés, pour faire en sorte que les dispositions de la Convention soient intégrées dans l'ordre juridique interne»<sup>23</sup>. Il faudrait pour cela commencer par évaluer le cadre législatif et les structures existants, pour repérer tout obstacle ou effet discriminatoire susceptible d'entraver les efforts de réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants. En plus d'offrir une analyse des données relatives aux questions prioritaires dans le domaine de la santé des enfants, une telle évaluation peut aussi mettre en lumière les domaines où les mesures législatives actuelles sont adéquates, ceux où des amendements ou des abrogations pourraient être nécessaires et ceux qui présentent des lacunes législatives qui doivent être comblées.

44. Les États sont tenus de promulguer des lois internes qui:

- a) Incorporent les engagements pris au niveau international dans le domaine des droits de l'homme concernant la santé et la survie des enfants;
- b) Font obligation à l'État de fournir les services, les programmes, les ressources humaines et les infrastructures nécessaires à la réalisation des droits de l'enfant dans les domaines de la santé et de la survie, et notamment de s'acquitter des obligations considérées comme fondamentales<sup>24</sup>;
- c) Reconnaittent les enfants comme des titulaires de droits et définissent la portée de leurs droits dans les domaines de la santé et de la survie, sur la base des obligations internationales relatives aux droits de l'homme;
- d) Précisent les services auxquels les enfants, les femmes enceintes et les parents peuvent prétendre, et diffusent ces informations;
- e) Confèrent aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans le droit de bénéficier de services de santé de base de haute qualité, adaptés aux besoins des enfants, et de services connexes, y compris l'enregistrement des naissances et d'autres services sociaux, quelle que soit leur situation financière;
- f) Réglementent les services et les traitements médicaux destinés aux enfants, qu'ils soient fournis par le secteur public ou le secteur privé, pour garantir qu'ils ne sont pas nocifs et qu'ils sont de bonne qualité;
- g) Permettent la participation du public et le dialogue au cours du processus législatif en garantissant la mise en place de processus politiques et de forums publics efficaces aux niveaux national et infranational;

<sup>23</sup> CRC/GC/2003/5, par. 18 et 19.

<sup>24</sup> E/C.12/2000/4, par. 43 et 44; CRC/C/GC/15, par. 73.

h) Offrent un cadre pour l'accès à des recours utiles, judiciaires et non judiciaires, adaptés aux besoins des enfants, en cas de violations des droits de l'homme se rapportant à la santé et à la survie des enfants, et fassent en sorte que la prescription prévue ne soit pas indûment restrictive<sup>25</sup>.

## B. Gouvernance et coordination

45. Assurer la gouvernance en matière de santé des enfants signifie mettre en place des systèmes et des mécanismes de coordination appropriés pour faciliter la pleine réalisation de tous les droits de l'enfant liés à la santé et prévoir des voies de recours et des réparations en cas de non-respect des obligations. Il s'agit notamment d'assurer la collaboration, la coordination et le dialogue entre ministères, administrations locales, prestataires de services et communautés, et de soutenir des mesures de contrôle et de suivi systématiques permettant de garantir la réalisation des droits de l'enfant dans le domaine de la santé<sup>26</sup>.

46. Il est particulièrement essentiel de disposer de solides mécanismes de gouvernance et de coordination dans le cadre de la mise en place d'une approche de la mortalité et de la morbidité des enfants fondée sur les droits de l'homme, car il faut prendre en considération le large éventail des acteurs concernés, notamment le secteur de la santé et d'autres secteurs publics, le secteur privé, les familles, les communautés, la société civile et d'autres parties prenantes. S'appuyer sur les systèmes existants, les renforcer et les adapter, selon qu'il convient, peut faciliter la réalisation des droits de l'enfant dans le domaine de la santé et réduire la mortalité et la morbidité des enfants.

47. Lors de la prise de décisions concernant les ressources à allouer aux différents niveaux de services et aux différentes zones géographiques, il convient de tenir compte de la répartition des taux de mortalité et de morbidité, de prendre en considération les principaux éléments de l'approche relative aux soins de santé primaires et d'accorder toute l'attention voulue aux groupes défavorisés. S'il peut s'avérer nécessaire de décentraliser ou de déléguer pour répondre aux besoins particuliers des localités, des secteurs ou des systèmes fédéraux, cela n'entame en rien la responsabilité qui incombe directement au gouvernement central ou national d'honorer ses obligations à l'endroit de tous les enfants relevant de sa juridiction. De la même manière, l'État reste pleinement responsable, indépendamment du niveau d'implication du secteur privé.

48. Les États sont tenus:

a) De ratifier et de mettre en œuvre les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et les protocoles facultatifs s'y rapportant qui présentent un intérêt pour la lutte contre la mortalité et la morbidité des moins de 5 ans, et de faire figurer des informations sur les mesures prises pour réduire la mortalité et la morbidité des moins de 5 ans dans les rapports périodiques soumis aux mécanismes relatifs aux droits de l'homme;

b) D'adopter des dispositions législatives et réglementaires appropriées et de renforcer les dispositions existantes;

c) De veiller à ce que les structures, mécanismes et ressources nécessaires soient disponibles pour traduire dans la pratique les lois et les politiques relatives à la santé et à la survie des enfants, y compris en réformant les institutions et en renforçant les capacités des débiteurs d'obligations, selon que de besoin, pour leur permettre de comprendre leurs obligations et de s'en acquitter;

<sup>25</sup> Résolution 60/147 de l'Assemblée générale, annexe, par. 7.

