



Assemblée générale

Distr. générale
1^{er} juillet 2016
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Trente-troisième session

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

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

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

Utilisation du 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 éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants âgés de moins de 5 ans

Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme

Résumé

Le présent rapport, soumis en application de la résolution 27/14 du Conseil des droits de l'homme, donne un aperçu de l'action menée, depuis l'adoption du Guide technique, en vue de sa mise en pratique. Certaines questions auxquelles il convient d'accorder une attention plus soutenue dans l'optique des droits de l'homme, relatives en particulier aux nouveau-nés, à la qualité des services de santé prodigués aux enfants et à la commercialisation des substituts du lait maternel, y sont étudiées. Un certain nombre de recommandations visant à faire en sorte que le Conseil reste saisi de la question y sont formulées.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Considérations générales	3
II. Derniers progrès réalisés en matière de survie des enfants	3
III. Droits de l’homme et prévention de la mortalité de l’enfant : ce qu’il reste à faire	4
IV. Application du Guide technique au niveau des pays	7
A. Diffusion	7
B. Activités menées au niveau des pays	8
C. Activités des partenaires de la société civile	10
V. Synergies avec d’autres initiatives	12
VI. Questions prioritaires	13
A. Projections en matière de mortalité	13
B. Les nouveau-nés	14
C. Qualité des soins	16
D. Techniques inappropriées de commercialisation des substituts du lait maternel	17
E. Répercussions des attaques contre des établissements de santé sur les enfants	18
VII. Étapes suivantes	19

I. Considérations générales

1. 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 et à éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans (voir A/HRC/27/31), dont la publication a été demandée par le Conseil des droits de l'homme dans sa résolution 24/11, a été présenté au Conseil à sa vingt-septième session, en septembre 2014.

2. Dans sa résolution 27/14, le Conseil a accueilli le Guide avec satisfaction et a demandé instamment aux États de le diffuser et de l'appliquer comme il convient pour élaborer, appliquer, évaluer et suivre les lois, les politiques, les programmes, les budgets et les mécanismes de recours et de réparation. Il a demandé au Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, en étroite collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et avec d'autres entités, de poursuivre le dialogue sur la question de la mortalité et de la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans, d'établir un rapport sur l'application pratique et l'impact du Guide technique et de lui présenter ce rapport à sa trente-troisième session. Le présent rapport fait suite à cette demande.

3. Le présent document est le premier rapport de suivi sur la prévention de la mortalité de l'enfant et l'application du Guide technique. Il est présenté en même temps que le deuxième rapport de suivi sur la mortalité maternelle, qui est axé sur la mise en œuvre des objectifs de développement durable (A/HRC/33/24). Étant donné leurs liens étroits, il convient de lire ces deux rapports en parallèle.

4. Le Guide technique fournit des indications précises relatives aux droits de l'homme, pour les étapes opérationnelles que sont la planification, la budgétisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, le réexamen, et pour les recours, les réparations et la coopération internationale. Le présent rapport donne un aperçu des activités menées par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et d'autres partenaires tels que l'OMS en vue de son utilisation. Il met aussi en lumière certains des domaines qui nécessitent une attention et un appui particuliers au niveau international.

II. Derniers progrès réalisés en matière de survie des enfants

5. Chaque enfant étant unique, sa mort est une tragédie. Si cette perte était évitable, c'est une tragédie encore plus grande, dans la mesure où une vie irremplaçable aurait pu être épargnée. Lorsqu'un enfant ne survit pas, les autres droits n'ont aucun sens.

6. Des progrès substantiels ont été accomplis au cours des dernières décennies en matière de réduction de la mortalité infantile. Le nombre total de décès d'enfants a diminué, passant de 12,7 millions en 1990 à 5,9 millions en 2015. Au niveau national, environ un tiers des pays ont réduit la mortalité de l'enfant d'au moins deux tiers, dont le Cambodge, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Libéria, Madagascar, le Malawi, le Mozambique, le Népal, le Niger, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda. Soixante-quatorze autres pays ont réduit le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans d'au moins 50 % et 41 pays l'ont réduit d'au moins 30 %¹.

7. Ce progrès global résulte de facteurs aussi nombreux que différents, tels qu'une volonté politique renouvelée et d'importantes initiatives en matière de santé néonatale et infantile. Le progrès de la vaccination et du traitement des maladies infantiles,

¹ Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, « Levels and trends in child mortality, report 2015 » (2015), p. 3.

l'amélioration des services de santé et des techniques médicales, le respect des droits de l'homme dans leur ensemble et, en particulier, du droit à l'éducation, du droit d'être protégé contre la violence et du droit à l'eau et à l'assainissement, et l'amélioration générale de la situation économique, ont joué un rôle déterminant². La coopération et l'aide internationales ont également été essentielles.

8. Pourtant, malgré des progrès remarquables, les inégalités qui subsistent dans de nombreux pays freinent la diminution de la mortalité dans certaines catégories de la population infantile. Quelques exemples en sont fournis dans le rapport de 2016 de Save the Children, *Every Last Child*, dans lequel il apparaît que les régions défavorisées d'un certain nombre de pays progressent plus lentement³. Ce rapport montre toutefois que l'inverse est possible, en prenant pour exemple le Niger, où des régions auparavant à la traîne telles que Zinder et Maradi ont progressé plus rapidement que Niamey (ibid., p. 23). Les progrès effectués dans ces régions défavorisées ont bénéficié aux enfants qui avaient de faibles chances de survie. Il importe également de noter que les inégalités font autant obstacle aux progrès dans les pays développés que dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

9. Il a été convenu, dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, d'accélérer les progrès accomplis à ce jour dans la réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle en mettant fin avant 2030 à ces décès évitables, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus. Il est dit, dans le texte du Programme, que la dignité de la personne humaine est fondamentale, que les objectifs et cibles doivent se concrétiser au profit de toutes les composantes de la société et que les plus défavorisés doivent être aidés en premier.

10. Les politiques et les programmes fondés sur les droits de l'homme doivent permettre que les enfants vivant dans des régions difficiles d'accès soient l'objet d'une attention accrue et que les régions à la traîne bénéficient d'investissements dans le domaine de la santé. En outre, il convient d'envisager les investissements en faveur de la survie de l'enfant sous l'angle des droits de l'enfant et de ne pas prendre uniquement en considération les besoins de l'assistance et du développement.

III. Droits de l'homme et prévention de la mortalité de l'enfant : ce qu'il reste à faire

11. Envisager la mortalité des enfants de moins de 5 ans comme un problème relevant des droits de l'homme revient à considérer que le décès d'un enfant n'est pas un fait inévitable faisant partie de la vie, mais qu'il résulte souvent de lois, de pratiques et d'attitudes discriminatoires, ainsi que de systèmes institutionnels qui aggravent la pauvreté, l'exclusion et l'injustice. L'objectif ultime d'une approche fondée sur les droits de l'homme est de modifier la dynamique sociale du pouvoir qui génère des inégalités et de la discrimination dans l'accès aux services de santé et qui nuit à la mise en place et au maintien de systèmes de santé disponibles, accessibles, abordables, acceptables et de bonne qualité.

12. Les approches des questions liées à la santé en général fondées sur les droits de l'homme font depuis longtemps l'objet de débats. En particulier, la question de la santé maternelle et, plus généralement, celle de la santé sexuelle et procréative, sont depuis

² Voir : Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Committing to Child Survival : A Promise Renewed* (2014).

