



**Convention relative
aux droits de l'enfant**

Distr. générale
17 avril 2013
Français
Original: anglais

Comité des droits de l'enfant

**Observation générale n° 15 (2013) sur le droit
de l'enfant de jouir du meilleur état
de santé possible (art. 24)***

* Adoptée par le Comité à sa soixante-deuxième session (14 janvier-1^{er} février 2013).

Table des matières

| | <i>Paragraphes</i> | <i>Page</i> |
|--|--------------------|-------------|
| I. Introduction..... | 1–6 | 3 |
| II. Principes et hypothèses concernant la réalisation du droit de l'enfant à la santé | 7–22 | 4 |
| A. Indivisibilité et interdépendance des droits de l'enfant | 7 | 4 |
| B. Droit à la non-discrimination..... | 8–11 | 5 |
| C. L'intérêt supérieur de l'enfant | 12–15 | 5 |
| D. Droit à la vie, à la survie et au développement et déterminants de la santé des enfants | 16–18 | 6 |
| E. Droit de l'enfant d'être entendu..... | 19 | 7 |
| F. Développement des capacités et déroulement de la vie de l'enfant..... | 20–22 | 7 |
| III. Contenu normatif de l'article 24 | 23–70 | 8 |
| A. Article 24, paragraphe 1 | 23–31 | 8 |
| B. Article 24, paragraphe 2 | 21–70 | 10 |
| IV. Obligations et responsabilités | 71–85 | 18 |
| A. Obligations incombant aux États parties de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme | 71–74 | 18 |
| B. Responsabilité des acteurs non étatiques | 75–85 | 19 |
| V. Coopération internationale..... | 86–89 | 21 |
| VI. Cadre d'application et obligation de rendre des comptes..... | 90–120 | 21 |
| A. Faire connaître le droit de l'enfant à la santé (art. 42)..... | 93 | 22 |
| B. Mesures législatives..... | 94–95 | 22 |
| C. Gouvernance et coordination..... | 96–103 | 23 |
| D. Santé de l'enfant et investissements | 104–107 | 24 |
| E. Le cycle d'activités..... | 108–118 | 25 |
| F. Recours en cas de violation du droit à la santé..... | 119–120 | 27 |
| VII. Diffusion | 121 | 27 |

I. Introduction

1. La présente Observation générale répond à la nécessité de traiter la santé des enfants selon une perspective fondée sur les droits de l'enfant, en partant du principe que tous les enfants ont le droit de survivre, de grandir et de se développer, dans le contexte d'un bien-être physique, affectif et social, au maximum de leurs possibilités. Tout au long de la présente Observation générale, le terme «enfant» désigne une personne de moins de 18 ans, conformément à l'article premier de la Convention relative aux droits de l'enfant (ci-après dénommée «la Convention»). En dépit des progrès remarquables accomplis ces dernières années depuis l'adoption de la Convention, quant à l'exercice du droit de l'enfant à la santé, des problèmes importants subsistent. Le Comité des droits de l'enfant (ci-après dénommé «le Comité») estime que la plupart des cas de mortalité, de morbidité et de handicap parmi les enfants pourraient être évités avec la volonté politique nécessaire et l'allocation de ressources suffisantes pour appliquer les connaissances et techniques existantes en matière de prévention, de soins et d'assistance. La présente Observation générale a été établie dans le but de fournir des lignes directrices et un soutien aux États parties et autres responsables pour les aider à respecter et à protéger le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (ci-après appelé «droit de l'enfant à la santé») et à en garantir l'exercice.

2. Le Comité interprète le droit de l'enfant à la santé, tel que défini à l'article 24, comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les services appropriés de prévention, de promotion de la santé et de réadaptation et les services curatifs et palliatifs, assurés en temps voulu, mais aussi le droit pour l'enfant de grandir et de se développer au maximum de son potentiel et de vivre dans des conditions qui lui permettent de jouir du meilleur état de santé possible grâce à la mise en œuvre de programmes qui s'attaquent aux déterminants fondamentaux de la santé. Une approche globale de la santé place la réalisation du droit de l'enfant à la santé dans le cadre plus large des obligations internationales relatives aux droits de l'homme.

3. Le Comité destine la présente Observation générale à tout un ensemble d'acteurs qui travaillent dans le domaine des droits de l'enfant et de la santé publique, notamment les décideurs, les responsables de l'exécution des programmes et les militants, ainsi qu'aux parents et aux enfants eux-mêmes. Elle est volontairement générale pour pouvoir être pertinente pour les différents problèmes de santé des enfants, les divers systèmes de santé et les contextes des différents pays et régions. Elle se concentre essentiellement sur les paragraphes 1 et 2 de l'article 24 et porte également sur le paragraphe 4 de ce même article¹. L'application de l'article 24 doit tenir compte de tous les principes relatifs aux droits de l'homme, en particulier les principes directeurs de la Convention, et doit s'inspirer des normes de santé publique reposant sur des bases factuelles et des pratiques optimales.

4. Dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les États sont convenus de considérer la santé comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité². C'est sur cette conception positive de la santé que se fonde la présente Observation générale dans le domaine de la santé publique. L'article 24 mentionne expressément les soins de santé primaires. Cette approche, définie dans la Déclaration d'Alma-Ata³ et renforcée par

¹ Le paragraphe 3 de l'article 24 n'est pas traité ici car une Observation générale sur les pratiques préjudiciables étant en cours d'élaboration.

² Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), telle qu'adoptée par la Conférence internationale de la Santé à New York le 22 juillet 1946.

³ Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, 6-12 septembre 1978.

l'Assemblée mondiale de la Santé⁴, met l'accent sur la nécessité d'éliminer l'exclusion et de réduire les disparités sociales dans le domaine de la santé, d'organiser les services sanitaires autour des besoins et des attentes de la population, d'intégrer la santé dans des secteurs connexes, d'appliquer des modèles de dialogue et de collaboration et d'accroître la participation des parties prenantes, y compris la demande et l'usage approprié de services.

5. La santé des enfants dépend de divers facteurs, dont beaucoup ont évolué au cours des vingt dernières années et continueront sans doute d'évoluer. On citera notamment l'attention accordée aux nouveaux problèmes sanitaires et l'évolution des priorités dans le domaine de la santé, en lien avec le VIH/sida, les pandémies de grippe, les maladies non transmissibles, l'importance des soins de santé mentale, les soins néonataux et la mortalité des nouveau-nés et des adolescents, l'amélioration de la compréhension des facteurs de décès de maladie et de handicap chez les enfants, y compris les déterminants structurels, tels que la situation économique et financière mondiale, la pauvreté, le chômage, les migrations et les déplacements de population, la guerre et les troubles civils, la discrimination et la marginalisation. À ces facteurs viennent s'ajouter une meilleure compréhension des effets des changements climatiques et de l'urbanisation rapide sur la santé des enfants, le développement de nouvelles technologies, comme les vaccins et les médicaments, une base de connaissances plus solide, permettant des interventions biomédicales, comportementales et structurelles efficaces, ainsi que certaines pratiques culturelles concernant l'éducation des enfants et dont l'effet positif a été vérifié.

6. Les progrès des technologies de l'information et des communications ont créé de nouvelles possibilités et de nouveaux défis dans le domaine de la réalisation du droit de l'enfant à la santé. En dépit des ressources supplémentaires et des technologies qui sont disponibles aujourd'hui dans le secteur de la santé, de nombreux pays n'offrent toujours pas un accès universel aux services de santé de base pour les enfants, qu'il s'agisse de promotion, de prévention ou de traitement. La pleine réalisation du droit de l'enfant à la santé suppose l'intervention de tout un ensemble de responsables différents; le rôle central que jouent les parents et les autres personnes qui s'occupent de l'enfant devrait également être mieux reconnu. Il faut mobiliser les parties prenantes concernées, tant au niveau national que régional ou local, y compris les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, le secteur privé et les organisations de financement. Les États ont l'obligation de veiller à ce que tous les détenteurs de devoirs soient suffisamment sensibilisés et aient des connaissances et des capacités suffisantes pour s'acquitter de leurs obligations et de leurs responsabilités et à ce que les enfants aient les moyens de faire valoir leur droit à la santé.

II. Principes et hypothèses concernant la réalisation du droit de l'enfant à la santé

A. Indivisibilité et interdépendance des droits de l'enfant

7. La Convention reconnaît l'interdépendance et l'égale importance de tous les droits (civils, politiques, économiques, sociaux et culturels) qui permettent à tous les enfants de développer leurs aptitudes mentales et physiques, leur personnalité et leur talent dans toute la mesure possible. Non seulement le droit de l'enfant à la santé est important en soi mais la réalisation du droit à la santé est également indispensable à la jouissance de tous les autres droits garantis par la Convention. En outre, la réalisation du droit de l'enfant à la santé est subordonnée à la réalisation de tous les autres droits consacrés par la Convention.

⁴ Assemblée mondiale de la Santé, Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris, document A62/8.

B. Droit à la non-discrimination

8. Pour pleinement réaliser le droit à la santé pour tous les enfants, les États parties ont l'obligation de veiller à ce que la santé des enfants ne soit pas compromise par la discrimination, qui est un facteur important de vulnérabilité. L'article 2 de la Convention énumère un certain nombre de motifs pour lesquels la discrimination est interdite, notamment la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale, ethnique ou sociale, la situation de fortune, le handicap, la naissance ou toute autre situation de l'enfant, de ses parents ou de ses représentants légaux. Ces motifs englobent aussi l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'état de santé, notamment le statut à l'égard du VIH/sida et la santé mentale⁵. Il convient de prêter également attention aux autres formes de discrimination susceptibles d'avoir des incidences négatives sur la santé de l'enfant ainsi qu'aux conséquences des formes multiples de discrimination.

9. La discrimination fondée sur le sexe, particulièrement répandue, a des conséquences très diverses, allant de l'infanticide ou fœticide des filles aux pratiques discriminatoires en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, en passant par les stéréotypes liés au sexe et l'accès aux services. Il faudrait prêter attention aux besoins différents des filles et des garçons et aux conséquences des normes et valeurs sociales liées au sexe sur la santé et le développement des garçons et des filles. Il faudrait aussi prêter attention aux pratiques genrées préjudiciables et aux normes comportementales qui sont profondément enracinées dans les traditions et les coutumes et portent atteinte au droit des filles et des garçons à la santé.

