



# Assemblée générale

Distr. générale  
29 juin 2018  
Français  
Original : anglais

---

## Conseil des droits de l'homme

Trente-neuvième session

10-28 septembre 2018

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**

### **Résumé de la réunion d'experts consacrée aux expériences acquises dans l'application d'une approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans fondée sur les droits de l'homme**

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

#### *Résumé*

Le présent rapport, établi en application de la résolution 33/11 du Conseil des droits de l'homme, contient un résumé de la réunion d'experts qui s'est tenue les 27 et 28 juin 2017. La réunion avait pour objectif d'étudier les expériences en matière de prévention de la mortalité et de la morbidité des enfants de moins de 5 ans, en mettant l'accent sur les obstacles, les bonnes pratiques et les enseignements tirés et en examinant les difficultés particulières que présente la question des nouveau-nés. Elle était organisée par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, en partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé.



## Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction .....	3
II. Approche de la mortalité et des soins de santé de l'enfant fondée sur les droits de l'homme .....	3
A. Séance d'ouverture et résultats escomptés .....	3
B. Approche de la prévention de la mortalité des enfants fondée sur les droits de l'homme .....	5
C. Mesures juridiques et mesures de politique générale visant à promouvoir les soins de santé fondés sur les droits .....	6
D. Garantir un investissement maximal : contrôle des dépenses et responsabilité financière .....	7
III. Améliorer la qualité des soins par le suivi et la responsabilisation .....	8
A. Des soins de qualité fondés sur les droits de l'enfant .....	8
B. Suivi, évaluation et données visant à améliorer la responsabilisation et la qualité des soins .....	10
IV. Renforcement des mesures visant les enfants les plus exposés .....	12
A. La lutte contre la mortalité du nouveau-né et de l'enfant dans les situations de conflit et de crise humanitaire .....	12
B. Les déterminants sous-tendant la mortalité de l'enfant .....	13
V. Conclusions et recommandations .....	15

## I. Introduction

1. Dans sa résolution 33/11, le Conseil des droits de l'homme a prié le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'organiser, avant la trente-neuvième session du Conseil des droits de l'homme, en étroite collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un atelier d'experts chargé d'étudier les expériences en matière de prévention de la mortalité et de la morbidité des enfants de moins de 5 ans, qui mettrait l'accent en particulier sur la mise en œuvre du guide technique, y compris sur les obstacles, les bonnes pratiques et les enseignements tirés, et examinerait notamment les difficultés particulières que présente la question des nouveau-nés.

2. La réunion d'experts, qui s'est tenue les 27 et 28 juin 2017 à l'Office des Nations Unies à Genève, a rassemblé 36 intervenants de toutes les régions qui représentaient des organismes des Nations Unies, des gouvernements et des organisations de la société civile, ainsi que des décideurs et des professionnels du secteur de la santé. Un document de travail, établi pour orienter les débats de cette réunion, contenait des études de cas sur la manière dont l'approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité des enfants de moins de 5 ans fondée sur les droits de l'homme avait été envisagée à ce jour<sup>1</sup>.

3. La réunion d'experts s'appuyait sur un ensemble de travaux consacrés à la lutte contre la mortalité et la morbidité de l'enfant sous l'angle des droits de l'homme et menés en vertu de mandats confiés par le Conseil des droits de l'homme et l'Assemblée mondiale de la Santé. Dans sa résolution 22/32, le Conseil avait invité le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) et l'OMS, entre autres, à établir une étude sur la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans en tant que problème de droits de l'homme ; dans sa résolution 24/11, il avait demandé au HCDH et à l'OMS d'élaborer un guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme visant à réduire et à éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans (A/HRC/27/31), ainsi que d'établir un rapport initial sur la mise en œuvre de ce guide (A/HRC/33/23).

4. Ces travaux de fond s'inscrivent dans le prolongement des travaux menés par le Groupe d'experts chargé d'examiner la question de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant, de la création 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). L'adoption en 2014 par l'Assemblée mondiale de la Santé du plan d'action *Chaque Nouveau-né* a par ailleurs été essentielle pour attirer l'attention sur les besoins particuliers des nouveau-nés. En outre, le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits humains des femmes, des enfants et des adolescents, créé en mai 2016 par l'OMS et le HCDH dans le but de générer un soutien politique en faveur de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale, a présenté en mai 2017 un rapport sur ses conclusions et recommandations<sup>2</sup>.

## II. Approche de la mortalité et des soins de santé de l'enfant fondée sur les droits de l'homme

### A. Séance d'ouverture et résultats escomptés

5. À la séance d'ouverture, qui a porté sur les droits de l'homme dans l'avenir et les conséquences qui en découlaient pour la survie de l'enfant, la Haut-Commissaire adjointe des Nations Unies aux droits de l'homme a relevé les progrès considérables réalisés ces dernières décennies en matière de réduction de la mortalité de l'enfant ; le nombre total de décès d'enfants avait en effet fortement diminué, passant de 12,7 millions en 1990 à 5,9 millions en 2016.

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse : <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/ReportExpertMeetingExperiencesApplyingAHumanNov2017.pdf>.

<sup>2</sup> OMS et HCDH, « Réaliser les droits de l'homme à la santé et par la santé », 2017.

Ce progrès global résultait de facteurs aussi nombreux que différents, tels que l'amélioration des services de santé et de la technologie, le progrès de la vaccination et du traitement des maladies infantiles ainsi que l'élaboration de normes et le respect des droits de l'homme. Les droits de l'homme étaient intrinsèquement liés à la réalisation du droit à la santé, ainsi que des droits à l'éducation, à l'information, à l'eau et à l'assainissement et du droit de ne pas faire l'objet d'actes de violence et de discrimination. La Haut-Commissaire adjointe a souligné que la volonté et l'engagement politiques ainsi que la responsabilisation jouaient un rôle déterminant dans la réalisation du droit à la santé. Elle a aussi mentionné l'importance des services de santé adaptés aux enfants et l'intégration des droits de l'enfant dans les normes des soins pédiatriques. Elle a salué la contribution considérable apportée par le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits humains des femmes, des enfants et des adolescents et a noté que les mariages d'enfants entravaient la protection de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation et que les actes de violence et l'exploitation avaient une incidence sur le droit à la santé. Dans le domaine des droits de l'homme, une attention excessive avait été accordée à l'offre, or il fallait être davantage à l'écoute des personnes placées du côté de la demande, qui faisaient entendre leurs voix en exerçant leurs droits à la liberté d'expression, de réunion et d'association. La Haut-Commissaire adjointe s'est dite profondément préoccupée par le nombre croissant d'attaques dont faisaient l'objet les travailleurs sanitaires dans les situations de conflit et a prôné l'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour surmonter l'état d'impuissance.