³ Save the Children, *Every Last Child* (Londres, 2016).

longtemps examinées à travers le prisme des droits de l'homme (voir A/HRC/27/20, par. 5). Cela étant, alors que la réduction de la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5 ans est depuis plusieurs décennies une priorité dans le secteur de la santé à l'échelle mondiale, la question n'est considérée comme un problème relevant des droits de l'homme et n'appelle l'attention des mécanismes et des spécialistes des droits de l'enfant que depuis une époque récente. Cela s'explique de plusieurs façons : a) pendant très longtemps, ceux qui s'intéressent aux droits de l'enfant ont mis l'accent sur la protection de l'enfance et considéré le système de santé comme un simple aspect de la protection de l'enfance ; b) étant donné le manque d'autonomie du petit enfant, ses droits sont souvent associés à la mère et évoqués lors des débats sur la santé sexuelle, procréative et maternelle. La continuité des soins est essentielle et il est très important de prendre en charge la mère avant, pendant et après la naissance si l'on veut améliorer les chances de survie de l'enfant. Néanmoins, l'interdépendance entre la mère et l'enfant ne doit pas être source de confusion entre leurs droits et besoins respectifs.

13. Ainsi qu'il est expliqué dans le Guide technique, l'adoption d'une approche de la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans fondée sur les droits de l'homme suppose que l'on désigne 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 matière de santé et de survie. Le cas des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans est cependant très complexe, dans la mesure où les jeunes enfants ne sont pas autonomes et où il appartient à d'autres personnes de faire respecter leurs droits. Souvent, les droits des nouveau-nés et des nourrissons ne sont pas expressément pris en considération car les intéressés ne sont pas considérés comme des acteurs. Une approche fondée sur les droits de l'homme suppose la reconnaissance du fait que les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans ne sont pas uniquement des bénéficiaires de soins passifs, mais qu'ils sont titulaires de droits et sont de ce fait fondés à recevoir des services de santé de qualité, sans discrimination.

14. Une collaboration est en train de se mettre en place, dans le domaine de la santé et de la prévention de la mortalité de l'enfant, entre les défenseurs des droits et le monde de la santé. Le débat annuel d'une journée du Conseil des droits de l'homme sur les droits de l'enfant de 2013, qui était consacré au droit de l'enfant à la santé, puis, après cette manifestation, la publication d'un certain nombre de rapports par le HCDH et l'OMS et la tenue de réunions d'experts sur la mortalité de l'enfant et les droits de l'homme, ainsi que l'élaboration du Guide technique, le montrent clairement. L'observation générale n° 15 (2013) du Comité des droits de l'enfant sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, ainsi que le récent rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible consacré à la petite enfance (A/70/213), montrent que les mécanismes des droits de l'homme des Nations Unies font preuve d'un intérêt et d'une attention de plus en plus vifs.

15. Le groupe d'experts chargé d'examiner la question de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant, considérant la question des droits de l'homme comme une priorité en matière de santé, a demandé que soit mise sur pied une commission mondiale sur la santé et des droits fondamentaux des femmes et des enfants ayant pour mission de proposer des mesures de protection, d'amélioration et de soutien de la santé et du bien-être du groupe de population concerné. La mise en place du groupe indépendant sur la responsabilisation et de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) jouera un rôle crucial dans le rapprochement de ces deux domaines d'activité. Alors qu'il animait un sous-groupe de travail sur les droits de l'homme dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie mondiale, le HCDH a de nouveau souligné qu'il importait de ne laisser personne de côté, en insistant sur la non-discrimination et la responsabilisation.

16. Dans l'optique des droits de l'enfant, il est essentiel que les diverses initiatives mondiales donnent aux jeunes enfants la place voulue et que l'enfant soit au centre des débats, notamment grâce à des approches participatives associant les enfants et les personnes qui en ont la charge, conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant.

17. Au cours des deux dernières années, les participants aux débats relatifs au Guide technique extérieurs au domaine des droits de l'homme ont posé cette question primordiale : l'approche fondée sur les droits de l'homme fait-elle diminuer la mortalité de l'enfant ? Il n'existe pas de réponse simple à cette question, mais certains éléments commencent à montrer que le recours à une approche fondée sur les droits de l'homme a des effets positifs sur la santé des enfants⁴, ce qui appuie la thèse selon laquelle 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.

18. En outre, la question n'est pas tant de savoir combien d'enfants doivent leur survie à une approche fondée sur les droits de l'homme, mais plutôt de déterminer si le droit international des droits de l'homme permet de faire de la dignité, de l'égalité, de la participation et de la responsabilité le pivot de l'élaboration des politiques et des programmes. Dès lors qu'un État ratifie la Convention relative aux droits de l'enfant et contracte des obligations vis-à-vis des enfants volontairement, la prise en compte de principes relatifs aux droits de l'homme dans l'élaboration des politiques et programmes n'est pas facultative, mais obligatoire : cet État a l'obligation juridique et morale de prendre soin des plus petits⁵.

19. Il apparaît clairement, au vu des travaux menés depuis la mise au point du Guide technique, que l'approche fondée sur les droits de l'homme de la santé des nouveau-nés, des nourrissons et des moins de 5 ans est loin de se limiter à la prévention de la mortalité des enfants, et qu'un dialogue portant spécifiquement sur les droits et la santé de l'enfant est nécessaire. Cela a également été signalé par le Rapporteur spécial sur le droit à la santé dans son rapport sur la petite enfance (A/70/213).

20. Dans le cadre des débats portant sur le Guide technique, le HCDH a été saisi par différents acteurs de questions relatives à la santé de l'enfant appelant des réponses urgentes du point de vue des droits, telles que la gestion de la douleur des nouveau-nés, les soins palliatifs aux enfants, le consentement en matière d'interventions chirurgicales, notamment dans le cas des enfants intersexués, les médicaments pédiatriques, les enfants nés avec un handicap sévère et aux limites de la viabilité, notamment les grands prématurés, l'abandon à la naissance, et le rôle du personnel de santé dans l'évaluation de la violence à l'encontre des enfants, s'agissant notamment du syndrome du bébé secoué et des violences sexuelles. À propos du VIH, les parties prenantes ont également soulevé la question de l'inégalité d'accès des nourrissons et des jeunes enfants aux tests de dépistage, au traitement et aux soins, en particulier en Afrique subsaharienne, l'un des facteurs à l'origine d'un taux de mortalité associée au sida anormalement élevé chez les enfants.

21. Le Guide technique a considérablement favorisé le dialogue entre les experts et les mécanismes des droits de l'homme et les obstétriciens, les spécialistes en néonatalogie et les pédiatres, mais il reste encore un long chemin à parcourir dans ce domaine.

⁴ Voir Flavia Bustreo, Paul Hunt *et al.* *Women's and Children's Health : Evidence of Impact of Human Rights* (Genève, OMS, 2013).

⁵ Déclaration du Haut-Commissaire aux droits de l'homme à l'occasion du lancement du Guide technique.

IV. Application du Guide technique au niveau des pays

A. Diffusion

22. Il a été fait en sorte que le Guide technique soit diffusé par le HCDH et par des organismes des Nations Unies tels que l'OMS, ainsi que par des partenaires de la société civile, des institutions nationales des droits de l'homme et d'autres acteurs.

23. Depuis son lancement, en septembre 2014, par le Haut-Commissaire aux droits de l'homme et la Sous-Directrice générale de l'OMS chargée de la santé de la famille, de la femme et de l'enfant, le Guide technique a connu une large diffusion. Outre la contribution du HCDH, de l'OMS, du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et des Centres d'information des Nations Unies au lancement du Guide, la distribution a été assurée par le Child Rights Information Network et the African Child Information Hub. Le Guide a en été diffusé également sur des sites Web d'information des patients, notamment ceux de l'International Alliance of Patients' Organizations et de l'European Association for Children in Hospitals, et par des groupes de sensibilisation internationaux tels que l'International Baby Food Action Network.