10. Tous les programmes et politiques touchant à la santé des enfants devraient être fondés sur une conception élargie de l'égalité des sexes qui garantisse la pleine participation des jeunes femmes à la vie politique, leur autonomisation sur les plans social et économique, la reconnaissance de l'égalité des droits en ce qui concerne la santé sexuelle et procréative et l'égalité d'accès à l'information, à l'éducation, à la justice et à la sécurité, y compris l'élimination de toutes les formes de violence sexuelle et sexiste.

11. Les efforts déployés pour garantir l'exercice du droit de l'enfant à la santé devraient porter en particulier sur les enfants se trouvant dans des situations défavorisées et vivant dans des régions mal desservies. Les États devraient identifier les facteurs qui, aux niveaux national et régional, rendent les enfants vulnérables ou désavantagent certains groupes d'enfants. Ces facteurs devraient être pris en compte dans l'élaboration des lois, règlements, politiques, programmes et services relatifs à la santé de l'enfant et dans les activités visant à garantir l'équité.

C. L'intérêt supérieur de l'enfant

12. Le paragraphe 1 de l'article 3 de la Convention relative aux droits de l'enfant fait obligation aux institutions publiques et privées de protection sociale, aux tribunaux, aux autorités administratives et aux organes législatifs de veiller à ce que l'intérêt supérieur de l'enfant soit une considération primordiale dans toutes les décisions qui concernent les enfants. Ce principe doit être observé dans toutes les décisions concernant la santé des enfants en tant qu'individus ou en tant que groupe. L'intérêt supérieur de chaque enfant devrait être défini compte tenu de ses besoins physiques, affectifs, sociaux et éducatifs, de son âge, de son sexe, de ses relations avec ses parents et les personnes qui s'occupent de lui, et de son milieu familial et social et après avoir pris ses opinions en considération, conformément à l'article 12 de la Convention.

⁵ Observation générale n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant, *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-neuvième session, Supplément n° 41 (A/59/41)*, annexe X, par. 6.

13. Le Comité invite instamment les États à veiller à ce que l'intérêt supérieur de l'enfant soit une considération primordiale dans toutes les décisions qui concernent sa santé et son développement, y compris celles ayant trait à l'allocation de ressources ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures qui ont une incidence sur les déterminants fondamentaux de sa santé. Par exemple, le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant devrait:

- a) Guider le choix des traitements, si possible avant les considérations d'ordre économique;
- b) Aider à résoudre les conflits d'intérêts entre les parents et le personnel de santé;
- c) Orienter l'élaboration des politiques visant à réglementer les décisions ayant des répercussions négatives sur l'environnement physique et social dans lequel les enfants vivent, grandissent et se développent.

14. Le Comité souligne l'importance de l'intérêt supérieur de l'enfant en tant que fondement de toute décision relative à l'administration, la suspension ou l'interruption d'un traitement. Les États devraient mettre en place des procédures et des critères pour aider le personnel de santé à évaluer l'intérêt supérieur de l'enfant dans le domaine de la santé, qui viendront compléter d'autres mécanismes officiels contraignants existants, qui visent à déterminer l'intérêt supérieur de l'enfant. Dans son Observation générale n° 3⁶, le Comité a souligné que des mesures efficaces de lutte contre le VIH/sida ne pouvaient être adoptées que si les droits des enfants et des adolescents étaient pleinement respectés. L'intérêt supérieur de l'enfant devrait donc guider l'examen des différents stades de la lutte contre le VIH/sida: prévention, traitements, soins et soutien.

15. Dans son Observation générale n° 4, le Comité a souligné qu'il est de l'intérêt supérieur de l'enfant qu'il ait accès à une information appropriée sur les questions de santé⁷. Une attention particulière doit être accordée à certaines catégories d'enfants, notamment les enfants et les adolescents atteints d'un handicap psychosocial. Lorsque l'hospitalisation ou le placement dans une institution est envisagé, la décision doit être prise conformément au principe de l'intérêt supérieur de l'enfant, compte tenu du fait qu'il est dans l'intérêt supérieur de tous les enfants handicapés d'être soignés, dans la mesure du possible, au sein de la communauté, dans un cadre familial et, de préférence, dans leur propre famille, les aides nécessaires étant apportées à la famille et à l'enfant.

D. Droit à la vie, à la survie et au développement et déterminants de la santé des enfants

16. L'article 6 met en lumière l'obligation qu'ont les États parties d'assurer la survie et le développement de l'enfant, du point de vue physique, mental, moral, spirituel et social. Il convient d'identifier systématiquement les nombreux risques et facteurs de protection qui s'attachent à la vie, la survie, la croissance et le développement de l'enfant, pour concevoir et exécuter des interventions reposant sur des données factuelles et motivées par un vaste ensemble de déterminants tout au long de la vie.

⁶ Observation générale n° 3 (2003) sur le VIH/sida et les droits de l'enfant, *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-neuvième session, Supplément n° 41 (A/59/41)*, annexe IX.

⁷ Observation générale n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention, *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-neuvième session, Supplément n° 41 (A/59/41)*, annexe X, par. 10.

17. Le Comité reconnaît qu'un certain nombre de déterminants doivent être pris en compte pour garantir la réalisation du droit de l'enfant à la santé, notamment des facteurs personnels tels que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la situation socioéconomique et le domicile, des déterminants liés à l'environnement immédiat, à savoir la famille, les pairs, les enseignants et les fournisseurs de services, tels que la violence qui menace la vie et la survie des enfants, et des déterminants d'ordre structurel, notamment les politiques, les structures et systèmes administratifs, et les valeurs et normes sociales et culturelles⁸.

18. Font partie des principaux déterminants de la santé, de la nutrition et du développement de l'enfant la réalisation du droit de la mère à la santé⁹ et le rôle des parents et des autres personnes qui s'occupent de l'enfant. Un nombre important de décès de nourrissons se produisent durant la période néonatale et sont en rapport avec la mauvaise santé de la mère avant et pendant la grossesse ou pendant la période post-partum ainsi qu'avec des pratiques d'allaitement au sein loin d'être optimales. La santé et les comportements liés à la santé des parents et d'autres adultes importants dans l'entourage de l'enfant ont des répercussions majeures sur la santé de celui-ci.

E. Droit de l'enfant d'être entendu

19. L'article 12 souligne l'importance de la participation de l'enfant en consacrant son droit à exprimer son opinion et à ce que ses opinions soient dûment prises en compte eu égard à son âge et à son degré de maturité¹⁰. Cela inclut ses opinions sur tous les aspects relatifs à la fourniture des soins de santé, y compris, par exemple, le type de services nécessaires, la manière et le lieu les plus adaptés à la fourniture de ces services, les obstacles quant à l'accès ou à l'utilisation des services, la qualité des services et l'attitude des professionnels de santé, la manière dont les capacités des enfants peuvent être renforcées pour qu'ils prennent davantage de responsabilités concernant leur santé et leur développement et la manière de les associer plus efficacement à la fourniture des services, en tant qu'éducateurs-pairs. Les États sont encouragés à mener régulièrement des consultations participatives, adaptées à l'âge et au niveau de maturité des enfants, ainsi que des recherches avec eux, et de faire cela séparément avec les parents, afin d'apprendre quels sont leurs problèmes de santé, leurs besoins et leurs attentes en matière de développement, en vue de concevoir des actions et des programmes sanitaires efficaces.

F. Développement des capacités et déroulement de la vie de l'enfant

20. L'enfance est une période de croissance continue, de la naissance à la première enfance, à la période préscolaire, et à l'adolescence. Chaque phase est importante car elle se caractérise par des changements importants, en termes de développement physique, psychologique, affectif et social, d'attentes et de normes. Les étapes de l'évolution de l'enfant se cumulent et chacune a un impact sur les étapes suivantes et influe sur la santé, le potentiel, les risques et les chances. Il est essentiel de comprendre la manière dont se déroule la vie pour apprécier la manière dont les problèmes de santé dans l'enfance se répercutent sur la santé publique en général.

⁸ Voir l'Observation générale n° 13 (2011) sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-septième session, Supplément n° 41 (A/67/41)*, annexe V.

⁹ Voir la Recommandation générale n° 24 (1999) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur les femmes et la santé, *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-quatrième session, Supplément n° 38 (A/54/38/Rev.1)*, chap. I, sect. A.

¹⁰ Voir l'Observation générale n° 12 (2009) sur le droit de l'enfant d'être entendu, *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-cinquième session, Supplément n° 41 (A/65/41)*, annexe IV.

21. Le Comité a conscience que le développement des capacités de l'enfant a une incidence sur son aptitude à prendre de manière indépendante des décisions sur les questions de santé le concernant. Il note également qu'il y a souvent des différences entre les enfants en ce qui concerne l'aptitude à prendre une décision de manière autonome, les enfants particulièrement exposés à la discrimination étant souvent moins capables d'exercer cette autonomie. Il est donc essentiel que des politiques de soutien soient mises en place et que les enfants, les parents et le personnel de santé puissent s'appuyer sur des principes directeurs fondés sur les droits, qui portent sur le consentement, l'agrément et la confidentialité.

22. Pour comprendre l'évolution des capacités de l'enfant et l'évolution des priorités dans le domaine de la santé tout au long de la vie, et y répondre, il conviendrait de ventiler en fonction de l'âge, du sexe, du handicap, de la situation socioéconomique, des aspects socioculturels et du lieu géographique, les données et les informations recueillies et analysées, conformément aux normes internationales. Cela permet de planifier, d'élaborer, d'appliquer et de contrôler des politiques et des mesures qui prennent en considération l'évolution dans le temps des capacités et des besoins des enfants et contribuent à fournir des services sanitaires pertinents à tous les enfants.