6. Le Directeur du Département de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS a souligné que les professionnels de la santé mettaient peu en œuvre les droits de l'enfant malgré les éléments concrets permettant d'affirmer que cette mise en œuvre améliorerait les résultats en matière de santé. Il a insisté sur l'importance d'une approche fondée sur les droits de l'homme s'appuyant sur l'égalité et la participation et a souligné l'incidence favorable qu'avaient le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Il a rappelé qu'il fallait absolument interpréter certaines pratiques médicales sous l'angle des droits de l'homme, comme l'accès insuffisant aux césariennes ou le recours excessif à cette intervention, la malnutrition liée aux politiques commerciales, la commercialisation des substituts du lait maternel et les politiques commerciales qui avaient une incidence sur les résultats en matière de santé. Il a mis en évidence les grandes tendances et les facteurs qui influençaient sur la mortalité de l'enfant tels que les changements climatiques, le manque de poids politique, les répercussions du modèle économique mondial et le fait que l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à l'assainissement n'avait pas été réalisé. La rigueur scientifique, le rôle joué par les dirigeants nationaux et la décentralisation de la prise de décisions, la responsabilisation sociale et l'éducation sanitaire étaient autant d'éléments indispensables au progrès.

7. Au cours de la discussion qui a suivi, les participants ont souligné que les objectifs de développement durable offraient la possibilité de faire progresser les droits et qu'une direction éclairée pouvait jouer un rôle essentiel lorsque les ressources étaient limitées. En ce qui concernait le développement des capacités des titulaires de droits de faire valoir leurs droits, le Groupe de travail de haut niveau sur la santé et les droits humains des femmes, des enfants et des adolescents devait être soutenu, par exemple par l'intermédiaire des conseils populaires au niveau infranational, étant donné que les changements sur le terrain devaient être amorcés au niveau local et par les jeunes. Certains participants ont demandé si les paramètres de la mortalité de l'enfant pouvaient être modifiés pour prendre en compte les enfants de plus de 5 ans et ont souligné les difficultés posées par les inégalités, comme en témoignait la baisse relativement faible de la mortalité des enfants les plus marginalisés, notamment chez les nouveau-nés. Cette question était étroitement liée à la lutte contre l'inégalité entre les sexes, qui passait par l'autonomisation des filles et des femmes à tous les niveaux. Les véritables changements devaient venir des citoyens, ainsi que des mesures de responsabilisation des dirigeants, et il fallait tenir compte de facteurs plus généraux tels que le rôle des pères, les mères adolescentes, l'allaitement maternel, le problème de la malnutrition liée aux politiques commerciales et l'indifférence relative des professionnels de la santé à l'égard des droits de l'homme. Les approches juridiques, notamment celles qui étaient axées sur la lutte

contre la commercialisation des substituts de lait maternel, pouvaient être appuyées par des programmes visant à changer les comportements, comme cela avait été fait pour l'application des lois anti-tabac.

8. Le Chef de la Section du droit au développement du HCDH a dit que le principal objectif de la réunion était de comprendre, à partir d'exemples concrets, la manière dont une approche fondée sur les droits de l'homme contribuait à prévenir la mortalité et la morbidité des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans afin que les professionnels de la santé et les décideurs recourent davantage à une telle approche. La réunion était l'occasion pour les experts d'examiner les difficultés qui se posaient, les bonnes pratiques en vigueur et les enseignements que l'on pouvait en tirer, et d'étudier comment et dans quelle mesure la mise en œuvre du guide technique pouvait contribuer à réduire la mortalité de l'enfant.

## **B. Approche de la prévention de la mortalité des enfants fondée sur les droits de l'homme**

9. La Conseillère aux droits de l'enfant du HCDH a fait référence au cadre international de la protection des droits de l'enfant et aux éléments fondamentaux d'une approche fondée sur les droits de l'homme, à savoir la participation, la responsabilisation, la non-discrimination et l'égalité. Le droit à la santé était un droit universel, consacré à l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et à l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant. La conseillère a évoqué les différents éléments constitutifs du droit à la santé que sont la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, le caractère abordable et la qualité des services de santé, et a souligné qu'il importait de garantir l'accès à des voies de recours pour soutenir les revendications du droit à la santé. En vertu de l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, les États devaient prendre des mesures non seulement pour réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants, mais aussi pour abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants, parmi lesquelles figuraient les mariages d'enfants et les mutilations génitales féminines. Conformément au droit international des droits de l'homme, les États étaient tenus de consacrer le maximum de ressources disponibles à la réalisation du droit à la santé. Il fallait poursuivre l'idée de la réalisation des droits de l'homme à la santé et par la santé. La conseillère a souligné les principaux défis qui avaient des conséquences sur la mortalité des enfants et qui concernaient l'enregistrement des naissances, les enfants migrants et la priorité à accorder impérativement aux droits des nouveau-nés.

10. Laura Ferguson, du Program on Global Health and Human Rights de l'Institute for Global Health (University of Southern California), a présenté un aperçu des études de cas retenues dans sa recherche, notamment de celles qu'elle avait communiquées aux experts avant la réunion, ainsi que les leçons qui en étaient tirées. Elle s'est penchée sur la relation entre les obligations juridiques relatives aux droits de l'homme et l'importance des éléments de preuve en pédiatrie. Lorsqu'elle a exposé les conclusions découlant des études de cas, elle a souligné l'importance capitale de la responsabilisation, des données et du suivi et dit qu'une approche fondée sur les droits de l'homme pouvait être appliquée à la mortalité et à la morbidité des enfants de diverses manières et amener des résultats très encourageants. Une approche fondée sur les droits de l'enfant, au-delà de l'impératif juridique qu'elle constituait, était extrêmement prometteuse et pouvait contribuer à l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé. Davantage d'éléments concrets pour en faire la preuve pouvaient accroître l'attention accordée aux approches fondées sur les droits et contribuer à la réalisation des droits de l'enfant et à l'amélioration de leur santé.

11. Selon certains participants, les travailleurs sanitaires pouvaient être des défenseurs de droits et devaient être protégés et aidés au moyen de la formation et de l'éducation, ce qui leur permettrait de revendiquer leurs propres droits et de fournir des soins de qualité. Il fallait aussi s'intéresser aux normes sociales et aux facteurs déterminants de la santé ; une approche globale du cycle de la vie devait être appliquée, en accordant l'attention voulue au rôle des femmes et aux actes de violence dont elles étaient victimes, qui avaient une incidence considérable sur les taux de survie de l'enfant. Lorsqu'ils ont étudié la manière dont les droits pouvaient être réalisés par la santé, les participants ont dit qu'il fallait

examiner les inégalités sanitaires et que les droits pouvaient être réalisés par la santé de diverses manières en fonction du contexte, par exemple dans les situations transfrontières et migratoires. Ils ont montré de quelle manière la dynamique du pouvoir contribuait aux résultats en matière de santé et ont remis en question les applications des droits de l'homme qui reposaient uniquement sur le droit, notant que dans le cas de l'Afrique du Sud, c'était notamment l'engagement politique qui avait permis de gagner l'accès aux thérapies antirétrovirales et ainsi de réaliser les droits reconnus par la loi.