24. Le Guide technique a été présenté lors du One Asia Breastfeeding Partners Forum, qui s'est tenu en Malaisie, et à l'occasion de plusieurs autres réunions, et porté à l'attention des membres de divers forums tels que l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, l'African Child Policy Forum (Afrique du Sud) et le Forum social sur l'accès aux médicaments. Il a également été présenté à une réunion d'experts sur le droit à la santé dans la petite enfance, ainsi qu'à la septième conférence Europeadietrics, qui s'est tenue à Florence (Italie). Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a également assuré sa promotion au sein de son réseau de plus de 500 membres. Il a également été question du Guide dans un certain nombre de réunions de parties prenantes sur la santé des femmes et des enfants, notamment en Inde et en Afrique du Sud.

25. Des réunions de travail sur le Guide technique ont eu lieu entre le HCDH, l'OMS et le Cabinet du Secrétaire général, dans le cadre de l'initiative « Toutes les femmes, tous les enfants », et le personnel de la section Santé du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) à New York. En outre, la Haut-Commissaire aux droits de l'homme a rencontré le Directeur exécutif de l'UNICEF à propos de l'application du Guide au niveau des pays.

26. L'OMS et le HCDH ont réalisé une brochure d'information intitulée « Preventable deaths among the world's youngest children », qui a également été largement diffusée. D'autres outils, en particulier une synthèse portant sur l'application des droits de l'homme dans le cadre de l'action en faveur de l'amélioration de la santé, ont été mis au point par l'OMS et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le HCDH a réalisé avec d'autres partenaires un certain nombre de guides sur la santé maternelle et infantile à l'intention des décideurs du secteur de la santé, des professionnels de la santé, de l'appareil judiciaire et des institutions nationales des droits de l'homme. L'OMS s'appuie sur le Guide technique pour prendre en compte les normes relatives aux droits de l'homme et aux droits de l'enfant dans l'élaboration de normes mondiales relatives aux soins aux jeunes enfants en établissement.

27. Après la distribution du Guide technique aux missions permanentes à Genève, Chypre a indiqué l'avoir distribué à son tour à tous les départements du Ministère de la santé impliqués dans la fourniture de services aux enfants, aux prestataires de soins de santé impliqués dans la fourniture de soins de santé aux nouveau-nés et aux enfants, et au personnel de l'observatoire de la santé du Ministère de la santé chargé de recueillir des données relatives à la mortalité des enfants. Chypre a en outre indiqué que le Guide technique avait été pris en compte dans l'élaboration de la stratégie nationale sur

la promotion, la protection et le soutien des droits de l'enfant en matière de santé. Le Mozambique a informé le HCDH que le Guide technique avait été transmis au Ministère de la santé, aux prestataires de soins de santé et au Conseil national de l'enfance, qui coordonne les questions relatives aux droits de l'enfant. Le Guide est utilisé pour monter des programmes de santé et pour améliorer la coordination entre les prestataires de soins de santé et la population.

28. Les mécanismes des droits de l'homme jouent un rôle capital dans la promotion de l'utilisation du Guide technique en recommandant aux États Membres son application au niveau national. Ils ont de ce fait un rôle essentiel à jouer, en matière de responsabilisation, en ce qui concerne les approches de la prévention de la mortalité de l'enfant fondées sur les droits de l'homme, dans le cadre de leur dialogue avec les États au titre du suivi.

29. Le Comité des droits de l'enfant a recommandé la mise en œuvre du Guide technique dans ses observations finales concernant le Bénin, la Colombie, l'Érythrée, l'Éthiopie, la Gambie, le Ghana, Haïti, le Kenya, le Mexique, le Pérou, la République bolivarienne du Venezuela, la République dominicaine, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal, le Turkménistan, la Zambie et le Zimbabwe. De même, dans le cadre de l'Examen périodique universel, plusieurs États ont recommandé que des mesures soient prises à tous les niveaux pour s'attaquer aux causes profondes de la mortalité et de la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans et qu'il soit envisagé d'appliquer le Guide technique en Angola, en Gambie, au Guyana, au Lesotho, au Libéria et aux Îles Marshall. En outre, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a recommandé l'application du Guide dans le cadre de ses missions en Malaisie et au Paraguay.

30. Le HCDH appuie la création et le renforcement de mécanismes nationaux chargés de l'établissement de rapports pour les mécanismes régionaux et internationaux des droits de l'homme tels que les organes conventionnels, les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales et l'examen périodique universel, et du suivi des recommandations émanant de ces mécanismes.

B. Activités menées au niveau des pays

1. République dominicaine

31. Comme suite à une initiative lancée en 2014 par l'UNICEF en République dominicaine, le HCDH, l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la santé ont été invités à examiner avec l'équipe de pays des Nations Unies et les organisations de la société civile comment une approche fondée sur les droits de l'homme pouvait contribuer aux efforts déployés par le pays en vue de réduire le nombre de décès évitables de nouveau-nés, de nourrissons et d'enfants de moins de 5 ans. Les discussions menées avec l'équipe de pays des Nations Unies sur la question des droits de l'homme ont éclairé l'élaboration d'une initiative interinstitutions visant à prévenir et réduire la mortalité parmi les enfants, les nourrissons, les nouveau-nés et les mères. Ce processus et les discussions qui ont eu lieu montrent de quelle manière des initiatives menées dans le cadre du Conseil des droits de l'homme peuvent compléter les mesures prises au niveau national pour susciter des changements positifs, conformément aux obligations relatives aux droits de l'homme souscrites par l'État.

32. La Constitution de la République dominicaine protège le droit à la santé et à des soins de santé complets. Par ailleurs, la stratégie nationale de développement du pays pour 2030 décrit la vision d'une société où tous jouissent des mêmes droits et des mêmes possibilités, et où les services de base et les droits fondamentaux, y compris le droit à la santé, sont garantis à tous sans discrimination. Il y est inscrit que l'élaboration de tous les plans, programmes, projets et politiques publiques doit s'appuyer sur une approche fondée sur les droits de l'homme.

33. La République dominicaine a accompli des progrès importants en matière de promotion des droits de l'enfant et fait preuve d'une forte volonté politique en faveur de l'amélioration de la santé des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans. Le Ministère de la santé a inscrit la vaccination des enfants de moins de 1 an contre les infections à rotavirus et à pneumocoque au calendrier national de vaccination, ce qui permettra de réduire grandement le nombre de décès d'enfants dus à la diarrhée, la pneumonie ou la méningite. Le pays s'est doté de stratégies, de plans et de programmes dans le secteur de la santé, en sus des projets spécifiques de réduction de la mortalité des enfants, des nourrissons, des nouveau-nés et des mères. En dépit de nombreux efforts, les taux de mortalité néonatale, qui sont au-dessus de la moyenne régionale de l'Amérique latine et des Caraïbes, n'ont guère baissé depuis dix ans.

34. Les débats ont clairement mis en évidence les dynamiques sociales complexes qui ont des conséquences pour les utilisateurs des services de santé et l'urgence de renforcer la capacité des hôpitaux publics en les dotant de professionnels de la santé suffisamment formés, notamment en rétablissant la fonction de la sage-femme. Il est aussi nécessaire de veiller à traiter humainement et dignement les utilisateurs de services de santé, de modifier les attitudes des professionnels de la santé et de donner aux patients les moyens de revendiquer leurs droits. L'importance d'un renforcement des mécanismes de signalement et du contrôle exercé par la société civile a également été mise en avant. Il a en outre été fait mention de la nécessité de respecter strictement les normes en matière de prévention et de contrôle des infections dans les centres de santé, car ces normes sont indispensables pour contrôler la septicémie, qui représente la première cause de décès de nouveau-nés en République dominicaine. Par ailleurs, la question de la responsabilisation et du renforcement des capacités d'investigation du Comité de contrôle médical en cas de décès de nouveau-nés et de nourrissons a été soulignée avec force.