<sup>26</sup> UNICEF Cambodge, «*Local governance for child rights*».

d) De recenser et d'éliminer les obstacles à la transparence, à la coordination, à la création de partenariats et à la responsabilisation dans le cadre de la fourniture de services ayant une incidence sur la santé et la survie des enfants;

e) D'établir et d'utiliser un cadre national de coordination global et cohérent pour la santé des enfants, qui s'inscrit dans les systèmes de protection de l'enfance et dans le continuum des soins de santé procréative et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et s'appuie sur les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme, afin de faciliter la coopération entre les différents ministères et niveaux de gouvernement, ainsi que les échanges avec la société civile, notamment les parents et les autres personnes qui s'occupent de l'enfant;

f) D'associer tous les secteurs de la société à la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants, notamment:

i) En créant des conditions propices à la croissance continue, au développement et à la pérennité des organisations de la société civile concernées;

ii) En facilitant activement la participation de la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre, au contrôle et à l'évaluation des politiques et des services dans le domaine de la santé des enfants;

iii) En offrant aux organisations de la société civile concernées une aide financière appropriée ou un soutien pour obtenir une aide financière;

iv) En renforçant les capacités des titulaires de droits pour leur permettre de comprendre les prestations auxquelles ils ont droit dans le domaine de la santé et de la survie des enfants, et en collaborant de manière productive avec les prestataires de services pour garantir ces prestations;

g) De préciser les rôles et les responsabilités de tous les débiteurs d'obligations concernant la santé et la survie des enfants;

h) De veiller à ce que tous les secteurs qui œuvrent pour lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants assument leurs responsabilités dans le domaine des droits de l'homme, notamment en garantissant la non-discrimination dans la fourniture des services, la transparence des budgets, et la disponibilité de mécanismes de responsabilisation efficaces;

i) De définir les mesures à prendre en faveur des enfants issus de groupes marginalisés et des enfants exposés à toute forme de violence ou de discrimination et de leur accorder un rang prioritaire.

## C. Planification

49. Pour garantir les droits de l'enfant à la santé et à la survie, les États ont l'obligation de mettre en place un plan national à long terme de réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants, qui se fonde sur les données disponibles et sur la promotion et la protection des droits de l'homme. Dans tous les processus de planification, la première étape devrait consister à analyser la situation, non seulement pour définir les priorités en matière de santé de l'enfant, ainsi que les déterminants qui les sous-tendent, mais aussi pour faire le point sur les programmes, les services et les capacités existants. Ce faisant, les autorités devraient recenser les détenteurs d'obligations et évaluer leur capacité à s'acquitter de leurs obligations relatives aux droits de l'homme dans ce domaine. Les données résultant de l'analyse de la situation devraient être ventilées, ce qui permettrait de repérer les groupes d'enfants marginalisés et ceux dont les indicateurs de santé sont particulièrement mauvais.

50. En se fondant sur l'analyse de la situation et en s'appuyant sur les stratégies et les plans nationaux et infranationaux existants, les États devraient ensuite élaborer une stratégie ou un plan. Ils devraient fixer des points de référence et des objectifs axés sur la survie et le développement de l'enfant pour montrer la progression attendue en ce qui concerne la réalisation des droits de l'enfant liés à la santé.

51. Les États sont tenus:

a) De veiller à ce que le plan national se fonde sur des données dûment ventilées et qu'il prenne en considération les groupes d'enfants qui sont les plus marginalisés, qui sont victimes de discrimination ou dont les indicateurs de santé sont les plus mauvais. Lorsqu'il n'existe pas de données ventilées, le plan national devrait prévoir leur collecte dans les meilleurs délais;

b) D'associer un large éventail d'acteurs, étatiques et non étatiques, aux processus de planification;

c) D'intégrer les questions relatives à la santé et à la survie de l'enfant dans d'autres politiques sectorielles, en mettant en lumière les liens entre la santé et la survie de l'enfant et les déterminants de la santé;

d) D'évaluer les capacités existantes des institutions de s'acquitter de leur rôle et de leurs responsabilités concernant la santé de l'enfant et fournir des ressources adéquates, notamment en renforçant les capacités, pour faire en sorte qu'elles puissent assumer leur rôle;

e) De veiller à ce que tous les biens, services et informations présentant un intérêt pour la santé de l'enfant, qu'ils soient fournis par l'intermédiaire d'institutions ou dans le cadre d'interventions communautaires, soient disponibles, accessibles et acceptables pour tous, et qu'ils soient de bonne qualité;

f) D'assurer une répartition adéquate et équitable des ressources, notamment en ce qui concerne les ressources financières, les services, biens et infrastructures de santé et le personnel de santé dûment formé, afin de lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants, en prêtant l'attention voulue aux populations marginalisées;

g) De définir des points de référence et des objectifs, des plans d'action budgétisés et des stratégies opérationnelles afin de réduire la mortalité et la morbidité des enfants dans les délais prévus par le plan;

h) De mettre en place un cadre pour contrôler et évaluer les politiques, programmes et services et promouvoir la responsabilisation dans le domaine de la mortalité et de la morbidité des enfants;

i) De rendre le plan national et tous les plans d'action et les budgets y relatifs accessibles à tous les titulaires de droits et détenteurs d'obligations.