### **C. Mesures juridiques et mesures de politique générale visant à promouvoir les soins de santé fondés sur les droits**

12. Haroon Saloojee, de l'Université du Witwatersrand (Johannesburg), a fait une présentation sur un arrêt historique rendu en faveur des droits de l'enfant en Afrique du Sud. Il a dit que des arguments avaient été avancés contre la prescription de médicaments antirétroviraux qui permettaient de prévenir la transmission mère-enfant du VIH, l'un de ces arguments étant leur coût. Des mesures politiques avaient été prises au niveau local, suivies d'actions en justice visant à obliger les médecins à prescrire ces médicaments. À la suite d'une affaire dans laquelle il avait été jugé que le refus de fournir des médicaments antirétroviraux constituait une violation du droit aux soins de santé de base reconnu par la Constitution, la Cour suprême avait ordonné au Gouvernement de lancer un programme national de prévention de la transmission mère-enfant. Dans la décennie qui avait suivi, un demi-million de nourrissons avaient été sauvés et les taux de transmission avaient considérablement diminué. Cette affaire avait permis de démontrer que pour qu'un procès sur les droits de l'homme connaisse une issue favorable, il fallait que la primauté du droit soit respectée, que le gouvernement soit disposé à accorder la priorité aux droits constitutionnels et que la société civile soit active et prête à s'opposer au gouvernement.

13. Suzanne Aho, membre du Comité des droits de l'enfant et ex-Ministre de la santé du Togo, a parlé des mesures juridiques et des mesures de politique générale prises pour lutter contre la mortalité des nouveau-nés et des enfants au Togo. Malgré l'insuffisance des fonds alloués à la santé, cette question demeurait une priorité nationale. Dans le cadre des efforts déployés pour réduire la mortalité infantile et maternelle, l'un des problèmes persistant était les cliniques non officielles qui prétendaient traiter les mères et les nouveau-nés, mais qui ne suivaient pas les procédures médicales et ne disposaient pas des équipements adéquats. En outre, les professionnels de la santé ne savaient pas quels médicaments devaient être fournis gratuitement, et les programmes de sensibilisation du public avaient été inefficaces faute d'avoir suffisamment tenu compte des populations locales. Une loi relative aux mesures de prévention de la mortalité néonatale et maternelle avait certes été adoptée en 2012, mais son application avait été limitée en raison du manque d'accès aux soins et aux services de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés, du scepticisme de la population à l'égard des vaccins, du faible taux d'enregistrement des naissances et des difficultés liées à la réglementation des marchés des médicaments.

14. Helia Molina, de l'Université de Santiago, a dit que dans les années 1950, on avait commencé à prendre de plus en plus conscience du taux excessivement élevé de la mortalité infantile, et des mesures avaient été prises au niveau national pour le réduire. Bien que le revenu par habitant du Chili soit faible, les efforts ciblés qui avaient été déployés au niveau national avaient permis de réduire considérablement le taux de mortalité de l'enfant en 2014. Les dépenses publiques consacrées à la santé étaient toujours parmi les plus faibles (3,4 % du PIB contre 6,5 % en moyenne dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques), ce qui montrait qu'il n'y avait pas de corrélation directe entre le taux de mortalité de l'enfant et les dépenses, et que l'important était de mettre l'accent sur les soins de santé primaires et la planification ciblée et à long terme des politiques générales mises en œuvre au moyen d'approches globales. La réussite tenait aussi à une forte volonté politique et au renforcement des ressources humaines et des capacités.

15. David Sanders, de l'Université de Western Cape (Afrique du Sud), s'est penché sur les éléments concrets, les données d'expérience et les problèmes d'ordre réglementaire pour ce qui était de garantir l'accès des enfants aux soins de santé de base. En Afrique du Sud, le

taux de mortalité de l'enfant était, compte tenu du niveau de richesse et de développement du pays, plus élevé qu'il ne devrait être en raison d'un manque de dynamisme, d'une fragmentation des actions et de l'insuffisance des ressources. Eu égard au niveau de revenu du pays, la couverture vaccinale des nourrissons était aussi bien en deçà du taux auquel elle devrait être, à cause d'une pénurie de stocks de vaccins, de l'éloignement des cliniques et du fait que les mères étaient mal informées en la matière. Le rôle des travailleurs de santé communautaire suscitait toutefois un regain d'intérêt, et une prise en charge communautaire avait été mise en place pour traiter la pneumonie, cause majeure de mortalité de l'enfant. Tous les pays qui étaient parvenus à atteindre les cibles de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement relatif à la mortalité de l'enfant disposaient d'agents de santé de proximité ; l'Afrique du Sud, toutefois, ne comptait toujours qu'un seul travailleur de santé communautaire pour 250 ménages.

16. Marcus Stahlhofer, de l'OMS, a discuté des moyens permettant de s'opposer aux techniques inappropriées de commercialisation de substituts du lait maternel et d'autres produits alimentaires destinés aux nourrissons et aux enfants, notamment au moyen des cadres relatifs aux droits de l'homme. L'augmentation des taux d'allaitement dans le monde pouvait sauver la vie de 823 000 enfants de moins de 5 ans, permettre de réaliser des gains économiques de plus de 300 milliards de dollars par an grâce à une productivité accrue et entraîner une réduction de 6 % du risque de cancer du sein invasif. Toutefois, les femmes ne disposaient pas du soutien nécessaire pour commencer et continuer à allaiter, et les investissements dans ce domaine étaient loin d'être suffisants. Les ventes annuelles mondiales de substituts du lait maternel représentaient un total de 44,8 milliards de dollars, et devaient atteindre 70,6 milliards d'ici à 2019. Même si le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, adopté par l'OMS en 1981, était un instrument majeur pour protéger les mères et les nourrissons contre la commercialisation inappropriée de substituts du lait maternel, son application aux niveaux des pays restait limitée : seulement 35 États étaient dotés d'une législation complète relative au Code et 32 États avaient mis en place un système fonctionnel de suivi et d'exécution des lois. Les fabricants de substituts du lait maternel continuaient d'intervenir dans l'élaboration des lois comme des politiques générales, à quoi s'ajoutait le manque de volonté politique, de données et de coordination. En outre, l'élaboration, le suivi et l'exécution des lois étaient insuffisamment financés. De telles actions (et inactions) constituaient des violations des droits de la mère et de l'enfant. Les institutions internationales des droits de l'homme devaient faire partie de la solution.

17. Au cours de la discussion, les participants se sont penchés sur l'importance de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des services de santé. Ils ont noté que les actions en justice pouvaient servir de catalyseur à cet égard, mais que leur efficacité risquait d'être réduite par la corruption et le clientélisme. Ils ont examiné les raisons pour lesquelles la lutte contre la mortalité de l'enfant accusait un retard, qui était dû dans certains cas à la prise en charge tardive des grossesses, à un suivi postnatal inadéquat, au fait que les travailleurs sanitaires n'effectuaient pas assez de visites à domicile et au manque de données, notamment sur les décès survenus en dehors des établissements de santé. Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, négligés dans la plupart des pays, contribuaient aussi à la mortalité de l'enfant. Les participants sont convenus qu'il fallait redoubler d'efforts pour promouvoir l'allaitement maternel, notamment par des initiatives civiles visant à renforcer la culture de cette pratique. Ils ont proposé d'inscrire les contrevenants au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS sur une liste annuelle.