35. Des campagnes sont menées à la radio et à la télévision, avec l'appui du Ministère de la santé et de l'UNICEF, pour faire en sorte d'augmenter l'enregistrement des enfants à la naissance dans les hôpitaux publics. L'UNICEF a favorisé le dialogue pour que l'enregistrement à la naissance dans les maternités devienne l'un des nouveaux critères de certification de l'initiative élargie Hôpitaux amis des bébés. Une collaboration menée avec le Ministère de la santé a permis aux unités de soins de santé primaires de devenir des partenaires clefs en renseignant les mères sur l'importance de l'enregistrement et en les aidant à déposer leur demande de carte d'identité.

36. L'initiative interinstitutions illustre bien la prise en compte des approches fondées sur les droits de l'homme dans les mesures de réduction des taux de mortalité des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans et témoigne de l'importance du rôle de l'équipe de pays des Nations Unies à cet égard.

2. République-Unie de Tanzanie

37. Les 29 et 30 juin 2015, le HCDH, en collaboration avec l'OMS, le Ministère de la santé, la Commission des droits de l'homme et de la bonne gouvernance et l'équipe de pays des Nations Unies à Dar es-Salaam, a organisé une consultation sur le rôle des mécanismes des droits de l'homme dans l'amélioration de la santé des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans. Les participants provenaient des secteurs de la santé et des droits de l'homme, notamment d'organismes des Nations Unies, du Gouvernement et de la société civile. Des représentants des hôpitaux, y compris de l'hôpital Amana, du centre médical Bugando, du centre médical chrétien Kilimanjaro, de l'hôpital central Mbeya, de l'hôpital Mnazi Mmoja, de l'hôpital national de Muhimbili, et de l'hôpital Mwananyamala, y ont participé.

38. La République-Unie de Tanzanie a réalisé des progrès considérables dans l'amélioration de la survie de l'enfant, mais la réduction de la mortalité des nouveau-nés, qui représente encore 40 % des décès d'enfants de moins de 5 ans en Tanzanie, a été beaucoup plus lente. La plupart des progrès réalisés ont été le fruit des soins prénatals et postnatals, des vaccinations, des suppléments nutritionnels et de l'amélioration générale des services de santé.

39. Les discussions conduites dans le cadre de la consultation ont montré combien il importait d'améliorer la qualité des services de santé, en particulier pour les nouveau-nés, et d'assurer l'accès aux médicaments pour les enfants touchés par les infections, notamment la pneumonie, la diarrhée, la rougeole, le paludisme et le VIH/sida. L'amélioration de la nutrition des jeunes enfants a également été identifiée comme une condition nécessaire à la réalisation des droits de l'enfant à la survie et au développement. Une importance particulière a été accordée à la situation sanitaire et aux droits des enfants atteints d'albinisme et des enfants réfugiés. Les discussions ont également porté sur l'insuffisance des moyens et des financements dans le secteur de la santé, l'indisponibilité de certains médicaments essentiels et la nécessité d'améliorer la gouvernance en matière de santé. Il a été recommandé d'intégrer les principes des droits de l'homme dans le système de prestation de services de santé, de renforcer les partenariats et la responsabilisation sociale et de réaliser de nouveaux investissements dans les régions défavorisées.

40. Comme suite à la recommandation formulée au cours de la réunion d'intégrer les principes des droits de l'homme dans le système de prestation de services de santé et la qualité des soins, en particulier pour les nouveau-nés, le HCDH, en consultation avec l'OMS, a commandé une évaluation de l'état de santé des nouveau-nés dans plusieurs hôpitaux sélectionnés. Au moment de l'établissement du présent rapport, l'évaluation était en cours à Zanzibar.

41. Cette évaluation intervient à un moment important pour Zanzibar, qui a reçu en 2015 le « Future Policy Award » (le Prix pour les politiques d'avenir) pour sa loi sur l'enfance. Ce texte législatif a été récompensé pour sa couverture équilibrée de la maltraitance et de la violence à l'égard des enfants et sa promotion des droits des enfants. Il jette les bases d'un système national global de protection de l'enfance destiné aux enfants ayant besoin de soins et de protection. Il dispose que les enfants ont droit à des soins médicaux et à la vaccination et ne devraient pas être privés de soins pour des motifs religieux ou en raison d'autres croyances. Tout enfant doit être enregistré à la naissance et les autorités sanitaires doivent coopérer pour garantir l'enregistrement de toutes les naissances. Quiconque exerce des fonctions officielles ou s'acquitte d'obligations professionnelles à l'égard d'un enfant – notamment les médecins, les praticiens de santé ou les tradipraticiens – et a de bonnes raisons de croire que les droits de l'enfant sont gravement violés a le devoir de le signaler. Un chapitre de la loi est consacré au consentement à des actes médicaux et à des opérations chirurgicales, ainsi qu'au dépistage du VIH.

C. Activités des partenaires de la société civile

42. Les acteurs de la société civile jouent un rôle clef dans la promotion d'approches fondées sur les droits de l'homme en matière de prévention de la mortalité des enfants et dans la mise en œuvre des directives techniques. Par exemple, les campagnes « Child Health Now », lancée par l'association Vision du Monde, et « Every One », menée par l'organisation Save the Children, ont mis l'accent sur la prévention des décès d'enfants de moins de 5 ans et appuyé des approches fondées sur les droits de l'homme en ciblant les facteurs déterminants de la santé des enfants et en appuyant les mécanismes sociaux et communautaires de responsabilisation et l'autonomisation des citoyens. Ces campagnes ont

également permis de mettre des lieux d'échanges à la disposition des enfants et des personnes qui s'en occupent afin de les associer aux prises de décisions qui ont une incidence sur la santé et la survie des enfants.

43. Au Niger, l'association Vision du Monde a formé et dirigé une coalition pour veiller au respect du principe de responsabilisation dans la mise en œuvre effective de la politique de gratuité des soins dispensés aux enfants de moins de 5 ans. À travers l'initiative « Child Friendly National Budget » (initiative de budgétisation nationale favorable aux enfants), dans huit provinces du Zimbabwe, Save the Children, l'Association nationale des organisations non gouvernementales et l'UNICEF ont appuyé la participation de groupes dirigés par des enfants aux consultations préalables à l'adoption du budget, avec pour résultat une augmentation des crédits alloués à la santé et à l'éducation des enfants.

44. La société civile a déployé beaucoup d'efforts pour renforcer les mécanismes sociaux et communautaires de responsabilisation, indispensables à toute approche fondée sur les droits de l'homme, afin de surveiller les services de santé et de garantir la participation des enfants à la prise de décisions. « Citizen Voice and Action » (Voix et action citoyenne) et « Citizens' hearings » (Audiences des citoyens) font partie de ce type de mécanismes.

45. « Voix et action citoyenne » est un outil de sensibilisation au niveau local qui vise à promouvoir les services essentiels tels que les soins de santé en améliorant les relations entre les communautés et le Gouvernement. L'association Vision du monde et d'autres partenaires l'ont utilisé pour renforcer les engagements pris par les gouvernements en faveur de la survie de l'enfant. Le Gouvernement arménien a par exemple répondu à « Voix et action citoyenne » par l'adoption de nouvelles mesures visant à inciter les médecins à se rendre chez les personnes les plus vulnérables dans les zones rurales.

46. Les audiences des citoyens sont ouvertes et favorisent la tenue de dialogues constructifs qui permettent aux communautés d'adresser aux responsables locaux et nationaux des recommandations visant à améliorer les services de santé. Cette forme de responsabilisation sociale sert un double objectif : permettre aux citoyens de connaître leurs droits et rendre leurs dirigeants responsables des engagements pris pour mettre fin aux décès évitables de femmes et d'enfants. La Fédération internationale pour le planning familial, Save the Children, l'Alliance du ruban blanc et Vision du monde international ont collaboré avec des partenaires locaux et nationaux pour organiser des audiences citoyennes sur la santé dans le monde entier, notamment en Afghanistan, au Bangladesh, au Burkina Faso, en Éthiopie, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Malawi, au Mali, au Népal, au Niger, au Nigéria, en Ouganda, au Pakistan, en République démocratique du Congo, en République-Unie de Tanzanie et au Yémen⁶.