## **D. Budgétisation**

52. Les États ont l'obligation d'agir, dans toute la mesure de leurs ressources disponibles, pour lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants. Ils doivent montrer leur volonté de s'acquitter progressivement de toutes leurs obligations concernant la mortalité et la morbidité des enfants et accorder à ces obligations un rang de priorité même lorsqu'ils font face à une crise politique ou économique ou à une situation d'urgence. Pour ce faire, ils doivent assurer le financement durable des politiques, programmes et services relatifs à la santé de l'enfant et des politiques, programmes et services connexes. L'aide financière internationale est extrêmement importante mais ne saurait remplacer l'allocation par l'État de ressources destinées à lutter contre la mortalité et la morbidité des

enfants et ne décharge en rien les États de l'obligation qui leur incombe de consacrer le maximum de ressources possible à cette question.

53. Si le budget général de l'État augmente, le budget alloué à la lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants devrait lui aussi augmenter. En revanche, si le budget général diminue, le budget consacré à la lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants ne doit pas être réduit, à moins que l'État puisse démontrer qu'il a pris toutes les mesures raisonnables pour empêcher une telle réduction. Les responsables politiques ont l'obligation d'éviter de prendre des décisions qui pourraient entraver l'exercice des droits de l'homme de tout groupe considéré comme marginalisé ou faisant l'objet de discrimination.

54. Toutes les activités devraient être pleinement chiffrées et financées et apparaître visiblement dans les budgets nationaux et infranationaux. Les citoyens, la société civile et les prestataires de services de santé devraient être associés aux processus de planification budgétaire, de suivi et d'évaluation relatifs à la santé et à la survie de l'enfant.

55. Les budgets consacrés à la santé de l'enfant devraient être transparents et servir à garantir la responsabilité des pouvoirs publics dans ce domaine, notamment en ce qui concerne la réalisation des droits de l'enfant en matière de santé. Il peut être nécessaire d'améliorer la transparence des processus liés aux prévisions budgétaires et aux dépenses dans le domaine de la santé de l'enfant et de les simplifier pour faciliter la participation de la société civile aux travaux de planification, de contrôle et d'évaluation. Lorsque les budgets et les ressources alloués ne suffisent pas à permettre aux pouvoirs publics de s'acquitter de leurs obligations concernant le droit de l'enfant à la santé, la société civile a un rôle important à jouer.

56. Les États sont tenus:

a) De rendre visibles dans le budget de l'État les investissements consacrés à la santé et à la survie infantiles en détaillant les ressources qui y sont affectées et les dépenses effectuées;

b) De respecter le minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les dépenses de santé par habitant<sup>27</sup> et accorder un rang de priorité élevé à la santé de l'enfant dans les allocations budgétaires;

c) D'accroître progressivement le budget et les dépenses consacrés à la lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants et les déterminants qui les sous-tendent, en utilisant des points de repère et des objectifs intermédiaires pour suivre les progrès réalisés, conformément au principe de réalisation progressive;

d) De cibler les investissements sur les groupes d'enfants qui sont les plus marginalisés et victimes de discrimination;

e) De réduire la dépendance à l'égard des versements directs, d'augmenter le niveau et la part des ressources recueillies au moyen de mécanismes de préfinancement et de mutualisation des fonds, et d'utiliser les fonds mis en commun pour couvrir les dépenses de santé des enfants économiquement défavorisés;

f) De mettre en œuvre des processus de planification budgétaire, de suivi et d'analyse fondés sur les droits et de procéder à des études d'impact visant à déterminer la manière dont les investissements, en particulier dans le secteur de la santé, pourraient améliorer les résultats dans le domaine de la santé et de la survie de l'enfant;

<sup>27</sup> OMS. «*Spending on health: A global overview*», Aide-mémoire n° 319, avril 2012.

g) De recenser les insuffisances et les blocages auxquels se heurtent la budgétisation et les dépenses dans le domaine de la santé de l'enfant et de prendre les mesures correctives qui s'imposent;

h) De veiller à ce que les budgets liés à la santé de l'enfant soient suffisamment transparents pour permettre un suivi efficace et participatif du flux des ressources – y compris la budgétisation, les allocations budgétaires et les dépenses, ainsi que les délais – depuis le Ministère national de la santé jusqu'aux infrastructures de santé, en passant par tous les échelons intermédiaires.

## E. Mise en œuvre

57. Pour garantir l'accès aux interventions, services et médicaments dans le cadre de la santé de l'enfant, il faut prendre des mesures dans l'ensemble du secteur de la santé, et aussi au-delà, afin de tenir compte des efforts faits dans d'autres secteurs pour agir sur les déterminants sous-jacents et structurels de la mortalité et de la morbidité des enfants. Il est nécessaire de mener une action multisectorielle qui soit pleinement conforme aux normes et principes internationaux relatifs aux droits de l'homme, tant du point de vue des résultats souhaités que du processus de mise en œuvre.

58. Les États ont l'obligation de garantir à tous les enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de tous les infrastructures, biens et services relatifs à la santé et à la survie de l'enfant, y compris des services ne relevant pas du secteur de la santé. Une attention spéciale peut être nécessaire pour atteindre les groupes d'enfants les plus marginalisés, afin de satisfaire à l'obligation d'appliquer sans délai les principes d'égalité et de non-discrimination.

