



Assemblée générale

Distr. générale
29 avril 2013
Français
Original: anglais

Conseil des droits de l'homme

Vingt-troisième session

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

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

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

Résumé de la journée de réunion consacrée aux droits de l'enfant

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

Résumé

Le présent rapport est soumis conformément à la résolution 22/32 du Conseil des droits de l'homme sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, dans laquelle le Conseil a prié la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'établir un compte rendu succinct de la journée de réunion consacrée aux droits de l'enfant. On y trouvera un résumé des débats tenus lors de cette réunion annuelle consacrée aux droits de l'enfant, qui a eu lieu le 7 mars 2013 et avait pour thème le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.

* Soumission tardive. N. B. La journée de réunion qui fait l'objet du présent rapport s'est tenue le 7 mars 2013, soit après la date limite officielle fixée pour la soumission du document (4 mars 2013).

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Généralités	1–4	3
II. Obstacles à la pleine réalisation du droit de l'enfant à la santé.....	5–28	3
A. Déclaration liminaire de la Haut-Commissaire	6–7	4
B. Questions traitées par les intervenants.....	8–16	4
C. Débat en plénière.....	17–21	7
D. Observations finales	22–28	8
III. Mise en œuvre du droit de l'enfant à la santé et mécanismes de responsabilisation	29–51	10
A. Déclaration du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible	30–31	10
B. Questions traitées par les intervenants.....	32–37	11
C. Débat en plénière.....	38–43	13
D. Observations finales	44–50	14

I. Généralités

1. Dans sa résolution 7/29 sur les droits de l'enfant, le Conseil des droits de l'homme a décidé de consacrer chaque année au minimum une réunion d'une journée entière à l'examen de différentes questions relatives aux droits de l'enfant, notamment la détermination des obstacles à la réalisation des droits de l'enfant. Dans sa résolution 19/37, il a décidé de consacrer sa prochaine journée de réunion annuelle au droit qu'a l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible. Dans cette même résolution, le Conseil a invité le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme à établir un rapport sur la question (A/HRC/22/31) et à lui présenter ce rapport à sa vingt-deuxième session, afin d'éclairer le débat annuel d'une journée sur les droits de l'enfant.

2. Depuis l'adoption de la résolution 7/29, le Conseil a tenu les débats thématiques ci-après sur les droits de l'enfant:

- «Les 20 ans de la Convention relative aux droits de l'enfant: réalisations et défis à relever pour sa pleine application» (dixième session);
- «La lutte contre la violence sexuelle à l'égard des enfants» (treizième session);
- «Protection et promotion des droits des enfants travaillant et/ou vivant dans la rue» (seizième session);
- «Les enfants et l'administration de la justice» (dix-neuvième session);
- «Le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible» (vingt-deuxième session).

3. La journée de réunion annuelle consacrée au droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, qui s'est tenue le 7 mars 2013, a offert une excellente occasion d'examiner les obstacles à la pleine réalisation du droit universel à la santé. Les débats ont essentiellement porté sur le renforcement de l'application du droit de l'enfant à la santé et sur les mécanismes de responsabilisation qui devaient être en place pour garantir le respect par les États de leurs obligations dans ce domaine. L'accent a également été mis sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'interdépendance entre le droit à la santé et d'autres droits consacrés par la Convention relative aux droits de l'enfant. La journée de réunion a consisté en deux tables rondes, l'une consacrée aux obstacles à la pleine réalisation du droit de l'enfant à la santé, l'autre à la mise en œuvre du droit de l'enfant à la santé et aux mécanismes de responsabilisation.

4. La journée de réunion a été présidée par le Président du Conseil des droits de l'homme. Richard Horton, rédacteur en chef de la revue *The Lancet*, a animé les débats, auxquels ont notamment participé des enfants venus de Bolivie (État plurinational de) et d'Haïti.