III. Contenu normatif de l'article 24

A. Article 24, paragraphe 1

«Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible»

23. La notion de «meilleur état de santé possible» tient compte à la fois de la situation biologique, sociale, culturelle et économique de l'enfant au départ et des ressources dont dispose l'État, qui sont complétées par les ressources d'autres origines comme les organisations non gouvernementales, la communauté internationale et le secteur privé.

24. Le droit de l'enfant à la santé comprend un ensemble de libertés et de droits. Les libertés, qui gagnent en importance au fur et à mesure que l'enfant gagne en capacités et en maturité, comprennent le droit d'exercer un contrôle sur sa santé et son corps, y compris la liberté de faire des choix responsables dans le domaine de la santé sexuelle et procréative. Les droits comprennent le droit d'accéder à divers installations, biens et services et de jouir de conditions qui garantissent à chaque enfant, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.

«et de bénéficier de services médicaux et de rééducation»

25. Les enfants ont droit à des services de santé de qualité, y compris en matière de prévention, de promotion, de traitement, de rééducation et de soins palliatifs. Au niveau primaire, ces services doivent être suffisants en quantité et en qualité, fonctionnels, matériellement et financièrement à la portée de tous les secteurs de la population enfantine, et acceptables par tous. Le système de soins de santé devrait non seulement fournir un appui dans le domaine des soins de santé mais aussi porter à l'attention des autorités concernées les cas de violation des droits et d'injustice. Des soins secondaires et tertiaires devraient également être fournis, dans la mesure du possible, des systèmes d'orientation fonctionnels reliant les communautés et les familles à tous les niveaux du système de santé.

26. Des programmes complets de soins de santé primaires devraient être mis en place, parallèlement à des initiatives locales qui ont fait leurs preuves, dans des domaines comme les soins préventifs, le traitement de maladies particulières et des interventions en matière de nutrition. Les interventions au niveau local devraient porter, entre autres, sur la fourniture d'informations, de services et de biens ainsi que sur la prévention des maladies et des traumatismes, par exemple au moyen d'investissements dans la sécurité des espaces publics, de mesures de sécurité routière et d'une éducation à la prévention des traumatismes, des accidents et de la violence.

27. Les États devraient assurer la présence d'un nombre suffisant de professionnels dûment formés afin que tous les enfants puissent bénéficier de services de santé. Il est nécessaire aussi de prévoir une réglementation, un encadrement, une rémunération et des conditions d'emploi adéquats, y compris pour le personnel de santé local. Les activités de renforcement des capacités devraient garantir que les fournisseurs de services tiennent compte des besoins des enfants dans le cadre de leur travail et ne les privent pas de services auxquels la loi leur donne droit. Des mécanismes de responsabilisation devraient être mis en place pour garantir le respect des normes d'assurance qualité.

«[Les États parties] s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services [de soins de santé]»

28. Le paragraphe 1 de l'article 24 impose aux États parties de veiller à ce que tous les enfants aient accès à des services de santé et d'autres services appropriés, en accordant une attention particulière aux régions et aux populations mal desservies. Cela suppose de mettre en place un système complet de soins de santé primaires ainsi qu'un cadre juridique adéquat et de prêter une attention soutenue aux déterminants de la santé des enfants.

29. Les obstacles, notamment financiers, institutionnels et culturels, qui entravent l'accès des enfants aux services de santé devraient être identifiés et éliminés. L'enregistrement des naissances universel et gratuit est indispensable et des mesures de protection sociale, notamment des mécanismes de sécurité sociale comme les allocations familiales, les transferts en espèces et les congés parentaux rémunérés, devraient être appliquées et considérées comme des investissements complémentaires.

30. L'utilisation des services de santé est fonction de l'environnement, et notamment de la disponibilité des services, des niveaux de connaissance en matière de santé, des compétences pratiques et des valeurs. Les États devraient veiller à la mise en place d'un environnement favorable qui encourage, chez les parents comme chez les enfants, l'adoption d'un comportement approprié en matière d'utilisation des services de santé.

31. Selon le développement de leurs capacités, les enfants devraient avoir accès à des services confidentiels d'orientation et de conseils sans avoir besoin du consentement de leurs parents ou tuteurs, si les professionnels travaillant avec eux estiment que tel est leur intérêt supérieur. Les États devraient définir clairement les procédures législatives applicables à la désignation de dispensateurs de soins appropriés pour les enfants qui n'ont ni parents ni tuteurs, qui peuvent consentir au nom de l'enfant ou l'aider à donner son consentement, suivant l'âge et la maturité de l'enfant. Les États devraient envisager la possibilité d'autoriser les enfants à consentir à certains traitements ou interventions médicales sans l'autorisation d'un parent, d'un prestataire de soins ou d'un tuteur, comme le test du VIH ou des services de santé sexuelle et procréative, notamment un enseignement et des conseils concernant la santé sexuelle, la contraception et l'avortement médicalisé.

B. Article 24, paragraphe 2

32. Conformément au paragraphe 2 de l'article 24, les États devraient mettre en place un processus permettant de recenser et de traiter d'autres questions relatives aux droits de l'enfant à la santé. Cela suppose, entre autres, de procéder à une analyse approfondie de la situation, en définissant les problèmes et les interventions prioritaires dans le domaine de la santé, et de définir et d'appliquer des mesures et des politiques fondées sur des données factuelles qui répondent aux déterminants clefs et aux problèmes de santé, en consultation avec les enfants en tant que de besoin.

Article 24, paragraphe 2 a). «Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants»

33. Les États ont l'obligation de réduire la mortalité infantile. Le Comité demande instamment qu'une attention particulière soit accordée à la mortalité néonatale, qui constitue une proportion croissante de la mortalité des moins de 5 ans. En outre, les États parties devraient aussi se pencher sur la question de la morbidité et de la mortalité des adolescents, qui est généralement négligée.

34. Il conviendrait notamment de se pencher sur les naissances d'enfants mort-nés, les complications liées à la prématurité, l'anoxie à la naissance, l'insuffisance pondérale à la naissance, la transmission de la mère à l'enfant du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, les infections néonatales, la pneumonie, la diarrhée, la rougeole, la malnutrition, le paludisme, les accidents, la violence, le suicide et la morbidité et mortalité maternelles des adolescentes. Il est recommandé de renforcer les systèmes de santé pour que tous les enfants bénéficient de ces mesures dans le contexte du continuum des soins de santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, y compris le dépistage des anomalies congénitales, les services d'accouchement sans risques et les soins aux nouveau-nés. Des contrôles de mortalité maternelle et périnatale devraient être effectués régulièrement aux fins de prévention et de responsabilisation.

35. Les États devraient mettre tout particulièrement l'accent sur le développement des mesures simples, sûres et peu onéreuses qui se sont révélées efficaces, telles que les traitements à base communautaire contre la pneumonie, les maladies diarrhéiques et le paludisme, et s'attacher en particulier à garantir la protection et la promotion pleine et entière des pratiques d'allaitement au sein.

Article 24, paragraphe 2 b). «Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires»

36. Les États devraient accorder la priorité à l'accès universel des enfants à des services de soins de santé primaires dispensés aussi près que possible du lieu où eux-mêmes et leurs familles vivent, en particulier dans des structures de proximité. La configuration et le contenu exact des services varieront d'un pays à l'autre mais, dans tous les cas, des systèmes de santé efficaces seront nécessaires, notamment un mécanisme de financement solide, des personnels bien formés et suffisamment payés, des informations fiables sur la base desquelles prendre des décisions et établir des politiques, des installations bien entretenues et des systèmes logistiques permettant l'accès à des médicaments et des technologies de qualité, ainsi qu'un encadrement et une gouvernance solides. La fourniture de services de santé à l'école représente une occasion importante de promouvoir la santé et de dépister des maladies et accroître l'accessibilité des services de santé aux enfants scolarisés.

37. Les ensembles recommandés de services, comme les «Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile» devraient être utilisés¹¹. Les États ont l'obligation de veiller à ce que tous les médicaments essentiels figurant sur les listes modèles de l'Organisation mondiale de la Santé, y compris la liste concernant les enfants (formules pédiatriques lorsque cela est possible), soient disponibles, accessibles et d'un coût abordable.

38. Le Comité est préoccupé par l'augmentation des problèmes de santé mentale chez les adolescents, notamment les troubles du développement et du comportement, la dépression, les troubles alimentaires, l'anxiété, les traumatismes psychologiques dus à des mauvais traitements, à la négligence, à la violence ou à l'exploitation, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, les comportements obsessionnels, tels que l'utilisation excessive de l'Internet et d'autres technologies et les addictions à ces technologies, l'automutilation et le suicide. On s'accorde de plus en plus à reconnaître qu'il faudrait prêter une plus grande attention aux problèmes de comportement et aux problèmes sociaux qui nuisent à la santé mentale, au bien-être psychologique et au développement affectif des enfants. Le Comité met en garde contre la surmédicalisation et le placement en institution et invite instamment les États à adopter une approche fondée sur la santé publique et le soutien psychosocial face aux problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents et à investir dans des systèmes de soins primaires facilitant la détection et le traitement précoce des problèmes psychologiques, affectifs et mentaux des enfants.

39. Les États ont l'obligation de veiller à ce que les enfants atteints de troubles mentaux et psychosociaux bénéficient d'un traitement et de services de réadaptation adaptés tout en s'abstenant de les soumettre à une médication superflue. Dans sa résolution de 2012 sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays¹², l'Assemblée mondiale de la Santé a noté qu'il existait des données de plus en plus nombreuses sur l'efficacité et la rentabilité des interventions pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux, notamment chez l'enfant. Le Comité encourage vivement les États à intensifier les interventions et à les intégrer dans un ensemble de politiques et de programmes sectoriels, notamment en matière de santé, d'éducation et de protection (justice pénale), avec la participation des familles et des communautés. Le cas des enfants à risque en raison de leur environnement social et familial devrait recevoir une attention particulière, le but étant d'améliorer leur capacité de faire face aux situations difficiles et leurs aptitudes personnelles et sociales et de favoriser l'instauration d'un cadre protecteur et favorable.