59. Les États sont tenus:

a) De renforcer la capacité des débiteurs d'obligations à honorer celles-ci, ainsi que la capacité des enfants, des parents et des autres personnes qui s'occupent des enfants à comprendre et faire valoir les droits liés à la santé et à la survie de l'enfant;

b) De faire en sorte que les professionnels de la santé soient dûment formés dans le domaine de la santé de l'enfant et des droits de l'enfant, et qu'ils soient supervisés et conseillés;

c) D'assurer l'accès aux interventions essentielles pour lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants<sup>28</sup> ainsi qu'à d'autres interventions ne relevant pas du secteur de la santé pour traiter les déterminants sous-jacents;

d) D'assurer l'accès à des médicaments essentiels à la lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants qui figurent dans la liste des médicaments essentiels pour les enfants établie par l'OMS<sup>29</sup>;

e) D'adopter des mesures reposant sur des observations factuelles pour soutenir les bonnes pratiques parentales, notamment des mesures d'éducation à la parentalité, la création de groupes de soutien et la mise en place de services de consultation familiale, en particulier pour les familles dont les enfants ont des problèmes de santé ou d'autres difficultés d'ordre social<sup>30</sup>;

<sup>28</sup> Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, *Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile*, (Genève, 2011).

<sup>29</sup> Liste modèle OMS des médicaments essentiels pour les enfants, disponible à la page Internet suivante: [www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/).

<sup>30</sup> CRC/C/GC/15, par. 67.

f) De faire en sorte que des systèmes fonctionnels soient en place pour prévenir, repérer et signaler les cas de violence, d'abandon, de négligence, de maltraitance ou d'exploitation concernant des enfants, qui sont sous la garde de leurs parents ou d'une autre personne<sup>31</sup>;

g) De garantir la participation des populations concernées et des autres parties prenantes à la mise en œuvre des efforts visant à lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants. Ainsi, on peut consulter les parents et les autres personnes qui s'occupent des enfants sur leurs priorités en matière de lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants, ou faire participer des membres de la communauté aux comités de gestion des infrastructures de santé;

h) De veiller, notamment au moyen de l'analyse de données ventilées, à ce que la mise en œuvre des politiques, programmes et services n'ait d'effet discriminatoire sur aucun segment de la population et à ce que, si nécessaire, des efforts supplémentaires soient faits pour atteindre les groupes d'enfants qui sont marginalisés ou victimes de discrimination;

i) De réduire le recours au paiement direct des services de santé en mettant en place une protection sociale ou en faisant en sorte que les risques financiers soient partagés par l'ensemble de la population, ce qui favorise l'accès des populations les plus marginalisées aux services.

## F. Supervision et évaluation

60. Il est nécessaire de superviser et d'évaluer les données relatives à la mortalité et à la morbidité des enfants, recueillies régulièrement et de manière rigoureuse, afin de déterminer si les droits de l'homme pertinents sont respectés, ainsi que pour éclairer l'élaboration de politiques, programmes et services. Des dispositifs d'information et de surveillance sanitaires qui fonctionnent bien devraient garantir la fiabilité, la transparence et cohérence des données, tout en protégeant le droit à la vie privée des enfants et de leur famille. Les données devraient être ventilées, de manière à montrer quels sont les groupes d'enfants qui sont défavorisés, et être régulièrement utilisées pour suivre les progrès accomplis et orienter les mesures.

61. Des mécanismes nationaux de responsabilisation devraient être chargés du suivi et de l'examen et, sur la base de leurs constatations, recommander des mesures correctives. Dans le cadre du suivi, ils devraient fournir des données sur l'état de santé des enfants, sur la qualité des services de santé accessibles aux enfants et sur les montants dépensés, le lieu et l'objet des dépenses et les bénéficiaires. Il devrait s'agir à la fois d'un suivi régulier et d'évaluations périodiques approfondies. Dans le cadre de l'examen, ils devraient analyser les données et consulter les enfants, les familles, les autres personnes s'occupant d'enfants et la société civile afin de déterminer si la santé des enfants s'est améliorée et si les pouvoirs publics et d'autres acteurs se sont acquittés de leurs obligations. Enfin, prendre des mesures signifie utiliser les résultats obtenus à l'issue de ces processus pour reproduire et étendre les mesures qui fonctionnent et corriger les mesures qui ne fonctionnent pas<sup>32</sup>.

62. Il faudrait évaluer les processus et mécanismes existants chargés du suivi de l'évaluation et de la responsabilisation pour déterminer dans quelle mesure ils remplissent ces fonctions et contribuent ainsi à garantir la santé et la survie de l'enfant et définir les cas où un renforcement est nécessaire. La production et l'utilisation d'informations actualisées

<sup>31</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 19; CRC/C/GC/13, par. 47 à 49.

<sup>32</sup> CRC/C/GC/15, par. 118.

et fiables concernant tous les facteurs influant la mortalité et la morbidité des enfants sont essentielles pour améliorer la santé de l'enfant, pour éclairer l'élaboration de mesures efficaces et utiles et pour garantir la responsabilisation des détenteurs d'obligations.