II. Obstacles à la pleine réalisation du droit de l'enfant à la santé

5. La Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme a ouvert la réunion, qui a débuté par la diffusion de la vidéo *Our health, our right, our voices* (notre santé, notre droit, nos voix) produite par World Vision et Save the Children. La table ronde de la matinée a réuni les intervenants suivants: M^{me} Flavia Bustreo, Sous-Directrice générale chargée de la santé de la famille, de la femme et de l'enfant à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS); M. Gustavo Giachetto, Directeur du programme relatif à la santé de l'enfant au Ministère uruguayen de la santé publique; M. Ignacio Packer, Secrétaire général de la Fédération internationale Terre des Hommes; Tama, représentante des enfants venue

d'Haïti; Jonas, représentant des enfants venu de Bolivie (État plurinational de); M^{me} Najat Maalla M'jid, Rapporteuse spéciale sur la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants; M^{me} Selina Amin, représentante de Plan International Bangladesh.

A. Déclaration liminaire de la Haut-Commissaire

6. Dans sa déclaration liminaire, la Haut-Commissaire a fait observer que le droit à la santé était un droit universel reconnu par les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment la Convention relative aux droits de l'enfant, qui dispose en son article 24 que les États doivent prendre des mesures pour réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ainsi que pour lutter contre la maladie et la malnutrition. Ils doivent également prendre toutes les mesures appropriées en vue d'abolir les pratiques préjudiciables à la santé des enfants. La Haut-Commissaire a souligné que le droit de l'enfant à la santé devait être interprété au sens large en prêtant attention à tous les autres droits susceptibles d'influer sur sa réalisation. Elle a indiqué qu'outre les 6,9 millions d'enfants de moins de 5 ans qui mouraient chaque année dans le monde de causes évitables, 300 mouraient chaque heure de malnutrition, malnutrition qui était aussi responsable de retards de développement chez quelque 170 millions d'enfants à l'échelle internationale. La Haut-Commissaire a souligné que d'autres questions appelaient une attention soutenue et immédiate, comme l'obésité, la violence, les blessures et accidents, la toxicomanie et la santé sexuelle et procréative. Elle a ajouté que la forte augmentation des problèmes de santé mentale chez les adolescents était alarmante.

7. La Haut-Commissaire a souligné qu'une approche de la santé fondée sur les droits de l'enfant mettait en évidence la nécessité de mettre un terme à l'exclusion et de réduire les disparités sociales entre différents groupes d'enfants dans le domaine de la santé. Il s'ensuivait qu'afin de garantir à tous les enfants la pleine réalisation du droit à la santé, les États avaient l'obligation de faire en sorte que la santé des enfants ne soit pas compromise par la discrimination. Certains groupes d'enfants étaient infiniment plus vulnérables que les autres, notamment les enfants atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique, les enfants migrants, les enfants des rues, les enfants placés en institution ou privés de protection parentale, les enfants victimes de violence et d'exploitation sexuelle et les enfants vivant dans des lieux reculés ou défavorisés ou dans l'extrême pauvreté. La Haut-Commissaire a également souligné que les enfants devaient avoir accès aux outils et aux instruments nécessaires à la réparation de toute violation de leurs droits, notamment leur droit à la santé. Dans ce contexte, elle a salué la ratification par l'Allemagne, le Gabon et la Thaïlande du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant établissant une procédure de présentation de communications et a dit espérer que d'autres pays fassent prochainement de même pour que cet instrument puisse entrer en vigueur dans les plus brefs délais.

B. Questions traitées par les intervenants

8. L'animateur des débats a relevé que la journée annuelle de débat avait lieu après le Dialogue de haut niveau sur la santé dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015, qui s'était tenu au Botswana du 4 au 6 mars 2013. Le Groupe de personnalités de haut niveau chargé d'examiner le programme de développement pour l'après-2015 avait convenu de principes essentiels qui devraient régir la santé dans le monde après 2015, dont l'urgente nécessité d'accélérer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La journée annuelle de débat consacrée aux droits

de l'enfant donnait l'occasion d'influer sur le programme pour l'après-2015 en ce qui concernait le droit de l'enfant à la santé.