40. Il importe de prendre conscience des problèmes particuliers que les enfants touchés par des crises humanitaires, notamment celles qui découlent de déplacements massifs provoqués par des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, rencontrent sur le plan de la santé. Toutes les mesures possibles devraient être prises pour garantir que les enfants aient accès en permanence à des services de santé, pour les réunir avec leur famille et les protéger, non seulement sur le plan matériel, en leur procurant des aliments et de l'eau potable, mais aussi en favorisant la fourniture de soins parentaux spéciaux ou d'une prise en charge psychologique pour prévenir et traiter les peurs et les traumatismes.

¹¹ Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, *Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile* (Genève, 2011).

¹² Résolution WHA65.4, adoptée à la soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, le 25 mai 2012.

Article 24, paragraphe 2 c). «Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel»

a) Utilisation de techniques aisément disponibles

41. À mesure que de nouvelles technologies – y compris les médicaments, les équipements et les interventions – éprouvées dans le domaine de la santé infantile deviennent disponibles, les États devraient les intégrer dans leurs politiques et services. Les structures mobiles et les mesures prises au niveau communautaire (vaccination contre les maladies infantiles courantes, suivi de la croissance et du développement, en particulier dans la petite enfance, vaccination des filles contre le papillomavirus humain, injections antitétaniques pour les femmes enceintes, accès à la thérapie de réhydratation orale et à la supplémentation en zinc pour le traitement des maladies diarrhéiques, antibiotiques et médicaments antiviraux essentiels, apports supplémentaires de micronutriments, tels que les vitamines A et D, le sel iodé et le fer, ou encore accès aux préservatifs) peuvent réduire sensiblement certains risques et devraient être accessibles à tous. Les personnels de santé devraient informer les parents de la manière dont ils peuvent se procurer et administrer ces moyens techniques simples en tant que de besoin.

42. Le secteur privé, notamment les entreprises commerciales et les organisations à but non lucratif dont les activités ont des effets sur la santé, joue un rôle de plus en plus important dans le développement et le perfectionnement des technologies, des médicaments, du matériel, des interventions et des processus qui peuvent contribuer à améliorer considérablement la santé des enfants. Les États devraient veiller à ce que tous les enfants qui en ont besoin en bénéficient. Les États peuvent aussi encourager les partenariats public-privé et les initiatives en matière de durabilité susceptibles d'améliorer l'accès aux technologies relatives à la santé et d'en faire baisser le coût.

b) La fourniture d'aliments nutritifs

43. Les États devront adopter, compte tenu de leur contexte spécifique, des mesures visant à satisfaire à l'obligation qu'ils ont de garantir l'accès à une alimentation adéquate sur le plan nutritionnel, culturellement adaptée et sans danger¹³ et de lutter contre la malnutrition. Dans le cas des femmes enceintes, l'efficacité des interventions directes dans le domaine nutritionnel suppose de traiter l'anémie et les carences en acide folique et en iode et d'assurer une supplémentation en calcium. Toutes les femmes en âge de procréer devraient pouvoir avoir accès aux services de prévention et de traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie, ce qui serait bénéfique pour leur santé et garantirait le bon développement des fœtus et des nourrissons.

44. Il conviendrait de protéger et de favoriser l'allaitement exclusif au sein jusqu'aux 6 mois de l'enfant et l'allaitement au sein, complété par une nourriture appropriée, devrait se poursuivre de préférence jusqu'à l'âge de 2 ans, si possible. Les obligations des États dans ce domaine sont définies dans le cadre «promouvoir, protéger et soutenir», adopté à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la Santé¹⁴. Les États sont tenus d'introduire dans leur législation nationale, de mettre en œuvre et de faire appliquer les normes adoptées sur

¹³ Voir l'article 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et l'Observation générale n° 12 (1999) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur le droit à une nourriture suffisante, *Documents officiels du Conseil économique et social, 2011, Supplément n° 2 (E/2000/22), annexe V.*

¹⁴ Voir OMS et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* (Genève, 2003).

le plan international qui concernent le droit de l'enfant à la santé, notamment le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Des mesures spéciales devraient être prises pour que les femmes soient soutenues, dans leur communauté comme sur leur lieu de travail, dans le cadre de la grossesse et de l'allaitement, pour mettre en place des services de garde d'enfants pratiques et abordables et pour garantir le respect de la Convention (n° 183) (2000) concernant la révision de la Convention (révisée) sur la protection de la maternité, 1952.

45. Pendant la petite enfance, il est particulièrement important que les enfants bénéficient d'une alimentation adaptée et d'un suivi de la croissance rigoureux. Dans les cas où cela est nécessaire, il faudrait étendre la gestion intégrée de la malnutrition aiguë sévère au moyen de dispositifs et d'interventions communautaires ainsi que le traitement de la malnutrition aiguë modérée, y compris au moyen de l'alimentation thérapeutique.

46. Il est souhaitable que des repas soient distribués à l'école pour garantir que tous les élèves ont un repas complet par jour, ce qui peut améliorer leur concentration et entraîner une hausse de la scolarisation. Le Comité recommande que s'ajoute à cela une éducation en matière de nutrition et de santé, qui passe par la création de jardins scolaires et la formation des enseignants, pour améliorer la nutrition des enfants et leur donner de saines habitudes alimentaires.

47. Les États devraient aussi se pencher sur le problème de l'obésité des enfants, qui est associée à l'hypertension, à l'augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires, à la résistance à l'insuline, et qui a des effets sur le plan psychologique et favorise le risque d'obésité à l'âge adulte et de décès prématuré. Il faudrait limiter la consommation chez les enfants de produits de la restauration rapide qui ont une forte teneur en graisse, en sucre ou en sel, d'aliments énergétiques pauvres en micronutriments, de boissons à forte teneur en caféine et d'autres substances potentiellement nocives. La promotion de ces substances, en particulier lorsqu'elle cible les enfants, devrait être réglementée et leur présence dans les écoles et ailleurs devrait être contrôlée.

c) La fourniture d'eau potable

48. L'eau potable et l'assainissement sont essentiels à la pleine jouissance de la vie et à l'exercice de tous les droits de l'homme¹⁵. Les services gouvernementaux et les autorités locales chargés des questions relatives à l'eau et à l'assainissement devraient reconnaître qu'ils ont l'obligation de contribuer à la réalisation du droit de l'enfant à la santé, prendre effectivement en considération les indicateurs de la malnutrition, des maladies diarrhéiques ou autres maladies liées à l'eau chez les enfants ainsi que la taille des ménages lorsqu'ils planifient et mènent à bien le développement des infrastructures ou procèdent à l'entretien des services de distribution d'eau et lorsqu'ils prennent des décisions relatives aux quantités de distribution minimum gratuite et aux suspensions d'approvisionnement. Les États ne sont pas exemptés de leurs obligations même lorsqu'ils ont privatisé l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

¹⁵ Résolution 64/292 de l'Assemblée générale sur le droit de l'homme à l'eau et à l'assainissement.

d) La pollution du milieu naturel

49. Les États devraient prendre des mesures au vu des dangers et des risques que la pollution locale du milieu naturel entraîne pour la santé des enfants dans tous les contextes. Un logement adéquat avec des dispositifs de cuisson ne présentant pas de danger, un environnement sans fumée, une bonne ventilation, une gestion efficace des déchets et le déversement des ordures à distance de l'espace de vie et de ses abords immédiats, l'absence de moisissure et autres substances toxiques et une hygiène familiale sont les éléments de base d'une croissance et d'un développement sains. Les États devraient réglementer et contrôler les effets sur l'environnement des activités commerciales susceptibles de porter atteinte au droit de l'enfant à la santé, à la sécurité alimentaire et à l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

50. Le Comité appelle l'attention sur l'importance de l'environnement, en dehors de toute considération liée à la pollution, pour la santé de l'enfant. Les interventions environnementales devraient, entre autres, concerner les changements climatiques, qui représentent l'une des plus grandes menaces pour la santé de l'enfant et exacerbent les inégalités en matière de santé. Les États devraient donc placer les préoccupations relatives à la santé des enfants au centre de leurs stratégies d'adaptation aux changements climatiques et de gestion des risques.

Article 24, paragraphe 2 d). «Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés»

51. Le Comité note que la mortalité et la morbidité maternelles évitables constituent de graves violations des droits fondamentaux des femmes et des filles et menacent gravement leur droit à la santé et celui de leurs enfants. La grossesse et l'accouchement sont des processus naturels, qui comportent des risques connus pouvant faire l'objet de mesures préventives et thérapeutiques s'ils sont identifiés à temps. Des situations à risque peuvent se présenter pendant la grossesse ou l'accouchement ainsi que durant les périodes anténatales et postnatales et elles ont des effets à court et à long terme sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant.

52. Le Comité encourage les États à adopter des stratégies sanitaires qui tiennent compte des besoins particuliers des enfants aux différentes étapes de l'enfance, comme a) l'Initiative Hôpitaux amis des bébés¹⁶, qui protège, favorise et soutient le maintien du nouveau-né dans la chambre de sa mère et l'allaitement au sein, b) 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 peur, l'anxiété et la souffrance des enfants et de leur famille et c) des services de santé adaptés aux adolescents, qui supposent que les praticiens de santé et les structures soient accueillants et tiennent compte de la sensibilité des adolescents, respectent la confidentialité et fournissent des services acceptables par les adolescents.

53. Les soins que les femmes reçoivent avant, pendant et après leur grossesse ont des incidences profondes sur la santé et le développement de leurs enfants. Pour s'acquitter de l'obligation qu'ils ont de garantir l'accès universel à un ensemble de mesures dans le domaine de la santé sexuelle et procréative, les États doivent veiller au respect de la continuité de la prise en charge avant la grossesse, pendant la grossesse, pendant l'accouchement et durant la période faisant suite à l'accouchement. Le fait d'offrir des soins de qualité, dispensés en temps opportun, durant ces périodes, contribue de manière importante à prévenir la transmission intergénérationnelle d'un mauvais état de santé et a de fortes incidences sur la santé de l'enfant tout au long de sa vie.