#### **D. Garantir un investissement maximal : contrôle des dépenses et responsabilité financière**

18. Bob Muchabaiwa, du Bureau du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en Éthiopie, a souligné que les investissements consacrés aux enfants étaient une question de droits, puisqu'il s'agissait d'un moyen de s'attaquer aux principaux obstacles s'opposant à la réalisation des droits de l'enfant. Il existait une corrélation positive entre l'augmentation des dépenses consacrées à la santé et la réduction des taux de mortalité

lorsque les politiques budgétaires favorisaient l'accès aux soins de santé ainsi que la disponibilité, le caractère abordable et la qualité des soins. À cet égard, il était indispensable d'utiliser des données et des statistiques ventilées pour établir les budgets afin que les principales considérations liées à l'âge et au sexe soient prises en compte. La corruption posait problème, car elle entraînait le gaspillage de grandes quantités de ressources allouées à la santé, tandis que les faibles niveaux de financement dans les situations d'urgence se traduisaient par des taux de mortalité et de morbidité plus élevés. Les budgets de la santé pourraient être optimisés en évitant les dépenses inutiles et en améliorant l'efficacité de la gestion des achats, la transparence et le suivi du budget ainsi que la responsabilisation sociale. L'accent devait davantage être mis sur la dimension d'économie politique, les liens entre les plans stratégiques et les budgets tenant compte des droits de l'enfant, une utilisation accrue des ressources nationales durables et l'investissement dans les services de santé communautaires.

19. Les participants ont estimé qu'un cadre juridique efficace en matière de santé devait être assorti de plans financiers correspondants. Alors que les politiques générales étaient aux normes dans la plupart des pays, d'importants déficits entravaient leur mise en œuvre. L'affectation de ressources suffisantes était un facteur clé dans l'application des lois et des politiques générales, et les enfants devaient pouvoir donner leur avis sur ces questions dans les instances appropriées. Des arbitrages étaient parfois opérés (non sans controverse) entre l'application d'un modèle purement économique et celle d'un modèle fondé sur les droits de l'homme ; il s'agissait pour les pouvoirs publics de trouver un compromis entre les deux. Les soins de santé privés dans les pays pauvres nuisaient à la qualité globale des systèmes de santé publique parce qu'ils servaient de refuge à ceux qui en avaient les moyens.

### **III. Améliorer la qualité des soins par le suivi et la responsabilisation**

#### **A. Des soins de qualité fondés sur les droits de l'enfant**

20. Andrew Clarke, qui fait partie du Lancashire Care NHS Foundation Trust (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) et de l'ONG Kidasha (Royaume-Uni et Népal), a fait une présentation sur l'élaboration d'outils et de méthodes visant à évaluer le respect des droits de l'enfant dans les structures de santé et à améliorer la qualité des soins. Il a expliqué que les droits de l'homme étaient souvent bafoués dans les structures de santé et a présenté les enseignements tirés de plusieurs projets, menés au Népal, qui se fondaient sur les normes figurant dans la Convention relative aux droits de l'enfant et incluait les droits de l'enfant dans la pratique de soins quotidiennes, notamment en apportant un soutien aux professionnels de santé et en fournissant un cadre à partir duquel suivre et améliorer la qualité des soins. Une plus grande attention était accordée aux droits de l'homme dans le cadre des soins de santé primaires au Népal et au Chili que dans la plupart des autres pays. À Santiago, le programme Hospital Amigable (« hôpital accueillant ») avait mis les droits de l'enfant au centre de la stratégie de l'hôpital. Cet exemple montrait que les responsables de santé publique et les professionnels de santé pouvaient être guidés par une approche fondée sur les droits de l'homme et ainsi améliorer l'expérience de soin et réduire la souffrance. Il était nécessaire de trouver des outils pratiques à intégrer dans la pratique médicale quotidienne, et les professionnels de santé devaient pouvoir concevoir, en se fondant sur les droits de l'homme, des moyens d'améliorer la qualité des soins par des activités de formation et de facilitation.

21. Ana Isabel Guerreiro, consultante indépendante, a fait part de son point de vue sur l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers au moyen de normes fondées sur les droits de l'homme. Elle a expliqué que la Convention relative aux droits de l'enfant pouvait servir de cadre fonctionnel à la conception et à la prestation de soins pour les enfants qui soient fondés sur les droits de l'homme, et a fait observer que l'égalité, la participation et la responsabilisation étaient à cet égard essentiels. Elle a souligné qu'il était aussi nécessaire de s'attacher à créer un environnement favorable au sens large ; par exemple, dans le cadre des programmes pilotes de l'OMS visant à mettre en place des outils concernant la qualité

des soins dans le système de santé en Géorgie, en République de Moldova et au Tadjikistan, il s'agissait plus généralement de favoriser la communication d'informations sur la mise en œuvre des droits en matière de santé et autres droits prévus par la Convention. Elle a donné des exemples de normes pouvant servir à évaluer et améliorer le respect des droits de l'enfant, par exemple en définissant la meilleure qualité de soins pouvant être dispensée à tous les enfants, ou en élaborant des plans pour garantir l'égalité et la non-discrimination. Il était essentiel d'intégrer les droits de l'enfant et les normes relatives à la qualité des soins dans les cursus universitaires de premier et de deuxième cycles.

22. Raul Mercer, du programme de sciences sociales et sciences de la santé de la Faculté latino-américaine de sciences sociales de Buenos Aires, a fait une présentation sur le renforcement des capacités et la formation des professionnels de santé dans le domaine des droits de l'enfant. Il a souligné que seuls 10 % des principaux déterminants de la santé étaient de nature médicale, et que les 90 % restants relevaient de facteurs sociaux et environnementaux. Afin de permettre des changements, les données scientifiques devraient être intégrées dans une approche fondée sur les droits. Il conviendrait d'établir un ensemble de droits tout au long de la vie, passant notamment par la promotion des droits de l'homme, la prévention des violations et le rétablissement des droits. En ce qui concernait la formation des professionnels de santé, les données épidémiologiques pourraient servir de base à une politique nationale fondée sur les droits. Il conviendrait de s'attaquer aux obstacles présents dans les systèmes de santé et au niveau des interventions, notamment aux préjugés, aux discriminations, aux omissions, à l'homophobie et au racisme.