47. En 2015, un certain nombre d'organisations de la société civile ont tenu le « Dialogue des citoyens du monde » (Global Citizens' Dialogue) à Genève, lors de l'Assemblée mondiale de la santé. L'un des principaux objectifs du mouvement des audiences citoyennes est de renforcer les boucles de retour d'information entre les processus mondiaux et les processus de prise de décisions locales et nationales.

48. Il est essentiel d'associer les enfants à ces formes de responsabilisation sociale pour porter leurs vues à l'attention des principales parties prenantes, notamment des représentants des communautés, de la société civile et du Gouvernement ainsi que des journalistes et d'éclairer l'élaboration des politiques et les priorités de mise en œuvre aux niveaux local, national et international⁷.

⁶ Voir http://static1.squarespace.com/static/54d0f2c0e4b081a66404a5fb/t/560273e3e4b03fc4a33c4c80/1443001714114/FULL_REPORT_WEB.pdf.

⁷ Ibid.

V. Synergies avec d'autres initiatives

49. Un certain nombre d'initiatives majeures lancées à l'échelle mondiale ont pour but de sauver et d'améliorer la vie des femmes et des enfants. Le mouvement mondial « Toutes les femmes, tous les enfants » mobilise différents acteurs pour qu'ils redoublent d'efforts aux niveaux international et national afin de remédier aux principaux problèmes de santé que rencontrent les femmes, les enfants et les adolescents dans le monde. Lors de sa création, ce mouvement a entraîné la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (2010-2015). En septembre 2015, s'appuyant sur le succès rencontré par cette stratégie, le Secrétaire général a procédé à une actualisation et lancé la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), entièrement alignée sur les Objectifs de développement durable. Une des principales priorités stratégiques de la Stratégie mondiale est la mise en place d'un cadre de responsabilisation actualisé visant à assurer la bonne réalisation des Objectifs de développement durable. À cette fin, le Groupe indépendant sur la responsabilisation, créé en 2015, effectuera une évaluation indépendante des progrès réalisés et des difficultés rencontrées, en vue de renforcer l'action des pays et de la communauté internationale de la santé.

50. D'autres initiatives importantes menées au niveau mondial sont également essentielles pour sauver et améliorer la vie des enfants et protéger leur droit à la santé. Par exemple, l'adoption du Plan d'action « Chaque nouveau-né » lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2014 a été cruciale pour attirer l'attention sur les interventions en matière de santé sur le nouveau-né et redynamiser la volonté d'action en la matière. L'Initiative mondiale pour l'allaitement au sein lancée par l'UNICEF, l'OMS et d'autres partenaires vise à accroître l'engagement politique et les investissements en faveur de l'allaitement au sein en tant qu'élément fondamental pour la nutrition, la santé et le développement de l'enfant.

51. En 2012, le plan d'application exhaustif sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant a appelé au renforcement des mesures législatives, réglementaires et/ou autres pour contrôler la commercialisation des substituts du lait maternel. Au cours de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition, en 2014, les ministres et les représentants des pays sont convenus que les gouvernements devaient protéger les consommateurs, en particulier les femmes enceintes, les mères et les enfants, contre la commercialisation et la promotion des aliments et ont appelé à la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé sur la question. En 2014, l'OMS, en étroite collaboration avec l'UNICEF, a créé le Réseau mondial de surveillance et de promotion de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé (NetCode). NetCode aide les pays et la société civile à renforcer leur capacité à mettre en œuvre le Code et toutes les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé, et à faire en sorte d'appliquer effectivement la législation et la réglementation nationales relatives au Code et d'en surveiller la mise en œuvre. Les principales organisations non gouvernementales, y compris le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile, Helen Keller International et Save the Children, ainsi que les centres universitaires et certains pays sélectionnés ont adhéré à ce réseau.

52. Les efforts se poursuivent pour que les directives techniques et les principes des droits de l'homme soient pris en compte dans les différentes initiatives en cours.

VI. Questions prioritaires

A. Projections en matière de mortalité

53. La plupart des pays en développement éprouvent des difficultés à établir une estimation de la mortalité infantile. Environ 60 pays dans le monde seulement disposent de systèmes complets et pleinement opérationnels d'enregistrement des actes d'état civil pouvant servir de source unique pour produire des estimations fiables de la mortalité. Dans les cas où les systèmes d'enregistrement des actes d'état civil fonctionnent mal, des exercices de modélisation sont habituellement nécessaires pour obtenir des estimations fiables de la mortalité infantile. Les difficultés sont encore plus grandes dans les situations de conflit et de crise humanitaire.

54. Le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile a relevé des écarts importants dans la manière dont les pays européens définissent la mortalité infantile, en raison de différences dans les méthodes d'enregistrement des naissances et des décès, et plus précisément des « différences de seuils pour le poids acceptable ou la période de gestation devant être enregistrée comme naissance et décès ultérieur »⁸. C'est le cas de certains pays d'Europe orientale⁹. Le Comité des droits de l'enfant (CRC/C/OPSC/UZB/CO/1) a soulevé cette question dans ses observations finales sur l'Ouzbékistan et a indiqué que la définition d'une naissance vivante par l'État partie n'était pas conforme à la définition donnée par l'Organisation mondiale de la Santé et internationalement reconnue, ce qui empêchait d'évaluer objectivement les taux réels de mortalité infantile et néonatale et de mettre efficacement en œuvre des mesures visant à résoudre ce problème (CRC/C/UZB/CO/3-4).

55. Les projections de l'OMS basées sur différents scénarios prévoient que, entre 2016 et 2030, 94,4 millions d'enfants mourront avant l'âge de 5 ans si le taux de mortalité reste constant dans chaque pays, et 68,8 millions si chaque pays continue de réduire son taux de mortalité au rythme estimé entre 2000 et 2015. D'après les projections, ce chiffre pourrait descendre à 56 millions d'ici à 2030 si tous les pays atteignent les cibles associées aux objectifs de développement durable¹⁰.

56. La réduction du nombre de décès d'enfants sera particulièrement compliquée en Afrique subsaharienne. Si les tendances actuelles se maintiennent, 37 millions d'enfants de cette région mourront dans les quinze prochaines années¹¹. Des efforts considérables devront être déployés afin de fournir les services et mener les interventions nécessaires pour satisfaire la demande supplémentaire générée par l'augmentation du nombre de naissances vivantes et du nombre d'enfants dans la région. Les prévisions font état d'une probabilité de 95 % que le nombre d'enfants de moins de 5 ans augmente de 26 à 57 millions et passe de 157 millions en 2015 à 183 à 214 millions en 2030¹². Il est également urgent d'accélérer la réduction de la mortalité infantile en Asie du Sud. Deux des huit pays de la région, l'Afghanistan et le Pakistan, devront accélérer les progrès pour atteindre la cible associée aux Objectifs de développement durable. Un appui supplémentaire doit être fourni à ces pays pour garantir la réalisation du droit de l'enfant à la survie, sur la base de l'égalité avec les autres régions.

⁸ Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile « Rapport 2015 », p. 13.

⁹ Ibid., p. 14.

¹⁰ « Global, regional and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030 : a systematic analysis by the Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation » (OMS, 2015).