¹⁶ UNICEF/OMS, Initiative Hôpitaux amis des bébés (1991).

54. Les interventions qui devraient être proposées dans le cadre de la continuité de la prise en charge sont, notamment, les suivantes: mesures essentielles de prévention et promotion dans le domaine de la santé et soins curatifs, y compris la prévention du tétanos néonatal, du paludisme pendant la grossesse et de la syphilis congénitale; services de nutrition; accès à une éducation, des informations et des services dans le domaine de la santé sexuelle et procréative; éducation relative au comportement en matière de santé (par rapport au tabac ou à la consommation de drogues, par exemple); préparation à la naissance; détection précoce et gestion des complications; avortements médicalisés et soins après avortement; soins essentiels à la naissance; prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; prise en charge et traitement des femmes et des nourrissons séropositifs au VIH. Les soins aux mères et aux nouveau-nés après l'accouchement ne devraient pas occasionner de séparation inutile entre la mère et l'enfant.

55. Le Comité recommande que les mesures de protection sociale englobent la couverture universelle ou l'accès financier aux soins, les congés parentaux rémunérés et d'autres prestations de sécurité sociale, ainsi que l'adoption d'une législation limitant la commercialisation et la promotion inappropriées des substituts du lait maternel.

56. Étant donné les taux élevés de grossesse précoce dans le monde et les risques supplémentaires de morbidité et de mortalité qui y sont associés, les États devraient faire en sorte que les systèmes et services de santé soient en mesure de répondre aux besoins spécifiques des adolescentes en matière de santé sexuelle et procréative, notamment en ce qui concerne la planification des naissances et l'avortement médicalisé. Les États devraient faire en sorte que les filles puissent prendre, de manière autonome et en connaissance de cause, des décisions concernant leur santé procréative. La discrimination à l'égard des adolescentes enceintes, par exemple l'expulsion de l'école, devrait être interdite et les jeunes filles devraient avoir la possibilité de poursuivre leur scolarité.

57. La planification et le bon déroulement des grossesses et des accouchements dépendant en grande partie de la participation des garçons et des hommes, les États devraient prévoir des mesures d'éducation, de sensibilisation et de dialogue destinées aux garçons et aux hommes dans leurs politiques et leurs plans relatifs à la santé sexuelle, procréative et infantile.

Article 24, paragraphe 2 e). «Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information»

58. Les obligations énoncées dans cette disposition se rapportent à la fourniture d'une information sur la santé et à l'aide à fournir aux fins de l'utilisation de cette information. L'information relative à la santé devrait être matériellement accessible, compréhensible et adaptée à l'âge de l'enfant et à son niveau d'instruction.

59. Pour pouvoir faire des choix en connaissance de cause concernant leur mode de vie et leur accès aux services de santé, les enfants devraient bénéficier d'informations et d'une éducation sur tous les aspects de la santé. Elles devraient porter sur un vaste ensemble de questions de santé, notamment: la promotion de bonnes habitudes alimentaires et la promotion de l'activité physique, des sports et des loisirs; la prévention des accidents et des traumatismes; l'hygiène, notamment le lavage des mains et d'autres pratiques d'hygiène personnelle; les dangers de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives. Les informations et les activités éducatives devraient aussi porter sur le droit de l'enfant à la santé, les obligations des gouvernements et les modalités d'accès aux informations et aux services de santé, et faire partie intégrante du programme scolaire et, pour les enfants qui ne sont pas scolarisés, être également dispensées dans le cadre des services de santé et dans d'autres cadres. Des documents d'information sur la santé devraient être élaborés en collaboration avec les enfants et diffusés dans toutes sortes de lieux publics.

60. L'éducation dans le domaine de la santé sexuelle et procréative devrait porter, entre autres, sur la conscience de soi et la connaissance du corps, y compris ses aspects anatomiques, physiologiques et émotionnels, et être accessible à tous les enfants, filles et garçons. Elle devrait mettre l'accent sur la santé et le bien-être sexuels, comme les transformations du corps et la maturation par exemple, et être conçue de manière à permettre aux enfants d'acquérir des connaissances sur la santé procréative et la prévention de la violence sexiste et d'adopter un comportement sexuel responsable.

61. Des informations sur la santé des enfants devraient être fournies à tous les parents, individuellement ou en groupe, à la famille élargie et aux autres personnes qui s'occupent d'enfants, par des méthodes différentes, notamment par l'intermédiaire des dispensaires, dans le cadre de cours sur la parentalité, au moyen de brochures d'information et par l'intermédiaire des organes professionnels, des organisations communautaires ou des médias.

Article 24, paragraphe 2 f). «Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale»

a) Soins de santé préventifs

62. Les activités de prévention et de promotion de la santé devraient porter sur les principaux problèmes de santé que rencontrent les enfants au sein de la communauté et dans le pays dans son ensemble, et notamment les maladies et d'autres problèmes touchant la santé, tels que les accidents, la violence, la consommation de substances et les problèmes psychosociaux et les problèmes de santé mentale. La prévention devrait concerner les maladies transmissibles et non transmissibles et se traduire par un ensemble de mesures biomédicales, comportementales et structurelles. La prévention des maladies non transmissibles devrait commencer à un âge précoce, sous la forme d'activités de promotion et de soutien en faveur de l'adoption de modes de vie sains et non violents, destinées aux femmes enceintes, à leurs conjoints ou compagnons et aux jeunes enfants.

63. Pour lutter contre les traumatismes dont sont victimes les enfants, il importe d'adopter des stratégies et des mesures visant à réduire le nombre de noyades, de brûlures et autres accidents. Ces stratégies et mesures devraient se traduire par l'adoption de lois et de mesures d'application, par la modification des produits et de l'environnement, par l'organisation de visites à domicile et la promotion des dispositifs de sécurité, par des actions pédagogiques, le renforcement des compétences et des changements de comportement, par le lancement de programmes communautaires, et par la mise en place de soins préhospitaliers et de soins actifs ainsi que de services de réadaptation. Pour réduire le nombre d'accidents de la circulation, il faudrait adopter des lois relatives au port de la ceinture de sécurité et à l'utilisation d'autres dispositifs de sécurité, veiller à ce que les moyens de transport empruntés par les enfants soient sûrs et prendre dûment en considération les besoins des enfants dans le cadre des aménagements routiers et du contrôle de la circulation. Le soutien de l'industrie concernée et des médias à cet égard est essentiel.

64. Conscient que la violence est une cause importante de la mortalité et de la morbidité chez les enfants, en particulier les adolescents, le Comité insiste sur la nécessité d'instaurer un cadre qui protège les enfants de la violence et les encourage à contribuer aux changements d'attitude et de comportement à la maison, à l'école et dans l'espace public, d'aider les parents et les personnes qui s'occupent d'enfants à adopter de bonnes méthodes d'éducation et de lutter contre les mentalités qui perpétuent la tolérance et l'indulgence vis-à-vis de la violence sous toutes ses formes, notamment en réglementant la manière dont la violence est dépeinte par les médias.

65. Les États devraient protéger les enfants de la consommation de solvants, d'alcool, de tabac et de substances illicites, recueillir davantage de données scientifiques pertinentes et prendre des mesures appropriées pour réduire la consommation de ces substances par les enfants. Il est recommandé de réglementer la publicité et la vente de substances préjudiciables à la santé des enfants ainsi que la promotion de ces substances dans les lieux où ils se rassemblent ainsi que dans les médias et publications auxquels les enfants ont accès.

66. Le Comité encourage les États parties qui ne l'ont pas encore fait à ratifier les conventions internationales de lutte contre la drogue¹⁷ et la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Il souligne qu'il importe d'adopter une approche fondée sur les droits en ce qui concerne la consommation de substances toxiques et recommande l'adoption, en tant que de besoin, de stratégies de réduction des risques pour atténuer les effets nocifs pour la santé de la consommation de substances toxiques.

b) Conseils aux parents

67. Les parents sont la source la plus importante de diagnostic précoce et de soins de santé primaires en ce qui concerne les jeunes enfants et offrent aussi la meilleure protection contre les comportements à haut risque des adolescents, tels que la consommation de substances toxiques et les relations sexuelles à risque. Ils jouent également un rôle essentiel dans la promotion du bon développement de l'enfant, la protection des enfants contre les accidents, les traumatismes et la violence et dans la réduction des effets nocifs des comportements à risque. La socialisation des enfants, fondamentale pour que ceux-ci comprennent le monde dans lequel ils grandissent et s'y adaptent, est profondément influencée par les parents, la famille élargie et les autres personnes qui s'occupent d'eux. Les États devraient adopter des mesures reposant sur des observations factuelles pour soutenir les bonnes pratiques parentales, notamment des mesures d'éducation à la parentalité, la création de groupes de soutien et la mise en place de services de consultation familiale, en particulier pour les familles dont les enfants ont des problèmes de santé ou d'autres difficultés d'ordre social.

68. Eu égard aux effets des châtiments corporels sur la santé des enfants, qui peuvent provoquer des blessures mortelles ou non mortelles et ont également des conséquences psychologiques et émotionnelles, le Comité rappelle aux États l'obligation qu'ils ont de prendre toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour éliminer les châtiments corporels et les autres formes cruelles ou dégradantes de châtiments dans tous les contextes, y compris à la maison¹⁸.

c) Planification familiale

69. Les services de planification familiale devraient être intégrés dans les services de santé sexuelle et procréative en général et comprendre des cours d'éducation sexuelle, y compris des conseils dans ce domaine. Ils peuvent être considérés comme faisant partie du continuum de services décrits au paragraphe 2 d) de l'article 24 et devraient être conçus de manière à permettre à tous les couples et à tous les individus de prendre librement et de manière responsable des décisions relatives à la sexualité et à la procréation, notamment concernant le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et le moment et l'espacement des naissances, en leur donnant les informations et les moyens

¹⁷ Convention unique sur les stupéfiants de 1961; Convention de 1971 sur les substances psychotropes; Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (1988).