63. Les États sont tenus:

- a) De revoir régulièrement leur système d'information sanitaire, y compris les registres d'état civil des naissances et les mécanismes de surveillance des maladies infantiles, en vue de son amélioration;
- b) D'établir un ensemble d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs bien structuré et dûment ventilé qui englobe les principaux indicateurs de santé de l'enfant dans le secteur de santé et dans d'autres secteurs, afin d'évaluer l'évolution de la situation dans les domaines de la santé et de la survie de l'enfant, de suivre les progrès par rapport aux objectifs fixés et de lutter contre toute discrimination;
- c) De suivre et d'évaluer les effets des dispositions juridiques et du cadre de politique générale adoptés au niveau national sur la mortalité et la morbidité des enfants;
- d) De suivre les allocations budgétaires et les dépenses consacrées à la santé de l'enfant ainsi que les autres facteurs qui ont une incidence sur la mortalité et la morbidité des enfants;
- e) De veiller à ce qu'il existe des systèmes d'assurance qualité existant dans les domaines de l'éducation et de la formation, y compris l'accréditation et la certification pour les agents de santé du secteur privé comme du secteur public, qui répondent aux normes convenues aux niveaux national et international;
- f) De vérifier et d'évaluer dans quelle mesure les acteurs non étatiques, notamment les prestataires de soins de santé privés et de services auxiliaires du secteur privé s'acquittent de leurs responsabilités en matière de droits de l'homme en ce qui concerne la santé et la survie des enfants;
- g) D'associer la société civile et d'autres membres de la communauté à la collecte et à l'analyse des données relatives à la supervision et à l'évaluation dans le domaine de la santé des enfants, ainsi qu'à la prise de décisions découlant de l'analyse de ces données;
- h) D'examiner régulièrement les décès d'enfants pour tirer des enseignements à tous les niveaux du système de santé et d'autres systèmes, afin de prendre des mesures pour prévenir d'autres décès;
- i) De superviser l'utilisation de mécanismes de signalement, de recours et de réparation en cas de violations des droits de l'homme relatives à la mortalité et à la morbidité des enfants et veiller à ce que ces mécanismes fonctionnent bien;
- j) De diffuser les résultats des mesures de suivi et d'évaluation de la santé des enfants, et utiliser les données obtenues pour ajuster et améliorer les politiques, les programmes et les services visant à lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants;
- k) D'établir des mécanismes et processus transparents de détermination des responsabilités en fixant des objectifs de résultats, en recueillant des informations sur les mesures prises pour atteindre ces objectifs, en rendant compte publiquement de la pertinence de ces mesures et en imposant des sanctions si les résultats ne sont pas satisfaisants.

## G. Recours et réparations

64. Pour que les droits aient un sens, il faut pouvoir disposer de moyens de recours utiles pour obtenir réparation en cas de violation. Des mécanismes efficaces de recours et de réparation peuvent promouvoir la mise en œuvre des lois, politiques et programmes existants, contribuer à la réforme des lois, politiques et budgets qui ne protègent pas suffisamment les droits de l'enfant, remettent en cause les obstacles à l'accès des enfants aux soins de santé et offrent une réparation en cas de violation des droits de l'enfant dans le domaine de la santé. Le personnel médical, judiciaire et autre devrait avoir les aptitudes nécessaires pour comprendre et respecter la maturité en devenir de l'enfant et son droit d'être entendu.

65. Il est indispensable, dans le cadre d'une approche de la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants, de disposer de mécanismes fonctionnels de responsabilisation accessibles non seulement via les tribunaux mais aussi par l'intermédiaire d'organes quasi judiciaires ou extrajudiciaires, comme les institutions nationales de défense des droits de l'homme, les défenseurs des enfants et les mécanismes infranationaux de plainte et de responsabilisation sociale.

66. Un audit des mécanismes de recours et de réparation existants peut contribuer à identifier les domaines qui doivent être renforcés.

67. Les États sont tenus:

a) De prévoir, dans la législation, les politiques et les budgets, différents mécanismes de contrôle, de plainte et de réparation qui soient efficaces et accessibles aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux. De tels mécanismes doivent permettre la fourniture d'informations et de conseils adaptés aux enfants, mener des activités de sensibilisation et faciliter l'accès aux tribunaux en offrant l'aide juridique et les autres formes d'assistance nécessaires<sup>33</sup>;

b) De garantir et faciliter, pour les parents et les autres personnes s'occupant des enfants, l'accès aux tribunaux et aux mécanismes de responsabilisation quasi judiciaires et extrajudiciaires;

c) D'associer la communauté à la définition des mécanismes appropriés concernant l'établissement des responsabilités, y compris les recours et la réparation, dans les domaines de la santé et de la survie de l'enfant;

d) De sensibiliser les avocats, les juges, les parents et les autres personnes qui s'occupent des enfants à la possibilité de déposer des plaintes relatives à la santé des enfants par la formation, l'éducation, et, selon que de besoin, l'apport d'un soutien aux familles;

e) De veiller à ce que, lorsqu'il a été établi qu'une violation des droits a été commise, la victime obtienne une réparation appropriée, notamment, si besoin, sous la forme d'une indemnisation et de mesures visant à faciliter son rétablissement physique et psychologique, sa réadaptation et sa réinsertion<sup>34</sup>;

f) D'identifier et de supprimer tout obstacle entravant l'accès aux mécanismes permettant de signaler des violations des droits de l'homme relatives à la mortalité et à la morbidité des enfants, d'engager des recours et de demander réparation;

g) De veiller à ce que des mécanismes de responsabilisation indépendants puissent être utilisés pour amener les parties prenantes du pays comme les partenaires de la coopération internationale à rendre compte de leurs actes.

---

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> Ibid.

## H. Coopération internationale

68. Les États sont tenus de promouvoir et d'encourager la coopération internationale afin de parvenir progressivement à la pleine réalisation du droit de l'enfant à la santé<sup>35</sup>. Les efforts de coopération internationale devraient reposer sur les droits tant du point de vue des résultats recherchés que des processus de conception, de mise en œuvre, de supervision et d'évaluation. Il est nécessaire d'assurer la coordination entre les différents États qui accordent et reçoivent une aide au titre de la coopération afin de garantir la complémentarité des mesures visant à lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants, ainsi que leur cohérence par rapport aux priorités locales.