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

57. Afin de consigner correctement le nombre de décès d'enfants, il est nécessaire de mettre au point des systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et de recueillir en temps voulu des données ventilées exactes qui puissent éclairer la prise de décisions, la programmation et la planification. À cet égard, il est essentiel d'assurer le bon fonctionnement des systèmes d'enregistrement des actes d'état civil pour assurer l'application du principe de responsabilité dans la mise en œuvre du Programme de développement durable pour 2030, car ces systèmes permettent de surveiller de la manière la plus fiable possible les progrès réalisés vers plusieurs cibles associées aux objectifs de développement durable, y compris celles pour lesquelles il est nécessaire d'obtenir des données ventilées exactes sur les taux et les causes de mortalité.

B. Les nouveau-nés

58. Les enfants sont le plus vulnérables durant les vingt-huit premiers jours d'existence qui constituent la période néonatale. En dépit des progrès tangibles accomplis dans la réduction de la mortalité infantile, le nombre de décès de nouveau-nés baisse plus lentement que le nombre de décès survenant à d'autres périodes de l'enfance. Selon le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, si les tendances actuelles se poursuivent, la proportion de décès néonataux devrait augmenter et passer de 45 % des décès des moins de 5 ans en 2015 à 52 % en 2030¹³.

59. Certains pays ont accompli d'énormes progrès en matière de réduction du nombre de décès de nouveau-nés. Par exemple, entre 1990 et 2012, des réductions de plus de 80 % en Chine et de plus de 60 % au Cambodge ont été constatées, ce qui montre que des progrès sont possibles. Toutefois, si d'autres efforts ne sont pas déployés au niveau mondial pour lutter contre les décès de nouveau-nés, le recul de la mortalité infantile risque de stagner¹⁴.

60. Il est urgent de mettre l'accent sur les nouveau-nés, tant sous l'angle médical que sous l'angle des droits de l'homme. Si les mécanismes des droits de l'homme, notamment le Comité des droits de l'enfant, ont accordé une certaine attention aux nouveau-nés, ce qu'illustre notamment l'observation générale n° 7 (2005) de ce comité sur la mise en œuvre des droits de l'enfant dans la petite enfance, un débat ciblé au niveau international sur l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant à l'égard des nouveau-nés pourrait stimuler la volonté politique et garantir la réalisation de progrès. Cela est essentiel compte tenu de la vulnérabilité et du manque d'autonomie des nouveau-nés, ainsi que de leur entière dépendance à l'égard des personnes qui subviennent à leurs besoins. Un changement à tous les niveaux s'impose d'urgence pour que toute l'attention voulue soit accordée aux nouveau-nés et à leurs droits. L'application de la Convention relative aux droits de l'enfant à l'égard des nouveau-nés doit être davantage examinée, comprise et précisée, et un dialogue sur la question devrait être engagé dans les forums consacrés aux droits de l'homme et à la santé.

61. Un texte traitant de la question du nouveau-né, rédigé par un groupe d'obstétriciens, de néonatalogues et de pédiatres, est particulièrement édifiant¹⁵. Les auteurs y reconnaissent que nul n'a le droit de mettre en danger la santé ou l'intégrité physique d'un nouveau-né, quelles que soient sa race et son origine géographique ou culturelle et sans discrimination fondée sur le sexe, et que chaque nouveau-né a droit à une assistance appropriée pendant l'accouchement. Ce texte met l'accent sur le droit de tous les nouveau-nés de naître dans le lieu le plus adapté compte tenu des soins prévisibles dont ils ont besoin, surtout s'ils

¹³ Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, « Rapport 2015 », p. 7.

¹⁴ Save the Children, *Ending Newborn Deaths : Ensuring Every Baby Survives* (Mettre un terme aux décès de nouveau-nés : garantir la survie de tous les bébés) (Londres, 2014).

¹⁵ Voir www.uenps.com.

souffrent d'une maladie ou risquent d'en développer une, et sur le droit des nouveau-nés d'être avec leurs parents. La question complexe des nouveau-nés atteints de problèmes de santé y est également abordée.

62. Les complications liées à l'accouchement peuvent avoir des incidences notables sur les nouveau-nés et leur développement. Dans tous les pays, environ 10 % des nouveau-nés ont besoin d'une assistance pour commencer à respirer¹⁶. Si cette assistance n'est pas fournie, les nouveau-nés risquent de mourir d'asphyxie ou de garder des séquelles telles que des paralysies cérébrales et des retards de développement. Pourtant, de nombreux établissements de santé dans les pays en développement ne disposent pas de matériel de réanimation pour nouveau-nés. L'UNICEF a indiqué que la qualité des soins pour les nouveau-nés faisait gravement défaut et que l'accès à des soins postnatals était effroyablement limité dans les régions où le taux de mortalité néonatale était le plus élevé¹⁷. Cela reflète une fois de plus les inégalités criantes entre les enfants nés dans certaines régions et ceux nés dans d'autres, et les énormes disparités existant dans les pays où les communautés pauvres et marginalisées reçoivent des soins de moindre qualité.

63. La situation des prématurés et des nouveau-nés gravement malades ainsi que des enfants nés avec des déficiences graves et/ou un état de santé mettant leur vie en péril est particulièrement préoccupante. Si les données en la matière sont rares, une approche fondée sur les droits de l'homme doit néanmoins permettre de veiller à ce que les nouveau-nés aient accès à des soins de qualité qui répondent à leurs besoins, y compris à un soutien psychosocial pour leur famille et à l'ensemble des services médicaux.

64. Une formation sur les soins aux nouveau-nés est essentielle pour améliorer les chances de survie de l'enfant. Dans ce contexte, l'application des lois et politiques favorisant l'accès des nouveau-nés aux soins est un élément clef d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour ce qui est de prévenir la mortalité des nouveau-nés.

65. Dans le contexte de l'épidémie de virus Zika, la situation des enfants touchés mérite une attention particulière. Le Haut-Commissaire aux droits de l'homme a demandé que toutes les mesures de santé publique contre le virus Zika intègrent pleinement les aspects relatifs aux droits de l'homme, en réaffirmant qu'il importe de mettre l'accent sur le droit des femmes à la santé et sur les droits en matière de sexualité et de procréation, et en exhortant les États à se préparer à fournir une assistance et des soins adéquats aux enfants souffrant de handicaps liés au virus Zika. La couverture médiatique a véhiculé des images et parfois des descriptions péjoratives des enfants touchés par le virus Zika, présentés comme des curiosités, sans respect de leur dignité. De telles représentations peuvent renforcer et aggraver les préjugés et la discrimination à l'encontre des enfants handicapés. Des rapports montrent que les enfants atteints de microcéphalie risquent davantage d'être abandonnés par leurs parents, et suggèrent que le taux d'abandon des enfants pourrait augmenter rapidement au cours des prochaines années¹⁸. Il est essentiel que des ressources suffisantes soient allouées à la mise en œuvre de programmes visant à donner aux familles des enfants atteints de handicaps liés au virus Zika les moyens de les prendre en charge et à réduire les risques d'abandon.

¹⁶ Save the Children, *Ending Newborn Deaths* (Mettre un terme aux décès de nouveau-nés).

¹⁷ UNICEF, *Committing to Child Survival* (Engagement en faveur de la survie des enfants) p. 7.

¹⁸ Women Enabled International, « Talking Points : Zika, Microcephaly, Women's Rights, and Disability Rights ». Disponible à l'adresse suivante : www.igac.net/publications.html.

C. Qualité des soins

66. Tous les services et programmes relatifs à la santé des enfants doivent satisfaire aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité, qui sont des composantes essentielles du droit de l'enfant à la santé. Le critère de qualité suppose que le personnel médical soit qualifié et que les médicaments et le matériel hospitalier soient approuvés par les instances scientifiques et non périmés¹⁹. Lorsqu'il s'agit de la santé des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans, cela signifie que le personnel médical doit être formé en obstétrique, en soins aux nouveau-nés et en soins pédiatriques, et que les enfants doivent avoir accès à des médicaments pédiatriques et des équipements hospitaliers qui leur soient adaptés. Cela suppose également la mise en place d'une supervision d'appui, d'un suivi et d'une analyse des données visant l'amélioration de la qualité.