¹⁸ Observation générale n° 8 (2006) sur le droit de l'enfant à une protection contre les châtiments corporels et les autres formes cruelles ou dégradantes de châtiments, *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-troisième session, Supplément n° 41 (A/63/41), annexe II.*

voulus. Il faudrait s'attacher à garantir un accès confidentiel et universel aux biens et services dans ce domaine aux adolescents, garçons et filles, qu'ils soient mariés ou non. Les États devraient veiller à ce que les adolescents ne soient pas privés d'informations ou de services en matière de santé sexuelle et procréative du fait de l'objection de conscience opposée par certains prestataires de soins.

70. Les adolescents sexuellement actifs devraient avoir accès facilement et rapidement à des méthodes contraceptives à court terme, tels que les préservatifs, les traitements hormonaux et la contraception d'urgence. Ils devraient avoir accès également à des méthodes contraceptives à long terme et permanentes. Le Comité recommande aux États de garantir l'accès à des services d'avortement médicalisé et à des soins après avortement, que l'avortement soit légal ou non.

IV. Obligations et responsabilités

A. Obligations incombant aux États parties de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme

71. Les États ont trois types d'obligations en ce qui concerne les droits de l'homme, y compris le droit de l'enfant à la santé: respecter les libertés et les droits, protéger les libertés et les droits contre la menace de tiers ou les menaces sociales ou environnementales et réaliser les droits en favorisant leur exercice ou en assurant directement leur application. Conformément à l'article 4 de la Convention, les États parties doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre en œuvre le droit de l'enfant à la santé dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

72. Tous les États, quel que soit leur niveau de développement, sont tenus de prendre des mesures immédiates pour donner suite à ces obligations dans les meilleurs délais et sans discrimination d'aucune sorte. Lorsqu'il peut être démontré que les ressources disponibles sont insuffisantes, l'obligation demeure pour les États de prendre des mesures ciblées pour œuvrer aussi rapidement et aussi efficacement que possible à la pleine réalisation du droit à la santé de l'enfant. Quelles que soient leurs ressources, les États parties ont l'obligation de ne pas prendre de mesures régressives qui pourraient entraver l'exercice du droit de l'enfant à la santé.

73. Les obligations fondamentales, en ce qui concerne le droit de l'enfant à la santé, sont notamment les suivantes:

- a) Revoir le cadre juridique et le cadre de politique générale au niveau national et sous-national et, si nécessaire, modifier les lois et les politiques;
- b) Garantir la couverture universelle des services de soins de santé primaires de qualité, y compris en ce qui concerne la prévention, la promotion de la santé, les services de soins et de traitement et les médicaments essentiels;
- c) Prendre des mesures appropriées concernant les déterminants de la santé des enfants;
- d) Élaborer, appliquer, contrôler et évaluer les politiques et les plans d'action prévus au budget qui constituent une approche fondée sur les droits pour réaliser le droit de l'enfant à la santé.

74. Les États devraient montrer leur volonté de parvenir à l'exécution progressive de toutes les obligations énoncées à l'article 24, à laquelle il convient de procéder dans les meilleurs délais même dans le contexte d'une crise politique ou économique ou d'une situation d'urgence. Cela suppose que les politiques, les programmes et les services relatifs à la santé des enfants et à des domaines connexes soient planifiés, conçus, financés et mis en œuvre d'une manière durable.

B. Responsabilité des acteurs non étatiques

75. L'État est responsable de la réalisation du droit de l'enfant à la santé, qu'il délègue ou non la fourniture des services à des acteurs non étatiques. En plus de l'État, de très nombreux acteurs non étatiques qui fournissent des informations et des services relatifs à la santé de l'enfant et à ses déterminants ont des responsabilités spécifiques et une influence dans ce domaine.

76. Les États ont, parmi leurs obligations, celle de faire connaître les responsabilités des acteurs non étatiques et de veiller à ce que ceux-ci reconnaissent, respectent et assument tous leurs responsabilités à l'égard de l'enfant, en appliquant des procédures de diligence raisonnable lorsque cela est nécessaire.

77. Le Comité demande à tous les acteurs non étatiques engagés dans la promotion de la santé et les services de santé, en particulier le secteur privé, notamment l'industrie pharmaceutique et l'industrie des technologies de la santé ainsi que les médias et les fournisseurs de services de santé, d'agir conformément aux dispositions de la Convention et de veiller à ce que celles-ci soient respectées par tous les partenaires qui assurent des services en leur nom. Ces partenaires sont notamment des organisations internationales, des banques, des institutions financières régionales, des partenariats mondiaux, le secteur privé (fondations et fonds privés), des donateurs et toute autre entité fournissant des services ou un soutien financier dans le domaine de la santé des enfants, en particulier dans les situations d'urgence humanitaire ou d'instabilité politique.

1. Responsabilité des parents et des autres personnes qui s'occupent des enfants

78. Plusieurs dispositions de la Convention font expressément référence aux responsabilités des parents et des autres personnes qui s'occupent de l'enfant. Les parents devraient s'acquitter de leurs responsabilités en agissant toujours dans l'intérêt supérieur de l'enfant, si nécessaire avec l'aide de l'État. Les parents et les personnes qui s'occupent de l'enfant devraient, en tenant compte de l'évolution de ses capacités, prendre soin de l'enfant, le protéger et l'aider à grandir et à s'épanouir en bonne santé. Bien que cela ne soit pas expressément mentionné au paragraphe 2 f) de l'article 24, le Comité comprend toute référence aux parents comme englobant également les autres personnes qui s'occupent de l'enfant.

2. Fournisseurs de services non étatiques et autres acteurs non étatiques

a) Fournisseurs de services non étatiques

79. Tous les fournisseurs de services de santé, y compris les acteurs non étatiques, doivent tenir compte, pour concevoir, appliquer et évaluer leurs programmes et services, de toutes les dispositions pertinentes de la Convention ainsi que des critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité, tels que décrits dans le chapitre VI, section E, de la présente Observation générale.

b) Secteur privé

80. Toutes les entreprises commerciales ont une obligation de diligence raisonnable en ce qui concerne les droits de l'homme, dont font partie tous les droits consacrés par la Convention. Les États devraient inviter les entreprises commerciales à exercer une diligence raisonnable à l'égard des droits de l'enfant. Cela les amènera à recenser, prévenir et réduire les incidences négatives de leurs relations commerciales ainsi que de toute opération mondiale sur le droit de l'enfant à la santé. Les grandes entreprises devraient être encouragées et, s'il y a lieu, obligées à rendre publiques les mesures qu'elles prennent pour réduire les incidences de leurs activités sur les droits de l'enfant.

81. Entre autres responsabilités et dans tous les contextes, les entreprises privées devraient: s'abstenir de faire participer des enfants à des travaux dangereux et respecter l'âge minimum du travail des enfants; se conformer aux dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé portant sur cette question; limiter la publicité pour les produits alimentaires énergétiques pauvres en micronutriments, les boissons à forte teneur en caféine ou d'autres substances potentiellement nocives pour les enfants; s'abstenir de toute publicité et activité de marketing ciblant des enfants et s'abstenir de vendre à des enfants du tabac, de l'alcool et d'autres substances toxiques et d'utiliser l'image d'enfants.

82. Le Comité est conscient du profond impact du secteur pharmaceutique sur la santé des enfants et invite les laboratoires pharmaceutiques à adopter des mesures qui améliorent l'accès des enfants aux médicaments, en accordant une attention particulière aux Principes directeurs à l'intention des laboratoires pharmaceutiques concernant les droits de l'homme et l'accès aux médicaments¹⁹. Parallèlement, les États devraient veiller à ce que les laboratoires pharmaceutiques contrôlent l'usage des médicaments par les enfants et s'abstiennent d'en promouvoir la prescription et l'usage excessifs en ce qui les concerne. Les droits de propriété intellectuelle ne devraient pas être appliqués de telle manière que les médicaments ou produits nécessaires soient inabordables pour les démunis.

83. Les compagnies d'assurance maladie privées devraient faire en sorte que les femmes enceintes, les enfants ou les mères ne soient pas l'objet d'une discrimination fondée sur des motifs interdits et promouvoir l'égalité par le biais de partenariats avec les régimes d'assurance maladie des États, en vertu du principe de solidarité et en veillant à ce que l'incapacité de payer ne restreigne pas l'accès aux services.

c) Médias et réseaux sociaux

84. L'article 17 de la Convention définit les responsabilités des médias. Dans le contexte de la santé, celles-ci peuvent être élargies pour englober la promotion de la santé et de modes de vie sains auprès des enfants, l'offre d'espaces publicitaires gratuits pour la promotion de la santé, la garantie du respect de la vie privée des enfants et des adolescents et du caractère confidentiel des informations les concernant, la promotion de l'accès à l'information, l'engagement de ne pas produire de programmes et de matériels de communication préjudiciables pour la santé des enfants et la santé en général, et l'engagement de ne pas perpétuer les stigmatisations liées à la santé.

¹⁹ Voir également la résolution 15/22 du Conseil des droits de l'homme sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.

d) Chercheurs

85. Le Comité souligne que les entités qui font de la recherche sur des questions concernant les enfants, notamment les universitaires ou les sociétés privées, sont tenues de respecter les principes et les dispositions de la Convention et des Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains²⁰. Il rappelle aux chercheurs que l'intérêt supérieur de l'enfant doit toujours l'emporter sur l'intérêt de la société en général ou du progrès scientifique.

V. Coopération internationale

86. Les États parties à la Convention ont l'obligation non seulement de mettre en œuvre le droit de l'enfant à la santé sur leur territoire, mais aussi de contribuer à sa mise en œuvre au niveau mondial, dans le cadre de la coopération internationale. En vertu du paragraphe 4 de l'article 24 de la Convention, les États et les organismes interétatiques sont tenus d'accorder une attention particulière aux priorités des enfants en matière de santé, notamment ceux qui appartiennent aux catégories les plus pauvres de la population ainsi que dans les pays en développement.