23. Armida Fernandez, de la Society for Nutrition, Education and Health Action (SNEHA), à Mumbai (Inde), a présenté des moyens de remédier à la mauvaise qualité des soins dans les zones à faibles revenus, par exemple en garantissant la durabilité. Ses travaux se concentraient sur les femmes et les enfants, les deux groupes les plus vulnérables parmi les habitants des bidonvilles. Il était essentiel, pour prévenir les violences à l'égard des femmes, d'utiliser une approche portant sur tout le cycle de vie. Près de la moitié des 16 millions d'habitants de Mumbai vivaient dans des bidonvilles, où de nombreuses femmes accouchaient chez elles. Gagner la confiance des communautés et changer les comportements en matière d'accès aux soins tout en tenant compte des différentes cultures et traditions avait constitué un véritable défi. Afin d'amorcer des changements de comportement, le SNEHA avait mis en œuvre un programme de renforcement des capacités et un programme de suivi des agents de santé de proximité. Le système de soins indien comprenait des établissements publics et privés, et les partenariats, notamment avec des entreprises privées, des institutions publiques et l'ensemble de la communauté universitaire, avaient joué un grand rôle. Une démarche positive, consistant à partager les points forts des approches efficaces qui ressortaient des ateliers tenus avec les administrateurs, les médecins, les infirmiers et les autres personnes concernées, avait été retenue. L'accès aux soins des plus pauvres avait été amélioré avec l'installation d'unités de néonatalogie dans les dispensaires locaux, où avait été mis au point un système d'orientation vers des maternités et des hôpitaux voisins. L'amélioration de la qualité des soins requérait des partenariats, de la persévérance et une approche participative.

24. Tarek Meguid, de l'hôpital Mnazi Mmoja et de l'Université d'État de Zanzibar, a présenté son point de vue sur la possibilité de proposer des soins de haute qualité aux mères et aux enfants dans les hôpitaux de Zanzibar. Il a décrit un projet visant à évaluer à quel point les hôpitaux locaux étaient prêts à intégrer une approche de la qualité des soins fondée sur les droits de l'homme, à partir des normes de l'OMS. Dans le plus grand hôpital de Zanzibar, où 13 000 enfants naissaient chaque année, tant l'infrastructure que les services étaient limités en raison de problèmes d'approvisionnement et d'effectifs, et les soins étaient de piètre qualité. Les professionnels de santé n'avaient pas d'information sur les droits. Il était donc nécessaire de les former et de renforcer leurs capacités pour mettre en place des standards de qualité en matière de soins. Les hommes devraient jouer un plus grand rôle pendant et après l'accouchement, mais cela ne leur était pas permis. Les patients méritaient d'être traités avec dignité et pouvaient jouer un rôle essentiel si on leur donnait la possibilité d'exprimer leurs besoins. Tarek Meguid a souligné qu'il était important d'agir sur les déterminants pour renforcer le système de soins, et sur le contexte politique pour parvenir à une situation juste.

25. Sanjay Atreya, de l'Asha Health Care programme (Child Welfare Scheme Nepal), a fait une présentation sur l'intégration des droits de l'enfant dans la conception et la prestation des soins de santé primaires dans l'ouest du Népal. Il a expliqué que les soins de santé primaires représentaient une opportunité essentielle pour l'intégration des droits de l'homme, et a souligné que les pauvres vivant en milieu urbain n'y avaient que peu accès, ce qui avait notamment pour conséquence des violations de droits et une utilisation limitée ou tardive de services hospitaliers inabordables. De nombreux prestataires privés ne faisaient l'objet d'aucune réglementation, et leurs services étaient tout aussi chers et de mauvaise qualité. Un réseau avait été créé afin d'améliorer les soins de santé primaires, de les rendre plus accessibles, d'élaborer des systèmes et des prestations de soins fondés sur les droits de l'homme, et de faire en sorte que les pauvres, les personnes exclues socialement et les castes désavantagées aient davantage recours à ces services. Des efforts avaient conduit à de grandes améliorations des comportements en matière de santé, ce que confirmaient les indicateurs de qualité. Le système se concentrait sur les valeurs, les changements de comportement, la formation, les protocoles et le suivi. Les approches retenues dans ce projet avaient été adoptées par les systèmes de santé municipaux en 2016.

26. Pendant les débats, les participants ont discuté de la manière dont on pouvait s'appuyer sur les droits en ce qui concerne : a) les cadres juridiques et les institutions sur lesquels repose la prestation de soins et dont les prescriptions permettent de traduire les droits de l'homme dans le système de santé ; et b) la responsabilisation au moyen de l'utilisation de points de repère qualitatifs représentant la perspective du patient. Ils ont souligné que la question de la discrimination méritait davantage d'attention, car les obstacles que celle-ci créait en matière d'accès aux soins représentaient un défi majeur et avaient des effets néfastes sur la santé. Ils ont réaffirmé qu'il convenait de se pencher non seulement sur les droits des patients mais aussi sur ceux des prestataires de services de santé, les conditions de travail des professionnels de santé relevant bien souvent de la violation des droits de l'homme. Les mécanismes de terrain étaient impératifs, et les changements devraient être accompagnés de protocoles correspondants. L'éducation et la formation jouaient un rôle essentiel, y compris la formation des professionnels de santé en matière de droit de la santé. Il était en outre nécessaire de prêter davantage attention aux soins et à l'éducation dispensés aux femmes, afin que les mères disposent de connaissances pertinentes propres à renforcer leur autonomie.

27. Si certains participants plaidaient pour un plus grand usage des essais contrôlés randomisés, d'autres ont fait valoir que de tels protocoles étaient coûteux et n'étaient peut-être pas appropriés à des recherches sur la question des droits de l'homme. Ils ont proposé d'allouer plutôt des fonds à d'autres types de recherche, telle que la recherche sur la mise en œuvre, notamment en vue de mieux mettre en œuvre des mesures existantes et d'élaborer des outils et des méthodes de mesure supplémentaires pour faire progresser les approches fondées sur les droits de l'homme dans le domaine de la mortalité infanto-juvénile. Le droit à la vie privée commence dès le début de la vie ; il a été prouvé que les chances de guérison des nouveau-nés étaient meilleures quand ce droit était respecté dans les unités de soins intensifs en néonatalogie.

## **B. Suivi, évaluation et données visant à améliorer la responsabilisation et la qualité des soins**

28. Dinesh Poudyal, du Namuna Integrated Development Council (Népal), a fait une présentation sur les droits de l'homme dans le cadre de la santé publique et les approches sociales visant à améliorer la santé des enfants et à promouvoir la responsabilisation. Il a expliqué que la discrimination sexiste et la discrimination sociale constituaient des obstacles à l'amélioration de la santé au Népal, ce qui était exacerbé par le manque de connaissances et d'informations, la pauvreté, la difficulté d'accéder aux soins et un manque de responsabilité au niveau local. Un projet d'une durée de trois ans concernant les castes défavorisées chez qui les taux de mortalité infanto-juvénile étaient les plus élevés avait permis d'améliorer la situation en augmentant le recours des groupes marginalisés aux services de soins en maternité, en néonatalogie et en pédiatrie, d'agir sur les normes sexistes et de promouvoir l'autonomisation des femmes enceintes. Des changements

positifs avaient été apportés au système de santé du district ; un système de responsabilisation avait été mis en place, et l'accent avait été placé sur une approche des soins de santé fondée sur les droits.