67. Le Comité des droits de l'enfant encourage les États à adopter des stratégies sanitaires qui tiennent compte des besoins particuliers des enfants aux différentes étapes de leur développement, comme l'initiative étendue Hôpitaux amis des bébés qui protège, favorise et soutient le maintien du nouveau-né dans la chambre de sa mère et l'allaitement au sein, et des politiques de santé tenant compte des besoins particuliers des enfants et mettant l'accent sur la formation du personnel de santé afin que celui-ci offre des services de qualité de nature à réduire autant que possible la douleur, la peur, l'anxiété et la souffrance des enfants et de leur famille²⁰.

68. Au cours des discussions concernant le Guide technique, il a été allégué que des femmes en période de travail seraient victimes de mauvais traitements qui prendraient la forme de gifles, de cris, d'insultes et de refus d'administrer des médicaments contre la douleur. De telles attitudes sont inacceptables et contribuent à dissuader les femmes de revenir dans les établissements de santé pour recevoir des soins au moment de la naissance ou pour faire soigner leurs enfants. La notion de qualité doit donc être redéfinie d'une manière qui donnerait une place centrale à la dignité et à la valeur des patients²¹. Les facteurs qui déshumanisent les soins de santé doivent être supprimés, y compris le manque de personnel et la détérioration des établissements de santé²². Il faut soutenir le personnel médical pour faire en sorte qu'il travaille dans des conditions appropriées afin de fournir des soins adaptés aux patients conformément aux principes des droits de l'homme. La formation et le perfectionnement du personnel médical en ce qui concerne les principes relatifs aux droits de l'homme et aux droits de l'enfant peuvent avoir des effets positifs à cet égard.

69. De nos jours, il est largement reconnu que les soins de santé doivent être organisés en accordant une place centrale aux besoins et aux attentes des patients, y compris des jeunes enfants. Dans le cas des enfants, cela nécessite de mettre en œuvre le droit de l'enfant d'exprimer ses opinions et d'être consulté sur toute question l'intéressant, et de le faire dès le plus jeune âge par des moyens adaptés aux capacités de l'enfant, à son intérêt supérieur et à son droit d'être protégé contre les expériences préjudiciables. Étant donné que tous les enfants ont des droits, même les tout-petits peuvent exprimer leur avis. Les travaux actuels de l'OMS dans ce domaine, y compris ses efforts en vue de concevoir et d'adopter une stratégie générale sur les services de santé intégrés et axés sur l'être

¹⁹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

²⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 15 (2013) sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.

²¹ Tarek Meguid, « (Re)Humanising Health Care-Placing Dignity and Agency of the Patient at the Center », *Nordic Journal of Human Rights*, vol. 34, n° 1 (2016).

²² Ibid.

humain et d'élaborer des cadres généraux pour la qualité des soins consacrés, respectivement, à la santé des mères et des nouveau-nés et à la santé de l'enfant, témoignent de cette prise de conscience croissante. Ces cadres abordent tant la question de la fourniture des soins que celle de l'expérience des soins, et exigent que les principes et les normes relatifs aux droits de l'homme et aux droits de l'enfant soient systématiquement pris en compte lorsqu'il s'agit d'orienter la manière dont les soins de santé sont organisés, dispensés, suivis et évalués. La participation et la responsabilisation en sont des composantes clefs.

D. Techniques inappropriées de commercialisation des substituts du lait maternel

70. L'un des principaux moyens de réduire la mortalité et la morbidité des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans est l'allaitement. D'après une étude publiée dans *The Lancet* en 2016²³, si l'allaitement maternel gagnait du terrain jusqu'à devenir quasi universel, plus de 820 000 vies d'enfants de moins de 5 ans pourraient être sauvées chaque année. En outre, l'amélioration des taux d'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons âgés de moins de 6 mois diminuerait sensiblement les coûts des traitements pour des maladies de l'enfant comme la pneumonie, la diarrhée et l'asthme.

71. Malgré ces effets bénéfiques, près de deux tiers des nourrissons de moins de 6 mois dans le monde ne sont pas nourris exclusivement au sein – un taux qui ne s'est pas amélioré depuis deux décennies. Moins d'un nourrisson sur cinq est nourri au sein pendant douze mois dans les pays à haut revenu et seulement deux enfants sur trois âgés de 6 mois à 2 ans reçoivent du lait maternel dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire²⁴.

72. Dans de nombreux pays, les techniques agressives de commercialisation des substituts du lait maternel restent un obstacle important à l'accroissement des taux d'allaitement. Les ventes mondiales de substituts du lait maternel représentent un total de 44,8 milliards de dollars, et devraient atteindre 70,6 milliards de dollars d'ici à 2019²⁵. Les techniques agressives et inappropriées de commercialisation de substituts du lait maternel et d'autres produits alimentaires qui font concurrence à l'allaitement au sein continuent de réduire l'efficacité des actions visant à améliorer les taux d'allaitement maternel. Ces pratiques de commercialisation ont souvent un effet négatif sur le choix des mères concernant l'allaitement maternel et sur leur capacité à allaiter leurs nourrissons de façon optimale. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions adoptées ultérieurement dans ce domaine par l'Assemblée mondiale de la santé constituent des outils incontournables de réglementation de la commercialisation et de réduction des techniques inappropriées. En outre, les Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme disposent que toutes les entreprises doivent mener leurs activités en respectant les droits de l'homme. En ce qui concerne les techniques de commercialisation des substituts du lait maternel, la responsabilité de respecter les droits de l'homme suppose une mise en œuvre effective de la diligence raisonnable dans le domaine des droits de l'homme pour repérer tout risque d'effets préjudiciables des substituts du lait maternel sur les droits de l'homme, y compris le droit de l'enfant à la santé, et l'adoption de toutes les mesures nécessaires pour prévenir et atténuer de tels risques.

²³ OMS, *Commercialisation des substituts du lait maternel : mise en œuvre du Code international à l'échelle nationale, Rapport de situation 2016*.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

73. Le rapport de 2016 sur la mise en œuvre du Code international à l'échelle nationale montre que trop peu de pays ont adopté une législation solide pour réduire et éliminer les techniques inappropriées de commercialisation des substituts du lait maternel et que seuls quelques-uns ont pris des mesures législatives et créé des mécanismes opérationnels de contrôle et de mise en œuvre.

74. Le rapport fait directement référence au Guide technique et à la recommandation faite aux pays de réglementer le comportement des acteurs privés tels que les sociétés pharmaceutiques, les fabricants de fournitures et de matériel, et les producteurs et vendeurs de substituts du lait maternel, en vue 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 que des voies de recours et des réparations soient ouvertes en cas de violation. Le Comité des droits de l'enfant a en outre indiqué que les pays devaient incorporer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans leur législation nationale, le mettre en œuvre et en surveiller l'application.

75. Depuis 2011, un certain nombre de pays ont adopté ou modifié des mesures législatives énergiques en vue d'incorporer toutes les dispositions du Code dans leur droit interne. Le Viet Nam et l'Arménie, respectivement en 2012 et 2014, sont parvenus à modifier leur réglementation de manière à garantir la pleine adhésion au Code.

76. En mai 2016, l'Assemblée mondiale de la santé a accueilli avec satisfaction les orientations et les recommandations de l'OMS tendant à mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants âgés de 6 mois à 3 ans. Dans les recommandations, il est indiqué que tous les produits laitiers spécifiquement commercialisés pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 36 mois sont de fait des substituts du lait maternel et doivent être réglementés conformément au Code international.