87. La Convention devrait guider toutes les activités et tous les programmes internationaux des États donateurs ou bénéficiaires qui concernent directement ou indirectement la santé des enfants. Conformément à ses dispositions, les États partenaires sont tenus de recenser les principaux problèmes de santé qui touchent les enfants, les femmes enceintes et les mères dans les pays bénéficiaires et de s'attacher à les résoudre en observant les priorités et principes énoncés à l'article 24. La coopération internationale devrait soutenir les systèmes de santé mis en place par les États ainsi que les plans de santé nationaux.

88. Les États sont tenus, à titre individuel et collectif, de coopérer, notamment par l'intermédiaire des mécanismes de l'ONU, pour fournir des secours et une assistance humanitaire dans les situations d'urgence. Dans de tels cas, les États devraient envisager d'accorder un rang de priorité élevé aux efforts visant à réaliser le droit de l'enfant à la santé, notamment en fournissant une aide médicale internationale appropriée, en distribuant et en gérant les ressources (eau salubre et potable, vivres, fournitures médicales, etc.) et en accordant une aide financière aux enfants les plus vulnérables ou marginalisés.

89. Le Comité rappelle aux États qu'ils doivent atteindre l'objectif fixé par l'ONU, à savoir consacrer 0,7 % de leur produit intérieur brut à l'aide internationale au développement, les ressources financières étant importantes pour l'exercice du droit de l'enfant à la santé dans les États dont les ressources sont limitées. Pour garantir un effet maximal, les États et les organismes interétatiques sont encouragés à appliquer les Principes de Paris sur l'efficacité de l'aide et les principes du Programme d'action d'Accra.

VI. Cadre d'application et obligation de rendre des comptes

90. L'obligation de rendre des comptes est un élément essentiel de l'exercice du droit de l'enfant à la santé. Le Comité rappelle aux États parties qu'ils ont l'obligation de veiller à ce que les autorités gouvernementales concernées et les prestataires de services soient tenus pour responsables de leurs actes s'agissant d'assurer aux enfants, jusqu'à leurs 18 ans, le niveau de santé et la qualité des soins de santé les plus élevés possible.

²⁰ Conseil des Organisations internationales des sciences médicales/OMS, Genève, 1993.

91. Les États devraient mettre en place des conditions qui facilitent l'exercice par toutes les personnes concernées de leurs fonctions et obligations en ce qui concerne le droit de l'enfant à la santé, ainsi qu'un cadre réglementaire dans lequel s'inscriraient les activités de tous les acteurs, qui pourraient ainsi être contrôlées, notamment en mobilisant un soutien politique et financier pour les questions liées à la santé des enfants et en donnant aux responsables les moyens de s'acquitter de leurs obligations et aux enfants les moyens de revendiquer leur droit à la santé.

92. Reposant sur la participation active du gouvernement, du parlement, des communautés, de la société civile et des enfants, les mécanismes nationaux de responsabilisation doivent être efficaces et transparents et viser à tenir tous les acteurs responsables de leurs actes. Ces mécanismes devraient, notamment, s'intéresser aux facteurs structurels qui ont une incidence sur la santé des enfants, comme les lois, les politiques et les budgets. Le suivi participatif des ressources financières et des effets sur la santé des enfants est indispensable pour ces mécanismes.

A. Faire connaître le droit de l'enfant à la santé (art. 42)

93. Le Comité encourage les États à adopter et à appliquer une stratégie globale visant à informer les enfants, les personnes qui s'occupent d'eux, les responsables politiques et les professionnels travaillant auprès d'enfants sur le droit de l'enfant à la santé et sur la contribution qu'ils peuvent apporter à la réalisation de ce droit.

B. Mesures législatives

94. La Convention dispose que les États parties doivent prendre toutes les mesures, d'ordre législatif, administratif ou autre, qui sont appropriées pour mettre en œuvre le droit de l'enfant à la santé sans discrimination. Les lois nationales devraient faire obligation à l'État de fournir les services, les programmes, les ressources humaines et les infrastructures nécessaires à l'exercice du droit de l'enfant à la santé et conférer aux femmes enceintes et aux enfants le droit de bénéficier de services de santé de base de qualité, adaptés aux besoins des enfants, et de services connexes, quelle que soit leur situation financière. Il conviendrait de revoir les lois pour évaluer tout effet discriminatoire potentiel et tout obstacle à la réalisation du droit de l'enfant à la santé, et les abroger si nécessaire. Des organisations internationales et des donateurs devraient, si nécessaire, fournir une aide au développement et une assistance technique pour permettre de mener à bien ce type de réformes juridiques.

95. La législation devrait également remplir un certain nombre de fonctions supplémentaires dans le cadre de la réalisation du droit de l'enfant à la santé, en définissant la portée de ce droit et en reconnaissant les enfants comme titulaires de droits, en définissant les rôles et les responsabilités de l'ensemble des détenteurs de devoirs, en précisant les services que les enfants, les femmes enceintes et les mères sont fondés à demander et en réglementant les services et les médicaments de façon qu'ils soient de bonne qualité et ne soient pas nocifs. Les États doivent veiller à ce que des lois et d'autres garanties appropriées protègent et promeuvent le travail des défenseurs des droits de l'homme qui œuvrent pour le droit de l'enfant à la santé.

C. Gouvernance et coordination

96. Les États sont invités à ratifier et à appliquer les instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme qui concernent la santé de l'enfant et à faire rapport sur tous les aspects de la santé de l'enfant conformément aux dispositions desdits instruments.

97. La pérennité des politiques et des pratiques relatives à la santé de l'enfant nécessite la mise en place d'un plan national à long terme qui soit soutenu et reconnu comme une priorité nationale. Le Comité recommande aux États d'élaborer et de mettre en œuvre un cadre national de coordination global et cohérent en matière de santé de l'enfant, fondé sur les principes de la Convention, pour faciliter la collaboration entre les ministères et les différents échelons de l'administration, ainsi que sur l'interaction avec les parties prenantes de la société civile, y compris les enfants. Étant donné le nombre élevé d'organes gouvernementaux, d'organes législatifs et de ministères qui travaillent sur les politiques et les services liés à la santé de l'enfant à différents niveaux, le Comité recommande que les rôles et responsabilités de chacun d'entre eux soient définis dans le cadre juridique et réglementaire.

98. Il convient tout particulièrement de recenser les groupes marginalisés et défavorisés d'enfants et les enfants exposés à toute forme de violence et de discrimination, et de leur accorder un rang de priorité élevé. Toutes les activités devraient être intégralement chiffrées, financées et présentées dans le budget national.

99. Il faudrait élaborer une stratégie visant à ce que la santé de l'enfant soit prise en considération dans toutes les politiques, qui mettrait en évidence les liens entre la santé de l'enfant et ses déterminants. Aucun effort ne devrait être épargné pour éliminer ce qui, dans la fourniture des services affectant la santé de l'enfant, fait obstacle à la transparence, à la coordination, à l'établissement de partenariats et à la recherche des responsabilités.

100. Si la décentralisation est nécessaire pour répondre aux besoins particuliers des localités et des secteurs, cela n'enlève rien à la responsabilité directe qui incombe aux autorités centrales ou nationales de s'acquitter de leurs obligations envers tous les enfants relevant de leur juridiction. Les décisions relatives aux allocations budgétaires aux divers échelons des services et aux zones géographiques devraient tenir compte des éléments fondamentaux de l'approche relative aux soins de santé primaires.

101. Les États devraient associer tous les secteurs de la société, y compris les enfants, à la mise en œuvre du droit de l'enfant à la santé. Le Comité recommande que cette participation comprenne la création de conditions qui favorisent la croissance continue, le développement et la pérennité des organisations de la société civile, y compris les groupes locaux et communautaires, la facilitation active de la participation de ces organisations à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et de services dans le domaine de la santé de l'enfant et l'apport d'une aide financière appropriée ou d'un soutien pour obtenir une aide financière.

1. Le rôle des parlements et l'obligation de rendre des comptes au niveau national

102. Concernant les questions relatives à la santé de l'enfant, les parlements ont la responsabilité de légiférer, en assurant la transparence et la participation de tous, et d'encourager un débat public permanent et l'instauration d'une culture de la responsabilité. Ils devraient créer une tribune publique permettant de rendre compte du travail accompli et d'en débattre et de promouvoir la participation de la population aux mécanismes de contrôle indépendants. Ils devraient également demander à l'exécutif de rendre compte des mesures prises pour donner suite aux recommandations formulées à l'issue de contrôles indépendants et veiller à ce que les résultats des contrôles effectués soient pris en considération dans les plans nationaux, les lois, les politiques, les budgets et les nouvelles mesures de responsabilisation.

2. Le rôle des institutions nationales de défense des droits de l'homme et l'obligation de rendre des comptes au niveau national

103. Les institutions nationales de défense des droits de l'homme ont un rôle important à jouer dans l'examen et la promotion de la responsabilité, la réparation en cas de violation du droit de l'enfant à la santé et la sensibilisation à la nécessité d'un changement systémique en faveur de la réalisation de ce droit. Le Comité appelle l'attention sur son Observation générale n° 2 et rappelle aux États que le mandat des commissaires ou médiateurs pour les enfants devrait inclure le contrôle de l'exercice du droit de l'enfant à la santé et que les titulaires de mandat devraient être dotés de ressources suffisantes et être indépendants du gouvernement²¹.

D. Santé de l'enfant et investissements

104. Dans leurs décisions relatives aux allocations budgétaires et aux dépenses, les États devraient garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé essentiels pour tous les enfants, sans discrimination.

105. Les États devraient évaluer régulièrement les incidences des décisions de politique macroéconomique sur le droit des enfants à la santé, en particulier pour les enfants vulnérables, empêcher toute décision susceptible de porter atteinte aux droits de l'enfant et appliquer le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant lors de la prise de décisions. Ils devraient également tenir compte des obligations qui leur incombent en vertu de l'article 24 dans tous les aspects des négociations avec les institutions financières internationales et d'autres donateurs, pour garantir que le droit de l'enfant à la santé est dûment pris en considération dans le cadre des activités de coopération internationale.