9. Concernant les progrès à faire dans la réduction de la mortalité infantile, M^{me} Bustreo a fait observer que, même si 6,9 millions d'enfants mouraient encore chaque année de causes évitables, le nombre de décès avait considérablement diminué, passant de 12 millions en 1990 à moins de 7 millions en 2011. Cette diminution attestait de l'engagement des États à sauver la vie des jeunes enfants. M^{me} Bustreo a toutefois rappelé que, au niveau mondial, 10 % des grossesses concernaient des jeunes filles de moins de 18 ans, et que ces mêmes jeunes filles représentaient 30 % des cas de mortalité maternelle. C'était là un aspect de la santé de l'enfant où il n'y avait pas eu d'amélioration. De nouveaux progrès s'imposaient, la plupart des décès continuant de toucher les enfants les plus défavorisés et les jeunes filles. Les obligations juridiquement contraignantes qui incombaient aux États en vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments internationaux n'étaient toujours pas inscrites dans les législations nationales. L'OMS était résolue à mettre fin à la mort évitable de millions d'enfants, mais cela exigeait des mesures et des ressources. L'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme pouvait permettre d'améliorer la santé des enfants.

10. Au sujet des mesures prises par l'Uruguay pour lutter contre les maladies non transmissibles et leur incidence sur la réalisation du droit à la santé, M. Giachetto a indiqué que l'Uruguay avait adopté une approche transversale dans ses politiques en matière de santé et avait mis sur pied des programmes spécifiquement consacrés aux femmes enceintes et à la santé de l'enfant et de l'adolescent. Le pays s'était également penché sur la question de la mortalité infantile. Des mesures avaient été prises pour encourager la formation à l'alimentation saine et des dispositions législatives adoptées pour aider à réduire la prévalence du cancer et de la toxicomanie, notamment par une politique de lutte contre le tabagisme qui avait donné de bons résultats et des programmes de vaccination contre l'hépatite B et le virus du papillome humain. M. Giachetto a ajouté que l'Uruguay envisageait le droit à la santé selon une approche globale et, partant, s'intéressait également aux effets sur la santé d'autres indicateurs sociaux. Il a souligné en particulier l'importance du lien entre la santé et l'éducation.

11. M. Packer a évoqué les difficultés auxquelles se heurtaient les enfants dans l'accès à des soins de qualité. Le principe de l'accès de tous à la santé exigeait de déterminer combien de personnes bénéficieraient de cet accès, combien cela coûterait et par où commencer pour en faire une réalité. Il était possible de parvenir à une couverture médicale universelle dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, mais cela supposait des mesures audacieuses de la part des gouvernements et de la communauté internationale. L'accent devrait être mis sur la mère, l'enfant et la santé procréative. Une première étape essentielle consistait à éliminer les obstacles financiers aux services de santé et à supprimer les frais. Il s'agissait ensuite d'assurer un financement public solide et continu de la santé tant par les revenus nationaux que par l'aide publique au développement. Enfin, les États devaient investir dans la qualité des soins, ce qui signifiait investir dans chaque aspect du système de santé, en partant de l'information au personnel soignant jusqu'aux soins de santé primaires et secondaires. Les faits montraient qu'il ne fallait pas faire payer les soins de santé primaires. S'agissant du coût de la couverture médicale universelle, il ressortait de constatations faites dans certains pays qu'une augmentation de 10 % des budgets nationaux de la santé entraînait un accroissement de l'utilisation des services et une amélioration de la santé des enfants.

12. Tama, représentante des enfants venue d'Haïti, a fait observer que le droit de l'enfant à la santé était celui qui jouissait du plus faible degré de priorité, l'effort se portant davantage sur d'autres droits tels que le droit à l'éducation. Les changements de gouvernement entraînaient des changements de programmes qui pouvaient influencer sur

l'accès des enfants aux services de santé. Tama a ajouté que, dans les États fragiles ou après une situation d'urgence, dispensaires et médecins n'étaient jamais assez nombreux et la qualité des soins médiocre. Elle a demandé au Conseil des droits de l'homme de se pencher sur ces questions dans ses débats.