29. Prasanta Tripathy, d'Ekjut India, a fait une présentation sur le rôle du suivi dans le renforcement des stratégies de santé infantile de proximité. Son organisation menait des activités d'apprentissage participatif et de mobilisation locale, et organisait des ateliers de renforcement des capacités en vue d'améliorer la santé maternelle et infantile, conformément aux recommandations de l'OMS. Après 10 ou 12 réunions, les femmes se sentaient capables de revendiquer une aide auprès de la société et des autorités afin d'améliorer leur situation. Bien que les changements aient été difficiles à mettre en œuvre en raison du caractère hiérarchisé du travail dans le système de santé, les éléments rassemblés par le système de suivi avaient mis en évidence une importante baisse de la mortalité dès la deuxième année. Si on considérait ces données sous l'angle des inégalités, on observait que c'était auprès des plus pauvres que les groupes participatifs avaient le plus d'effets, car les travaux étaient menés dans les dialectes locaux et portaient sur les déterminants sociaux. Il en est ressorti que la mortalité néonatale ne pouvait être réduite que si les agents de santé de proximité pouvaient intervenir auprès des ménages ruraux les plus pauvres. Les effets de l'apprentissage participatif et des actions menées avaient été durables, même si les moyens particuliers mis en œuvre pour aboutir aux résultats avaient changé avec le temps.

30. Nand Wadhvani, du Mother and Child Health and Education Trust (Inde), a présenté un exposé sur les possibilités qu'offraient les nouvelles technologies pour améliorer l'accès aux connaissances en matière de santé. Il a fait observer que la plupart des décès d'enfants de moins de 5 ans étaient imputables à des causes que l'on pouvait prévenir et traiter facilement et que le manque de connaissances en matière de santé pouvait être fatal. Il était essentiel de faire en sorte que les mères aient des connaissances de base sur la santé ; les femmes enceintes ne recevaient actuellement que peu ou pas d'informations en la matière. Bien que les budgets consacrés à la santé soient insuffisants, l'avènement des smartphones et des technologies mobiles permettait d'apporter directement l'information à ceux qui en avaient le plus besoin, et ce, sans passer par des structures administratives complexes. Le projet du Mother and Child Health and Education Trust était de permettre à chaque femme d'accéder, dès la déclaration de sa grossesse, à une bibliothèque de vidéos présentant, dans sa langue, des informations sur l'importance de la grossesse et des deux premières années de vie de l'enfant. Cette bibliothèque pourrait être utilisée pour obtenir des informations pendant toute la grossesse et pour aider les mères à entrer en contact avec des professionnels de santé.

31. Laura Ferguson, du Program on Global Health and Human Rights de l'Institute for Global Health (University of Southern California), a fait une présentation sur l'utilisation de données de santé pédiatriques collectées systématiquement pour le suivi de la situation des droits de l'homme, et sur la manière d'assurer que la collecte des données concernant les droits de l'homme fasse l'objet d'une stratégie durable. Elle a présenté une approche fondée sur les droits de l'homme et a insisté sur la nécessité de s'appuyer sur des données, notamment des données ventilées, pour renforcer la mise en œuvre d'une telle approche dans les systèmes de santé. Elle a souligné qu'il était complexe d'évaluer la situation des droits de l'homme et donc nécessaire de disposer d'indicateurs intermédiaires qui aideraient à identifier la marche à suivre et les théories du changement adaptées. Elle a exposé les grandes lignes d'un cadre qui permettait d'évaluer l'éclairage que les indicateurs relatifs à la santé des enfants apportaient quant à la réalisation des droits de l'homme et a montré comment l'on pourrait utiliser les résultats d'un tel exercice pour orienter les actions de collecte de données aux niveaux national et infranational. Elle a souligné qu'il était nécessaire de veiller à ce que toutes les données soient pertinentes au niveau local afin de pouvoir être utilisées pour contribuer à une meilleure prestation de services en vue d'améliorer la santé des enfants et la réalisation des droits de l'enfant.

32. Les participants ont débattu du rôle central des progrès du suivi et de l'évaluation dans la lutte contre les discriminations et les inégalités, ainsi que du rôle des essais contrôlés randomisés et de leurs limites. Certains ont mis en avant l'importance du suivi au niveau local et des informations reflétant certains éléments, par exemple l'accessibilité et

l'acceptabilité, qui étaient absents des données habituellement fournies par les hôpitaux, lesquelles étaient faciles à recueillir mais donnaient peu d'informations sur les indicateurs des droits de l'homme. L'un des participants a fait remarquer que les données n'étaient habituellement pas ventilées et qu'il pouvait arriver qu'elles soient comptées deux fois ; c'est ce qui c'était passé avec les données concernant la couverture vaccinale en Afrique du Sud. Les données collectées systématiquement par sondage auprès des ménages ne permettaient pas non plus d'obtenir des informations de qualité sur les droits de l'homme, et il y avait des limites à ce que l'on pouvait collecter de cette façon. Les participants ont ajouté que des méthodes spécifiques de suivi et la collecte de données ventilées étaient nécessaires dans les structures de soins de santé, de même que des recherches qualitatives, en vue de refléter la dimension des droits de l'homme. Les structures de soins de santé primaires et secondaires devraient être regroupées, et un plus grand investissement devrait être réalisé dans les actions de santé au niveau local et leur évaluation. Dans ce contexte, il était essentiel d'encourager les hommes à combattre les stéréotypes sexistes et d'assurer correctement le suivi des femmes enceintes.

#### **IV. Renforcement des mesures visant les enfants les plus exposés**

##### **A. La lutte contre la mortalité du nouveau-né et de l'enfant dans les situations de conflit et de crise humanitaire**

33. Roberta Petrucci, de Médecins sans Frontières (Suisse), a présenté les effets des situations de conflit et d'urgence sur la santé des enfants. Elle a expliqué qu'un enfant sur six vivait dans un pays touché par un conflit, que plus d'un tiers des décès d'enfants avaient lieu dans des pays en situation de conflit ou d'urgence, et que 50 % des réfugiés, pris dans leur ensemble, étaient des enfants. Le risque de mortalité était nettement plus élevé parmi les enfants déplacés, et les enfants étaient touchés de manière disproportionnée par les attaques terroristes et activement recrutés dans des groupes armés. Des facteurs complexes dépassant le domaine médical avaient pour conséquence des taux élevés de mortalité infanto-juvénile dans les situations de conflit et de crise humanitaire, tels que l'absence d'accès à l'eau et à l'assainissement, l'exposition au paludisme et à d'autres maladies, le manque de nourriture et l'absence d'accès à des structures de soins. Ces situations n'appelaient donc pas uniquement une réponse médicale. Comme on l'avait récemment observé en République arabe syrienne et au Yémen, les structures de soins, les hôpitaux et les convois humanitaires étaient de plus en plus souvent visés, dans un but de déstabilisation, et les enfants souffraient des conséquences à long terme des traumatismes subis, notamment de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression, même après la fin du conflit.