69. Les États et les partenaires de développement sont tenus de prêter une attention particulière aux priorités des enfants en matière de santé lorsque les ressources sont limitées, conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant, au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et à d'autres principes et lignes directrices pertinents<sup>36</sup>. Les partenaires de développement non étatiques, comme les fondations, le secteur privé, les institutions financières internationales et les organisations non gouvernementales ont aussi la responsabilité de veiller à ce que leur action n'entraîne pas de violation des droits de l'enfant dans les domaines de la santé et de la survie<sup>37</sup>.

70. Il est demandé aux États:

a) D'orienter l'assistance fournie au titre de la coopération internationale vers le soutien et le renforcement des systèmes de santé publics et des plans nationaux visant à lutter contre la mortalité et la morbidité des enfants;

b) D'adopter une approche de la coopération internationale fondée sur les droits de l'homme afin de réduire la mortalité et la morbidité des enfants en prêtant attention à tous les principes et normes pertinents relatifs aux droits de l'homme, notamment en veillant à ce que les priorités soient définies dans le cadre de processus participatifs, à ce que l'accent soit mis sur les groupes qui souffrent le plus d'exclusion et de discrimination et à ce que des mécanismes visant à établir les responsabilités au niveau international soient mis en place;

c) De veiller à ce que toutes les initiatives de coopération internationale appuient les lois, les politiques, les programmes et les services dont la conception, la mise en œuvre, la supervision et l'évaluation reposent sur une approche de la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants fondée sur les droits de l'homme;

d) De chercher à garantir une coopération internationale prévisible, cohérente et transparente pour soutenir l'action des États dans les domaines de la mortalité et de la morbidité des enfants;

e) De renforcer leur engagement, leur coopération et leur assistance mutuelle au niveau international dans l'objectif de réduire la mortalité et la morbidité des enfants, notamment par la mise en commun des bonnes pratiques, des travaux de recherche, des politiques, des moyens de supervision et des moyens de renforcement des capacités;

f) De faire en sorte que leur assistance au titre de la coopération internationale vise à soutenir la création d'un environnement dans lequel tous les membres de la société puissent s'acquitter de leurs responsabilités en ce qui concerne les droits de l'homme dans le

<sup>35</sup> Convention relative aux droits de l'enfant, art. 24, par. 4.

<sup>36</sup> Les Principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et les Principes du Programme d'action d'Accra.

<sup>37</sup> Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme (A/HRC/17/31).

domaine de la santé de l'enfant<sup>38</sup>. Il pourra notamment s'agir d'appuyer les politiques de protection sociale afin que les parents et les autres personnes qui s'occupent des enfants soient à même de s'acquitter de leurs responsabilités à l'égard des enfants dont ils ont la charge;

g) De réglementer, conformément aux principes pertinents<sup>39</sup>, les acteurs privés sur lesquels ils exercent un contrôle, tels que les sociétés pharmaceutiques, les fabricants de fournitures et de matériel, les producteurs et les vendeurs de substituts du lait maternel et les autres sociétés qui ont une incidence sur les mesures visant à réduire la mortalité et la morbidité des enfants à l'étranger, afin de prévenir les violations des droits de l'enfant en matière de santé et de veiller à ce que les responsables aient à rendre compte de leurs actes et à ce que des voies de recours et des réparations soient offertes, en cas de violation<sup>40</sup>;

h) De réduire au minimum l'incidence des sanctions économiques sur la santé et la survie des enfants<sup>41</sup>.

## V. Un exemple: la lutte contre la mortalité néonatale

71. L'exemple ci-après vise à illustrer une approche de la réduction de la mortalité néonatale fondée sur les droits de l'homme et atteste de l'intérêt pratique de cette approche.

72. Il couvre divers niveaux d'intervention relatifs à la prévention de la mortalité néonatale: législation et politiques, accès à l'information et aux services relatifs à la santé et action communautaire. En outre, dans cet exemple, chacun des grands principes d'une approche fondée sur les droits de l'homme et certains éléments du guide opérationnel font l'objet d'une attention systématique.

73. La mortalité néonatale – à savoir le décès de l'enfant au cours des 28 premiers jours de vie – représente environ 43 % de tous les décès d'enfants<sup>42</sup>. Jusqu'à deux tiers de ces décès pourraient être évités si des mesures de santé efficaces et reconnues étaient prises à la naissance et pendant la première semaine de vie<sup>43</sup>.

74. Pour réduire la mortalité néonatale, il faut notamment prêter attention au suivi des femmes enceintes, veiller à ce que les accouchements soient pratiqués par du personnel qualifié et traiter les septicémies néonatales. Toutefois, le manque d'instruction, les difficultés d'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement, les difficultés d'accès aux services de santé (y compris aux soins d'urgence lors de l'accouchement), la discrimination fondée sur le sexe et le manque d'autonomie empêchent les femmes d'accéder aux soins de santé et de faire les meilleurs choix pour elles-mêmes et pour la santé de leurs enfants, ce qui entraîne des retards et a des incidences négatives sur la santé des enfants. Une approche de la mortalité néonatale reposant sur les droits de l'homme accorde de l'importance à tous ces aspects de la santé des femmes et des nouveau-nés, y compris aux déterminants sous-jacents de la mortalité néonatale.