13. Jonas, représentant des enfants venu de Bolivie (État plurinational de) a souligné qu'être en bonne santé permettait aux enfants d'étudier, de jouer et de profiter de leur famille. Le droit à la santé était important, la santé étant indispensable à l'homme. Un grand nombre de décès pourraient être évités si les personnes avaient accès aux soins en temps voulu et à un coût raisonnable. Les soins de santé devaient être abordables financièrement et accessibles à tous, y compris aux femmes autochtones, aux indigents sans instruction et aux jeunes. Il fallait mettre en place des législations nationales permettant des changements en profondeur, et cela devait se faire avec la participation des enfants, qui représentaient non seulement l'avenir mais aussi le présent.

14. La Rapporteuse spéciale sur la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants a évoqué la question des effets de l'exploitation sexuelle sur les enfants et des liens entre la santé et la justice. Elle a fait observer que la violence et l'exploitation sexuelle étaient des violations des droits de l'enfant qui avaient des conséquences dévastatrices sur la santé et le développement physiques et psychologiques des enfants. Parmi les conséquences physiques, on pouvait citer le VIH/sida, les grossesses non désirées, les avortements et d'autres complications graves potentiellement mortelles. Sur le plan psychologique, la violence et l'exploitation sexuelle pouvaient entraîner une perte d'estime de soi, des automutilations, des addictions et des suicides. Il était difficile d'en détecter les différentes formes, les enfants ayant trop honte pour en parler et l'agresseur étant parfois connu de l'enfant et de sa famille. Le personnel médical dans son ensemble devrait être formé à déceler les signes de violence physique et sexuelle chez les enfants. Ses compétences devraient être renforcées par la législation, en particulier par des procédures de signalement. La protection des enfants victimes de violence et d'exploitation sexuelle devrait être pluridisciplinaire, c'est-à-dire s'étendre aussi bien aux aspects juridiques qu'aux aspects psychologiques, sociaux et médicaux. Le personnel de santé jouait un rôle essentiel non seulement dans la détection de la violence sexuelle mais également dans son signalement aux autorités et son suivi. Les auteurs devraient être punis et les victimes être protégées et se voir accorder une indemnisation adéquate.

15. Sur la question des liens entre les mariages d'enfants et la non-réalisation du droit de l'adolescent à la santé sexuelle et procréative, M^{me} Amin a indiqué que les statistiques relatives à ce type de mariage avaient véritablement de quoi effrayer. Elle a souligné que, dans les pays en développement, plus de 30 % des filles étaient mariées avant l'âge de 18 ans, les parents considérant paradoxalement le mariage comme un moyen efficace de protéger leur fille contre les violences. Ces mariages, qui constituaient une violation des droits de l'enfant, allaient fréquemment de pair avec des grossesses précoces, qui présentaient des risques majeurs tant pour la mère que pour l'enfant. Les conséquences dévastatrices des mariages d'enfants continuaient d'être passées sous silence; il fallait prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre fin à cette pratique préjudiciable. L'éducation à la santé dispensée à l'école était indispensable au développement des enfants, en particulier parce qu'elle leur donnait les outils nécessaires pour prendre les bonnes décisions dans leur vie. M^{me} Amin a ajouté que les enfants et les adolescents avaient le droit de recevoir des informations complètes et adaptées à leur âge sur la sexualité et la procréation dans le cadre de cette éducation. Il convenait, dans le cadre du programme scolaire, de dispenser aux enfants et aux adolescents une éducation sexuelle complète qui aille au-delà des questions de la procréation et de la transmission des maladies.

16. Pour résumer, l'animateur des débats a souligné que quatre mots clefs avaient émergé de la discussion: données, société, voix et opportunités. Il a noté que la collecte de données fiables était essentielle au règlement des problèmes. Les enfants étaient au cœur de la société, et leur santé constituait un baromètre de l'engagement moral et politique actuel et futur en faveur d'un monde plus juste. La voix des enfants était indispensable à tout processus participatif, et il fallait mettre à profit toutes les opportunités de réaliser le droit de l'enfant à la santé.