34. Jérôme Pfaffmann, spécialiste de la santé de l'enfant à l'UNICEF, a fait une présentation sur les services de santé communautaires dans les situations d'urgence. Il a expliqué que les situations d'urgence, de conflit et de crise humanitaire comptaient parmi les plus grandes menaces qui pesaient sur la réalisation du droit de l'enfant à la santé. Dans chaque situation d'urgence, il était nécessaire d'avoir une compréhension détaillée des défis qui se posaient pour pouvoir y répondre de manière appropriée. Jérôme Pfaffmann a souligné l'importance de la présence de personnel de santé de proximité au sein des populations locales et de systèmes de soins de santé primaire intégrés. Il a renvoyé à des études de cas de l'UNICEF concernant la Guinée, le Libéria et le Soudan du Sud qui montraient comment des agents de santé communautaires avaient pu poursuivre leur travail alors que le fonctionnement du système de santé officiel avait été interrompu. Il fallait continuer à soutenir ces agents pour leur permettre de poursuivre efficacement leur action dans les situations de crise et d'urgence. Davantage d'investissements étaient nécessaires en ce qui concernait la prévision des crises et la préparation de réponses efficaces, notamment d'outils pour l'utilisation d'une approche fondée sur les droits de l'homme.

35. David Southall, de Maternal Child Health Advocacy International (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), a fait un exposé sur la protection des enfants contre les conséquences sanitaires des conflits armés. Il a expliqué que dans les contextes de crise, les questions de santé et de sécurité étaient intimement liées et devaient être traitées en

priorité. Toutefois, le droit international était ignoré dans les situations de conflit, et la situation au niveau mondial allait en empirant. Les attaques visant les structures de soins et les agents de santé étaient endémiques (comme, par exemple, en Somalie). Le Conseil de sécurité, dans sa résolution 2286 (2016), a exhorté les États à lutter contre ces attaques et à prendre des mesures pour que leurs auteurs aient à répondre de leurs actes. David Southall a relevé qu'en mai 2017, la coalition Protéger la santé dans les conflits (Safeguarding Health in Conflict Coalition) avait publié un rapport sur la situation actuelle qui montrait que ces attaques n'avaient pas lieu qu'en République arabe syrienne et au Yémen, mais se produisaient aussi en Afghanistan et ailleurs dans le monde. La prolifération des armes (y compris les armes produites par des États membres du Conseil de sécurité) était un facteur majeur de conflit. M. Southall a proposé la mise en place d'un système global et ciblé de protection de la santé financé et géré par l'ONU.

36. Nour Alnirabia, de la Syrian American Medical Society Foundation, à Alep, a fait part de son expérience dans la lutte contre la mortalité du nouveau-né et de l'enfant en République arabe syrienne. Elle a déclaré que les besoins des enfants dans les zones de conflit étaient majorés par les déplacements, les blessures et l'absence de soins de santé due à la destruction des centres médicaux et au manque de personnel qualifié et de locaux et d'équipements adaptés permettant de prendre en charge les populations. En République arabe syrienne, il y avait pour chaque médecin 6 000 enfants ayant besoin de soins. Alors que le risque de mortalité était particulièrement élevé pour les nouveau-nés, en particulier pour les prématurés, 300 enfants naissaient chaque jour dans des zones où les hôpitaux n'avaient pas les moyens nécessaires pour leur apporter des soins. Les patients n'avaient pas accès aux installations qui étaient bombardées et dont les enfants devaient être évacués pour des raisons de sécurité, alors qu'ils avaient besoin d'un traitement. Des attaques chimiques étaient commises dans des zones où les enfants ne pouvaient pas recevoir de soins, et une épidémie de poliomyélite s'était récemment déclenchée faute de couverture vaccinale dans les zones touchées par le conflit. Les enfants avaient besoin d'une aide qui pouvait être apportée par des structures éducatives, des orphelinats ou des lieux où récupérer du traumatisme psychologique et du stress causés par le conflit, ainsi que d'écoles sûres qui pourraient aider à façonner la prochaine génération.

37. Pendant les débats, les participants ont fait remarquer que les attaques visant des structures de soins faisaient partie des six violations graves commises envers les enfants en temps de conflit armé que le Conseil des droits de l'homme avait pour mandat de combattre. Il existait des règles minimales concernant les interventions humanitaires, mais il n'y avait pas de telles règles en ce qui concernait les enfants en situation d'urgence. Il convenait de se pencher sur la question de la priorité à accorder à la santé des enfants en situation d'urgence lors de la mise au point d'interventions humanitaires, ce dont pourrait être chargé un nouveau sous-groupe interinstitutions. Une meilleure compréhension du sujet était nécessaire pour pouvoir réagir en tenant compte des facteurs non-médicaux, notamment des déterminants sous-jacents comme la malnutrition. Les participants ont relevé que l'exposition des femmes enceintes aux situations de conflit avait pour conséquence un nombre important de fausses couches et d'accouchements avant terme et que les conflits d'intérêts entre les États faisaient obstacle à la mise en œuvre de solutions efficaces aux conflits.

## **B. Les déterminants sous-tendant la mortalité de l'enfant**

38. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Dainius Puras, a déclaré que, si des progrès remarquables avaient été faits au niveau mondial en ce qui concernait le droit à la survie, le droit à la santé globale et au développement était tout aussi important. Les adultes responsables et en bonne santé, notamment les parents, avaient un rôle essentiel à jouer pour sortir des cycles de violence et de désespoir. Le Rapporteur spécial a mis en avant les asymétries qui existaient dans les politiques de santé, qui adoptaient souvent des approches trop médicalisées, et a ajouté qu'il était essentiel, pour réaliser le droit à la santé, de prêter une plus grande attention aux déterminants sociaux sous-jacents. Il a souligné que les interventions dans d'autres domaines que le domaine biomédical, par exemple dans le

domaine psychosocial, étaient aussi très efficaces, et il a mentionné un rapport thématique consacré aux droits de l'homme des nourrissons et des nouveau-nés, qui étaient également des titulaires de droits méritant autant que les autres la dignité. La régression des droits des femmes dans le monde était très préoccupante. Le Rapporteur spécial a enfin mis l'accent sur le fait qu'il était important, pour atteindre les objectifs en matière de santé, de réaliser non seulement le droit à la santé mais aussi les autres droits.

39. Le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme à l'eau potable et à l'assainissement, Léo Heller, a présenté le rôle clé des déterminants sous-jacents dans la lutte contre la mortalité de l'enfant et le lien bien établi qui existe entre l'amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement et celle de la santé des enfants. Une amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement et des conditions d'hygiène pourrait réduire les cas de diarrhée de 25 %, et la mortalité de l'enfant de 65 %. Les initiatives visant à améliorer les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement en se fondant sur les droits de l'homme étaient celles dont les effets étaient les plus importants. Le fait de se laver les mains avec du savon pourrait réduire de 50 % le nombre de cas de diarrhée. Un accès régulier à l'eau potable prévenait les pratiques de stockage dangereuses, et la fourniture d'eau potable aux écoles et aux structures de soins était essentielle à la santé de l'enfant. Dans plusieurs pays, les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement en zone urbaine étaient trop chers, comme avait pu le constater le Rapporteur spécial, et il était donc indispensable de tenir compte de cet aspect pour atteindre les objectifs fixés.