75. Les questions soulevées par les droits de l'enfant à la santé et à la survie et d'autres droits de l'homme pertinents devraient être prises en considération tout au long des processus d'élaboration des politiques et de planification budgétaire. Ces processus supposent de définir les besoins en ressources aux fins de l'application et de la hiérarchisation des mesures, au moyen de mécanismes de responsabilisation transparents.

<sup>38</sup> E/C.12/2000/4.

<sup>39</sup> A/HRC/17/31; Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme.

<sup>40</sup> E/C.12/2000/4; CRC/GC/16.

<sup>41</sup> E/C.12/1997/8.

<sup>42</sup> OMS, Observatoire mondial de la santé.

<sup>43</sup> OMS, Nouveau-nés: réduire la mortalité. Aide-mémoire, 2012.

### Contexte juridique et politique

76. Il convient en premier lieu de ratifier les traités internationaux pertinents pour la mortalité néonatale et de les intégrer dans la législation et les politiques nationales.

77. L'adoption et l'application de lois et politiques visant à promouvoir l'accès à des soins maternels et néonataux de haute qualité dans le secteur public comme dans le secteur privé sont des composantes essentielles d'une approche de la prévention de la mortalité néonatale fondée sur les droits de l'homme. Il s'agit notamment de lois et de politiques visant à assurer l'accès universel des femmes et des enfants aux services de santé, à l'enregistrement des naissances et aux services sociaux, à supprimer la discrimination, à assurer le signalement des décès maternels et périnataux, à mettre en place des approches spécifiques du VIH et de l'allaitement des enfants, et à appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et en surveiller la mise en œuvre.

78. En outre, il est important de mettre en place des politiques relatives au lieu de travail pour soutenir les femmes pendant leur grossesse et après la naissance en leur évitant les travaux physiques et en soutenant l'allaitement sur le lieu de travail<sup>44</sup>.

### Services de santé

79. Étant donné l'importance cruciale des services de santé pour la santé du nouveau-né immédiatement après la naissance, il est nécessaire de prêter attention à la disponibilité, à l'accessibilité, à l'acceptabilité et à la qualité des infrastructures, des biens et des services.

80. Il est important de garantir la disponibilité des interventions et des produits essentiels pour sauver des vies dans tous les centres de santé, y compris dans les zones reculées. Il faut également prêter attention à la non-discrimination pour garantir que les mesures prises pour réduire la mortalité néonatale ciblent suffisamment les communautés marginalisées afin de supprimer les inégalités.

81. L'accès à des soins postnatals précoces pour les mères et les nouveau-nés dans les deux premiers jours après la naissance a une incidence majeure sur la santé des nouveau-nés et peut être amélioré si on supprime les frais à la charge du patient pour les soins de santé maternels et néonataux, qui peuvent constituer un obstacle à l'accès aux services.

82. Il est essentiel, pour pouvoir garantir l'accès aux services, de disposer d'un personnel de santé qualifié, motivé, suffisamment équipé et réparti comme il convient sur le territoire. Il est particulièrement important de fournir des soins supplémentaires aux nouveau-nés qui présentent une insuffisance pondérale à la naissance pour réduire la mortalité néonatale, et le personnel de santé doit être expressément chargé de soutenir ces nouveau-nés et leur mère et avoir les moyens nécessaires pour le faire. En veillant à ce que les programmes de formation des sages-femmes répondent aux normes mondiales et à ce que les étudiants acquièrent les compétences nécessaires pour offrir des services de bonne qualité en toute confiance on peut contribuer à garantir que le personnel de santé est suffisamment qualifié.

83. Il est possible de prévenir l'apparition de complications ou de les détecter et d'y remédier rapidement en assurant des soins appropriés pendant le travail et l'accouchement et immédiatement après la naissance. Pour garantir l'acceptabilité des soins de santé maternels et néonataux, il faut, par exemple, veiller à ce que les femmes soient traitées avec dignité et respect, à ce qu'il y ait une prise en charge de la douleur pour les mères et les nouveau-nés, et que les mères et leur bébé ne soient pas séparés si ce n'est pas indispensable.

<sup>44</sup> Convention de l'OIT sur la protection de la maternité, 2000 (n° 183).

84. Le fait d'assurer à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés, sans discrimination, des services maternels et néonataux de qualité peut contribuer à accroître le recours à ces services et avoir une incidence positive sur la mortalité néonatale.

85. Parallèlement à l'augmentation de l'offre de services, une approche axée sur les droits de l'homme suppose d'examiner les raisons sous-jacentes – sur les plans juridique, politique et pratique –, telles que la pauvreté, le manque d'instruction, l'inégalité des sexes, le handicap et la discrimination, pour lesquelles l'accès aux soins de santé néonataux demeure difficile pour certaines populations.

86. Compte tenu des principes de l'égalité et de la non-discrimination, il faut se demander pourquoi la mortalité néonatale reste un problème et quels groupes d'enfants sont le plus touchés. En vertu de ces principes, les politiques et programmes nationaux donnent la priorité à l'amélioration de l'accès des populations les plus marginalisées. Ces groupes varient selon le contexte, ce qui montre une fois de plus qu'il est nécessaire de disposer de données dûment ventilées pour identifier les groupes qui pourraient avoir besoin d'une attention particulière.

87. Pour garantir la responsabilisation au niveau des infrastructures de santé, il faudrait mettre en place des mécanismes permettant aux agents de santé et aux patients de signaler d'éventuelles déficiences dans la fourniture de services, comme des pénuries de médicaments ou la mauvaise qualité des soins; les responsables seraient alors tenus d'examiner ces déficiences et de prendre dans les meilleurs délais les mesures qui s'imposent.