106. Le Comité recommande aux États parties:

- a) De fixer par voie législative la proportion des dépenses publiques devant être consacrée à la santé de l'enfant et de créer un mécanisme permettant une évaluation systématique et indépendante de ces dépenses;
- b) De respecter le minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé pour les dépenses de santé par habitant et d'accorder un rang de priorité élevé à la santé de l'enfant dans les allocations budgétaires;
- c) De rendre visibles dans le budget de l'État les investissements consacrés aux enfants en détaillant les ressources qui leur sont affectées et les dépenses effectuées;
- d) De mettre en place un suivi et une analyse du budget fondés sur les droits et de mener des études d'impact sur la manière dont les investissements, notamment dans le secteur de la santé, peuvent servir l'intérêt supérieur de l'enfant.

107. Le Comité souligne l'importance des outils d'évaluation aux fins de l'utilisation des ressources et considère qu'il est nécessaire de concevoir des indicateurs mesurables pour aider les États parties à suivre et à évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du droit de l'enfant à la santé.

²¹ Voir l'Observation générale n° 2 (2002) sur le rôle des institutions nationales indépendantes de défense des droits de l'homme dans la protection et la promotion des droits de l'enfant, *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-neuvième session, Supplément n° 41 (A/59/41), annexe VIII.*

E. Le cycle d'activités

108. Pour s'acquitter des obligations qui leur incombent en vertu de l'article 24 de la Convention, les États parties doivent engager un processus cyclique de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation et en utiliser les résultats pour faire de nouveaux plans, modifier la mise en œuvre et renouveler les efforts de contrôle et d'évaluation. Les États devraient faire en sorte que les enfants participent efficacement aux activités et mettre en place des mécanismes de retour d'information pour faciliter les ajustements qui se révéleraient nécessaires tout au long du cycle.

109. La disponibilité de données pertinentes et fiables est au cœur de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des politiques, programmes et services établis pour réaliser le droit de l'enfant à la santé. Parmi ces données devraient figurer des données ventilées de manière appropriée sur le parcours de vie de l'enfant, une attention particulière étant apportée aux groupes vulnérables, des données sur les problèmes de santé prioritaires, y compris sur les causes de mortalité et de morbidité nouvelles et négligées et des données sur les déterminants de la santé des enfants. Pour disposer d'informations stratégiques, il convient d'utiliser des données recueillies par le biais des systèmes habituels de collecte d'informations sur la santé, d'enquêtes spéciales et de recherches, et d'utiliser des données quantitatives et qualitatives. Ces données devraient être collectées, analysées, diffusées et utilisées pour établir les politiques et les programmes nationaux et régionaux.

1. Planification

110. Le Comité note que, pour disposer des informations nécessaires à la mise en œuvre, au contrôle et à l'évaluation des activités, conformément aux obligations qui leur incombent en vertu de l'article 24, les États doivent procéder à des analyses de situation des problèmes existants et des infrastructures de fourniture des services. L'analyse devrait tendre à évaluer la capacité institutionnelle et la disponibilité des ressources humaines, financières et techniques. Une stratégie devrait être établie, avec la participation de toutes les parties prenantes, d'acteurs étatiques et non étatiques et d'enfants, sur la base des résultats de l'analyse.

111. L'analyse de situation donnera une idée claire des priorités nationales et régionales et des stratégies à mettre en œuvre pour y répondre. Il faudrait établir des repères et des objectifs, des plans d'action budgétisés et des stratégies opérationnelles et mettre en place un cadre ayant pour objet de contrôler et d'évaluer les politiques, programmes et services et de promouvoir la responsabilisation dans le domaine de la santé des enfants. Cela mettra en lumière les mesures à prendre pour élaborer des structures et des systèmes conformes à la Convention et renforcer ceux qui existent.

2. Critères de performance et de mise en œuvre

112. Les États devraient faire en sorte que tous les services et programmes relatifs à la santé des enfants satisfassent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité.

a) Disponibilité

113. Les États devraient veiller à ce que suffisamment d'installations, de biens, de services et de programmes opérationnels existent dans le domaine de la santé infantile. Ils devraient veiller à ce qu'il y ait suffisamment d'hôpitaux, de dispensaires, de praticiens de santé, d'équipes et d'installations mobiles, d'agents de santé communautaires, d'équipements et de médicaments essentiels pour fournir des soins de santé à tous les enfants, aux femmes enceintes et aux mères sur le territoire de l'État. Le nombre nécessaire devrait être évalué à l'aune des besoins, une attention particulière étant accordée aux populations mal desservies et difficiles à atteindre.

b) Accessibilité

114. L'accessibilité comporte quatre aspects:

a) *La non-discrimination*: les services, équipements et fournitures dans le domaine de la santé et dans des domaines connexes doivent être accessibles à tous les enfants, aux femmes enceintes et aux mères, en droit et en pratique, sans discrimination d'aucune sorte;

b) *L'accessibilité physique*: les établissements de santé doivent être situés dans un périmètre accessible pour tous les enfants, les femmes enceintes et les mères. Il peut être nécessaire à cet égard d'accorder une attention particulière aux besoins des enfants et des femmes handicapés. Le Comité encourage les États à donner la priorité à l'établissement de structures et de services dans les régions mal desservies et à investir dans des services mobiles, dans des technologies novatrices et dans la mobilisation d'agents de santé bien formés et soutenus, pour atteindre les groupes d'enfants particulièrement vulnérables;

c) *L'accessibilité économique*: le manque de moyens ne devrait pas empêcher l'accès aux services, aux fournitures ou aux médicaments. Le Comité invite les États à supprimer la facturation des frais aux usagers et à mettre en œuvre des systèmes de financement de la santé qui ne soient pas discriminatoires à l'égard des femmes et des enfants qui sont dans l'incapacité de payer. Des mécanismes de partage des risques, tels que les taxes et les assurances, devraient être appliqués sur la base de contributions équitables, fondées sur les moyens;

d) *Accessibilité de l'information*: des informations sur la promotion de la santé, sur l'état de santé et les possibilités de traitement devraient être fournies aux enfants et aux personnes qui en ont la charge dans une langue et sous une forme qui leur soient accessibles et facilement compréhensibles.

c) Acceptabilité

115. Pour ce qui est du droit de l'enfant à la santé, le Comité définit l'acceptabilité comme étant l'obligation de garantir que toutes les structures et tous les biens et services en matière de santé sont conçus et utilisés d'une manière qui tienne pleinement compte et soit respectueuse de l'éthique médicale, ainsi que des besoins, des attentes, de la culture, des opinions et de la langue de l'enfant, en accordant une attention particulière à certains groupes, si nécessaire.

d) Qualité

116. Les structures, les biens et les services de santé devraient être appropriés du point de vue scientifique et médical et être de bonne qualité. Satisfaire au critère de qualité suppose, entre autres: a) que les traitements, les interventions et les médicaments soient définis sur la base des meilleures informations disponibles; b) que le personnel médical soit compétent, reçoive une formation adéquate dans le domaine de la santé maternelle et infantile et concernant les principes et les dispositions de la Convention; c) que les équipements hospitaliers soient approuvés par les instances scientifiques et adaptés aux besoins des enfants; d) que les médicaments soient approuvés par les instances scientifiques, qu'ils ne soient pas périmés, qu'ils soient adaptés spécifiquement aux enfants (si nécessaire) et que d'éventuelles réactions négatives soient surveillées; e) que des évaluations de la qualité des soins dispensés par les établissements de soins soient effectuées régulièrement.

3. Suivi et évaluation

117. Un ensemble d'indicateurs bien structurés et ventilés devrait être constitué pour assurer le suivi et l'évaluation, afin de répondre aux critères de performance décrits ci-dessus. Les données devraient être utilisées pour réorienter et améliorer les politiques, les programmes et les services visant à garantir l'exercice du droit de l'enfant à la santé. Les systèmes d'information sur la santé devraient être conçus de manière que les données soient fiables, transparentes et cohérentes et que le droit à la vie privée des personnes soit néanmoins protégé. Les États devraient revoir régulièrement leurs systèmes d'information sur la santé, et notamment les registres d'état civil et les mécanismes de surveillance des maladies, en vue de les améliorer.

118. Les mécanismes nationaux de responsabilisation devraient exercer un rôle de suivi et d'évaluation et prendre des mesures sur la base des données recueillies. Le suivi désigne le fait de collecter des données sur l'état de santé des enfants et de faire le point régulièrement sur la qualité des services de santé dont les enfants bénéficient, ainsi que sur les montants dépensés et les secteurs concernés, les usages et les bénéficiaires. Il doit prendre la forme de mesures de suivi régulières et d'évaluations approfondies effectuées périodiquement. On entend par évaluation l'analyse des données et le fait de consulter les enfants, les familles, les autres personnes qui s'occupent des enfants et la société civile afin de déterminer si la santé des enfants s'est améliorée et si les gouvernements et d'autres acteurs ont rempli leurs engagements. «Prendre des mesures» désigne le fait d'utiliser les éléments recueillis dans le cadre des processus susdits pour perpétuer et développer ce qui fonctionne et remédier et apporter des modifications à ce qui ne fonctionne pas.

F. Recours en cas de violation du droit à la santé

119. Le Comité encourage vivement les États à mettre en place des mécanismes de plaintes fonctionnels et accessibles aux enfants qui reposent sur une base communautaire et permettent aux enfants de demander et d'obtenir réparation lorsque leur droit à la santé a été violé ou risque de l'être. Les États devraient en outre prévoir des droits étendus en matière de capacité juridique et notamment de recours collectif.

120. Les États devraient garantir et faciliter l'accès des tribunaux aux enfants et aux personnes qui s'occupent d'eux et prendre des mesures pour éliminer tout obstacle à l'accès aux recours en cas de violation du droit de l'enfant à la santé. Les institutions nationales de défense des droits de l'homme, les médiateurs, les associations de professionnels de la santé et les associations de consommateurs peuvent jouer un rôle important à cet égard.

VII. Diffusion

121. Le Comité recommande aux États de diffuser largement la présente Observation générale auprès des parlements et au sein des autorités de l'État, notamment auprès des ministères, des départements et des organes municipaux et locaux qui s'occupent de questions relatives à la santé des enfants.