40. Selon le Rapporteur spécial sur les incidences sur les droits de l'homme de la gestion et de l'élimination écologiquement rationnelles des produits et déchets dangereux, Baskut Tuncak, on assistait actuellement à une crise en matière de droits de l'homme en raison de l'exposition à des substances et à des déchets toxiques qui avait de graves effets sur le développement des enfants de moins de 5 ans et était responsable d'une forte mortalité dans cette tranche d'âge. Les pédiatres parlaient d'une « pandémie silencieuse » qui sévissait dès avant la naissance. Le diabète, les cancers, les retards de développement neurologique ou l'asthme qui touchaient les enfants témoignaient tous d'une exposition à des substances et des déchets dangereux. Dans son rapport à ce sujet (A/HRC/33/41), le Rapporteur spécial avait expliqué que les États avaient le devoir de prévenir l'exposition des enfants à ces produits, qui constituait une violation de différents droits à de multiples niveaux. Les effets d'une exposition très précoce pouvaient être irréversibles. Les décideurs politiques n'ayant pas identifié les facteurs de risque qui débouchaient sur d'importants taux de morbidité, aucune violation de droit n'avait été mise en évidence et aucune mesure n'avait donc été prise. Les plus pauvres souffraient de discrimination parce qu'ils étaient soumis à des taux d'exposition plus élevés, mais ils ne pouvaient pas faire valoir leurs droits. Les États devaient, au-delà de l'évaluation du risque, adopter une nouvelle perspective qui leur permettrait a) d'évaluer la menace représentée par les produits toxiques et de prévenir l'exposition à ces produits ; b) d'exiger que les entreprises fassent preuve de diligence raisonnable en matière de droits de l'homme ; c) de mettre en place un cadre conventionnel mondial efficace relatif aux substances et déchets dangereux.

41. Les débats se sont concentrés sur des questions transversales relatives aux déterminants sous-jacents, et notamment sur la façon dont l'accès à l'information pouvait modifier les comportements. Chacun, y compris les enfants, avait le droit d'être correctement informé grâce à des programmes d'éducation à la santé et d'information sur la santé. Les droits concernant l'accès à des ressources essentielles et à un environnement sain relevaient de l'égalité et de la non-discrimination ; les États devaient donc protéger efficacement les enfants à cet égard. Les participants se sont demandé comment faire apparaître la valeur des droits de l'homme au moyen de données, d'outils et d'arguments pertinents, et ont fait remarquer que l'observation générale n° 24 (2017) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur les obligations des États en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels dans le contexte des activités des entreprises pouvait être instructive quant aux obligations des États et aux responsabilités des entreprises privées.

## V. Conclusions et recommandations

42. C'est dans les communautés et les régions les plus marginalisées qu'on observe le plus grand nombre de décès d'enfants. Il est donc nécessaire, pour prévenir la mortalité de l'enfant, de s'attaquer efficacement aux inégalités en matière de santé et de surmonter les obstacles et les multiples formes de discrimination qui existent dans les systèmes de santé et les communautés. Les enfants courent davantage de risques dans certaines situations, telles que les migrations ou les situations de déplacement, et lorsqu'ils sont à des moments critiques de leur vie, en particulier quand ils viennent de naître. La mortalité de l'enfant connaît une forte hausse dans les situations de conflit et de crise humanitaire, et les déterminants sous-jacents (tels que l'exposition à des substances ou des déchets dangereux ou l'absence d'accès à l'eau potable et à l'assainissement) peuvent aussi la faire augmenter considérablement.

43. Il y a de plus en plus d'éléments prouvant que l'adoption d'une approche des soins de santé fondée sur les droits de l'homme, au-delà de l'obligation qu'elle représente pour les États en droit international, contribue à faire baisser les taux de mortalité de l'enfant. Les études de cas présentées au cours de la réunion ont montré qu'une telle approche pouvait guider les personnes chargées de la planification en matière de santé et les agents de santé dans leurs efforts d'amélioration de la qualité des soins. Les professionnels de santé ne sont toutefois que peu sensibilisés aux droits de l'homme et à leur mise en œuvre. Un corpus de preuves scientifiques plus important est nécessaire pour faire comprendre la valeur d'une approche de la prévention de la mortalité de l'enfant fondée sur les droits de l'homme. Il faut suivre l'évolution des résultats en matière de santé en s'appuyant sur des données ventilées, notamment sur des données qualitatives concernant les indicateurs des droits de l'homme tels que l'accessibilité et l'acceptabilité des soins. Il est essentiel d'adopter une approche fondée sur le cycle de vie qui associe et autonomise les femmes à chaque étape et fasse de la lutte contre les violences sexistes une priorité.

44. Il conviendrait de renforcer les liens entre les cadres juridiques et les politiques menées et d'investir davantage dans la santé des enfants. Les ressources existantes en matière de santé peuvent être utilisées d'une manière optimale si l'on s'attaque à la corruption et que l'on encourage la responsabilité sociale. La volonté politique, les mesures incitatives et les structures de pouvoir – notamment les intérêts commerciaux – étant des facteurs essentiels, les actions relevant du domaine juridique et du domaine politique devraient être menées en parallèle pour pouvoir aboutir à des transformations effectives.

45. Les mesures concrètes visant à garantir la responsabilisation et la participation permettent d'améliorer la qualité des soins. L'existence de points de référence concernant la qualité des soins dans les systèmes de santé, une plus grande participation des patients, en particulier des femmes, et la présence de mécanismes de réparation accessibles et efficaces renforcent la responsabilité des acteurs. Les outils d'amélioration de la qualité des soins en maternité, en néonatalogie et en pédiatrie récemment élaborés par l'OMS prennent en compte des principes et des normes concernant les droits des enfants ; leur mise en œuvre devrait permettre de mieux comprendre comment les droits de l'homme et les droits de l'enfant peuvent ouvrir la voie à des soins respectueux et dignes pour les enfants et les personnes qui prennent soin d'eux.

46. Toute attaque visant des structures de soins dans le cadre d'un conflit constitue une grave violation des droits de l'enfant et la multiplication de telles attaques porte atteinte au droit de l'enfant à la vie et à la santé. Un système de protection international des agents de santé et des structures de soins dans les situations de conflit et de crise humanitaire devrait être établi.

47. Des facteurs non médicaux peuvent avoir des effets majeurs sur l'augmentation des taux de mortalité de l'enfant ; il est donc essentiel d'agir sur les déterminants sous-jacents de la santé, notamment les normes sociales. Dans certains cas, cela suppose une remise en cause des pratiques du secteur privé, par exemple en ce qui

concerne la commercialisation des substituts au lait maternel, la privatisation de l'accès à l'eau potable et la gestion des substances dangereuses et des déchets toxiques. À cet égard, les États ont l'obligation de veiller à ce que les acteurs privés s'acquittent de leur responsabilité de protéger les droits de l'enfant.

48. Les États devraient envisager de créer, dans le cadre des Nations Unies, un groupe de travail interinstitutions en vue de donner suite aux principales recommandations formulées au cours de la réunion quant à l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour lutter contre la mortalité et la morbidité des nouveau-nés et des enfants âgés de moins de 5 ans.

---