E. Répercussions des attaques contre des établissements de santé sur les enfants

77. Les attaques contre les hôpitaux et le personnel médical en temps de conflit compromettent le droit de l'enfant à la santé à différents égards. La destruction, en avril 2016, de l'hôpital Al-Qods d'Alep, soutenu par Médecins sans frontières, au cours de laquelle ont été tués des civils, des enfants et des membres du personnel médical, y compris l'un des derniers pédiatres exerçant encore dans la région, l'illustre clairement. Les attaques contre des hôpitaux limitent l'accès aux soins médicaux et peuvent réduire à néant les efforts faits de longue date pour freiner la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et lutter contre les maladies²⁶.

78. Les attaques contre les hôpitaux et le personnel médical représentent l'une des six graves violations des droits de l'enfant en temps de conflit armé. Dans sa résolution 1998 (2011), le Conseil de sécurité a mis l'accent sur les répercussions de ces attaques et a demandé au Secrétaire général de mentionner dans son rapport sur les enfants et les conflits armés les parties à un conflit armé qui commettent des violations de cette catégorie. Dans sa résolution 2286 (2016), le Conseil de sécurité a fermement condamné les attaques contre le personnel médical dans des situations de conflit armé, demandant de mettre fin à l'impunité des responsables. Les attaques contre des hôpitaux sont contraires aux normes bien établies du droit international humanitaire, y compris les règles coutumières, et peuvent constituer des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité.

²⁶ Voir www.un.org/press/en/2016/sc12347.doc.htm.

79. Les attaques contre les personnels de santé, en particulier ceux qui mènent des campagnes de vaccination, peuvent avoir des répercussions directes sur la mortalité infantile car la vaccination reste l'un des meilleurs moyens de garantir la survie des enfants. Comme l'a noté la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme dans son rapport sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (A/HRC/22/31 et Corr.1), il est crucial que les enfants puissent bénéficier du programme complet de vaccinations recommandées par l'OMS afin de prévenir les maladies infantiles, toujours plus nombreuses, ainsi que les maladies qui peuvent survenir plus tard dans la vie.

80. D'après la Mission d'assistance des Nations Unies en Afghanistan²⁷, 89 873 enfants n'ont pas pu être vaccinés pendant les Journées infranationales de vaccination en Afghanistan en décembre 2015. Au cours de ces dix dernières années, les Taliban ont publié plusieurs communiqués pour soutenir le programme d'éradication de la poliomyélite. Par exemple, le 13 mai 2013, ils ont manifesté leur soutien aux campagnes de vaccinations contre la poliomyélite en précisant toutefois que les campagnes devaient être menées par du personnel afghan et respecter les valeurs islamiques. Cependant, en 2015, la Mission d'assistance des Nations Unies en Afghanistan, l'OMS et l'UNICEF ont rapporté 22 incidents ayant eu des répercussions directes sur les campagnes de vaccination, dont les responsables seraient principalement des opposants au Gouvernement, y compris les Taliban. Les incidents rapportés faisaient notamment état d'assassinats, de mutilations et d'enlèvements de vaccinateurs, de menaces et d'actes d'intimidation à l'égard de ces derniers, ainsi que de destructions de trousse de vaccination. Des attaques contre des personnels administrant des vaccins contre la poliomyélite ont également été enregistrées au Pakistan et au Nigéria. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite attire l'attention sur le fait que des attaques persistantes contre les vaccinateurs constituent un obstacle considérable aux efforts déployés pour freiner les taux de transmission.

VII. Étapes suivantes

81. Bien que chaque décès d'un nouveau-né, d'un nourrisson ou d'un enfant de moins de 5 ans puisse être attribué à une cause médicale, les raisons sous-jacentes des décès d'enfants ne s'expliquent pas uniquement d'un point de vue médical. De nombreux facteurs augmentent le risque qu'un enfant meure, y compris la marginalisation, la pauvreté, la discrimination, les inégalités ainsi que le manque d'éducation et de connaissances en matière de santé des personnes qui s'en occupent. Les enfants meurent également lorsqu'on échoue à maintenir des systèmes de santé accessibles, disponibles, abordables, acceptables et de qualité, et à cause de la violence, des conflits et de l'insécurité.

82. La mortalité infantile ne sera éradiquée que lorsque l'on s'attaquera aux causes profondes des inégalités. D'où l'importance et la valeur ajoutée d'une approche fondée sur les droits de l'homme. Le Guide technique a considérablement contribué à ramener les perspectives axées sur les droits de l'homme au centre des débats sur la santé publique consacrés à la santé des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans. Cependant, la mise en œuvre de telles approches nécessite un engagement ferme et durable, de la détermination et des ressources suffisantes. Les réformes de la législation, des politiques et des programmes, les changements de comportement des détenteurs d'obligations et l'autonomisation des titulaires de droits sont des processus qui demandent du temps.

²⁷ Mission d'assistance des Nations Unies en Afghanistan, « Education and Health Care at Risk », avril 2016. Voir <http://unama.unmissions.org/un-chief-afghanistan-do-more-now-protect-civilians-unama-releases-civilian-casualty-data-first>.

83. Le dialogue avec différentes parties prenantes et le renforcement de leurs capacités dans le domaine de la prévention de la mortalité infantile ont été entrepris, mais il est nécessaire de les renforcer et de leur consacrer davantage de ressources. Cette action doit être poursuivie, en coopération avec les États Membres, en gardant à l'esprit que la réalisation du droit de l'enfant à la santé est une responsabilité partagée qui revient aussi bien aux pays développés qu'aux pays non développés. Les étapes suivantes comprennent le recensement des bonnes pratiques sur la mise en œuvre du Guide technique au cours de l'élaboration de lois et de politiques et lors de la prestation de soins de haute qualité aux enfants de moins de 5 ans, ainsi que la fourniture d'orientations opérationnelles aux différentes parties prenantes, des décideurs du secteur de la santé aux professionnels de la santé, à propos de l'importance des droits de l'homme et de leur application. Étant donné que les ressources du HCDH destinées aux droits de l'enfant sont sérieusement limitées, cela ne peut être entrepris qu'avec le plein soutien des États Membres.

84. Compte tenu du fait que près de 40 % des décès d'enfants de moins de 5 ans sont ceux de nourrissons, davantage d'attention doit être accordé à ce stade de l'enfance. Un dialogue d'experts sur la manière dont les instruments relatifs aux droits de l'homme, en particulier la Convention relative aux droits de l'enfant, s'appliquent aux nourrissons peut faire connaître cette question à grande échelle et contribuer à renforcer la volonté politique de réaliser les Objectifs de développement durable, tout particulièrement la cible 3.2 visant à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes tout au plus. Cela pourrait s'intégrer dans les travaux du Groupe indépendant chargé d'établir les responsabilités et dans le suivi et l'examen des Objectifs de développement durable lors du Forum politique de haut niveau pour le développement durable. Les débats d'experts sur ce sujet pourraient s'appuyer sur les travaux qui ont déjà été commencés par un groupe d'obstétriciens, de néonatalogistes et de pédiatres (voir par. 62 ci-dessus) et faire participer des mécanismes des droits de l'homme tels que le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, le Comité des droits de l'enfant, le Comité des droits des personnes handicapées et le Représentant spécial du Secrétaire général sur la violence à l'encontre des enfants. Les résultats des débats d'experts pourraient être présentés au Conseil des droits de l'homme dans le cadre du processus de suivi de la mise en œuvre du Guide technique.

85. L'investissement dans la survie des enfants reste la mesure la plus importante pour garantir un avenir à tous les enfants, quel que soit le pays dans lequel ils sont nés. Les États, la communauté internationale et les autres parties prenantes doivent faire tous les efforts nécessaires pour défendre le droit de l'enfant à la survie. Les États Membres doivent rendre compte de la mise en œuvre du Guide technique par l'intermédiaire des mécanismes internationaux relatifs aux droits de l'homme existants, ainsi que dans le cadre du dispositif de contrôle et de responsabilisation relevant des Objectifs de développement durable.