#### **Interventions au niveau de la communauté**

88. Faire participer les communautés aux activités relatives à la santé de l'enfant peut contribuer à faire baisser la mortalité néonatale et à garantir l'efficacité et l'adéquation des interventions<sup>45</sup>. Une étude récente a montré que, lorsqu'on prêtait attention à la participation, notamment en l'associant à d'autres principes relatifs aux droits de l'homme, cela était bénéfique pour la santé des mères et des enfants<sup>46</sup>.

89. Les comités de santé communautaires, qui se composent d'habitants et d'agents de santé communautaires, sont un exemple de mécanisme par lequel la participation de la communauté peut permettre d'améliorer la santé néonatale grâce au partage des responsabilités concernant le maintien d'un certain niveau de performance des services. Les principes relatifs aux droits de l'homme que sont la participation, l'égalité et la non-discrimination exigent la participation des différents groupes de femmes.

90. Pour assurer la participation des groupes marginalisés aux comités de santé communautaires, il faut atteindre les personnes qui ne sont généralement pas sollicitées, comme les populations isolées, les femmes dont la grossesse est à risque, les personnes dont la capacité de participer aux processus de santé et de développement est faible et celles qui ont peu l'habitude d'exprimer leurs besoins et leurs priorités. Il convient également de leur offrir un soutien dans le cadre de leur participation.

91. Les stratégies devraient donner aux membres des comités les moyens d'exposer leurs attentes à l'État et aux autres responsables concernant la prise en charge de leur propre développement et faciliter la collaboration avec d'autres entités en vue de la mise en œuvre des interventions<sup>47</sup>.

<sup>45</sup> M. Rosato *et al*, «Community participation: lessons for maternal, newborn, and Child health», in *The Lancet*, Vol. 372, numéro 9642, 13 septembre 2008.

<sup>46</sup> F. Bisteo *et al*, «Women and children's health», note de bas de page n° 4.

<sup>47</sup> HCDH, *Frequently Asked Questions on a Human-right-based Approach to Development Cooperation*, 2006.

92. Comme ils appartiennent à la communauté, les membres du Comité sont bien placés pour indiquer où, quand et comment les interventions visant à réduire la mortalité néonatale doivent être mises en œuvre de manière à garantir leur disponibilité, leur accessibilité et leur acceptabilité pour l'ensemble de la communauté<sup>48</sup>, en particulier les plus marginalisés. Ainsi, outre qu'elle permet d'améliorer l'accès à l'information et aux services, la participation de la communauté à la planification de la fourniture de services peut également contribuer à remédier aux inégalités dans le domaine de la santé néonatale.

93. Pour promouvoir la responsabilisation sociale, il est également important de disposer d'un mécanisme de responsabilisation indépendant comprenant un mécanisme de plainte accessible qui permette aux membres de la communauté de contrôler l'offre de services de santé locaux et les activités du Comité.

94. Cet exemple d'approche de la réduction de la mortalité néonatale fondée sur les droits de l'homme montre que, au-delà de l'obligation juridique de prêter attention aux droits de l'homme, cette approche peut conduire à une amélioration des résultats dans le domaine de la santé en garantissant la prise en considération systématique du contexte juridique et politique, des principes d'égalité et de non-discrimination, de la participation des populations concernées, de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la responsabilisation et de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des infrastructures, des biens et des services consacrés à la santé de l'enfant.

## VI. Aller de l'avant

95. **Afin de veiller à ce que tous les efforts visant à réduire la mortalité et la morbidité des enfants soient pleinement conformes aux normes et principes relatifs aux droits de l'homme internationalement reconnus, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme encourage vivement la mise en œuvre du présent guide technique aux niveaux national et infranational.**

96. **Les États devraient diffuser le guide technique à toutes les administrations concernées et aux autres parties prenantes et veiller à ce qu'il soit systématiquement appliqué lors de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'examen des lois, politiques, budgets et programmes relatifs à la santé et à la survie de l'enfant. Les États sont également invités à produire et diffuser des exemples de bonnes pratiques concernant la mise en œuvre d'une approche de la mortalité et de la morbidité fondée sur les droits de l'homme.**

97. **Il faudrait appliquer le guide technique dans le cadre des recommandations plus larges formulées par la Haut-Commissaire aux droits de l'homme, l'OMS et le Groupe d'experts chargé d'examiner la question de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant concernant le renforcement des cadres relatifs aux droits de l'homme et à la responsabilisation, pour améliorer la santé des femmes et des enfants et renforcer la responsabilisation dans ce domaine. À cette fin, les organismes concernés des Nations Unies, ainsi que d'autres parties prenantes pertinentes, devraient fournir l'assistance technique nécessaire aux États en ce qui concerne l'application du guide technique, notamment en concevant et en diffusant des outils pour sa mise en pratique à toutes les étapes de la planification nationale et des cycles d'intervention intéressant la santé et la survie de l'enfant.**

<sup>48</sup> A/HRC/21/22 et Corr.1 et 2.

98. Les États et les autres parties prenantes pertinentes sont vivement encouragés à tenir compte du guide technique dans leurs débats relatifs au programme de développement pour l'après-2015, ainsi que dans la mise en œuvre et la supervision des nouveaux objectifs de développement.

99. Le Haut-Commissariat invite les mécanismes relatifs aux droits de l'homme à prêter une attention particulière aux mesures prises par les États pour réduire la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5 ans.

---