C. Débat en plénière

17. Au cours du dialogue, les délégations du Conseil de l'Europe, de l'Organisation de coopération islamique et de l'Union européenne ainsi que celles des pays ci-après ont pris la parole: Allemagne, Arménie, Bahreïn (au nom du Groupe des États arabes), Congo, Émirats arabes unis, Estonie, États-Unis d'Amérique, Gabon (au nom du Groupe des États d'Afrique), Haïti, Iran (République islamique d'), Jordanie, Népal, Norvège, Paraguay, Qatar, République arabe syrienne, Slovaquie, Soudan, Sri Lanka, Suède (au nom d'un groupe interrégional), Suisse, Thaïlande, Turquie et Uruguay. Des représentants des institutions nationales des droits de l'homme et des organisations non gouvernementales ci-après ont aussi pris la parole: Caritas International, Conseil national des droits de l'homme du Royaume du Maroc, Défense des enfants International, Human Rights Watch et World Vision International.

18. Au cours du dialogue, nombre de délégations ont évoqué les efforts faits par leurs pays respectifs sur le plan national pour garantir la réalisation du droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible. Des États membres ont réaffirmé, d'une part, que la réalisation du droit de l'enfant à la santé était une condition *sine qua non* de l'exercice de tous les autres droits consacrés par la Convention relative aux droits de l'enfant et, d'autre part, qu'il fallait adopter une approche intégrée de la promotion du droit de l'enfant à la santé. Il a également été souligné qu'il importait de veiller à ce que tous les enfants aient accès dans des conditions d'égalité à des soins de santé de qualité sans discrimination aucune et que les inégalités dans l'accès aux soins de santé étaient fréquemment liées à des questions plus structurelles telles que l'inadéquation des systèmes de santé, l'insuffisance du financement du secteur de la santé et le manque de personnel qualifié. Les conflits, la pauvreté et, dans certaines régions, le manque d'eau potable, empêchaient les enfants d'exercer leur droit à la santé. La mortalité infantile, les épidémies et le VIH/sida continuaient de poser de graves difficultés dans certains pays. Plusieurs délégations ont évoqué la situation et la vulnérabilité des enfants vivant sous occupation étrangère.

19. Plusieurs intervenants ont fait valoir qu'il fallait prêter davantage attention à l'assistance technique et à la coopération dans le cadre du renforcement des droits fondamentaux de l'enfant, notamment le droit à la santé. Certaines délégations ont exprimé leur appui à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, adoptée le 21 octobre 2011 à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi qu'au Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant établissant une procédure de présentation de communications. L'enregistrement des naissances a été qualifié de pas essentiel vers le renforcement des droits de l'enfant, notamment le droit à la santé. On a également souligné qu'il importait de traiter les enfants avec attention, sensibilité, équité et respect du début à la fin de toute intervention dans le domaine de la santé. Plusieurs délégations ont fait état de l'intérêt supérieur de l'enfant comme d'une considération primordiale. Dans ce contexte, les intervenants ont soulevé la question de la promotion de l'allaitement maternel et souligné le rôle essentiel de la famille s'agissant de garantir le bien-être et la protection des enfants.

20. L'attention a été appelée sur l'éducation pour la santé, notamment sur l'éducation et l'information en matière de santé sexuelle et procréative à l'intention des enfants et des adolescents. Des intervenants ont souligné que les droits relatifs à la sexualité et à la procréation étaient peu pris en considération, voire bafoués par des pratiques préjudiciables comme les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants. Parmi les autres questions soulevées, on peut citer les progrès technologiques et la sélection prénatale en fonction du sexe, l'importance des initiatives de sensibilisation au droit de l'enfant à la santé et la nécessité pour les États de prendre les mesures voulues pour réduire la mortalité infantile.

21. Des organisations non gouvernementales se sont déclarées préoccupées par la santé environnementale des enfants et ont invité les gouvernements à prendre des mesures pour prévenir l'exposition d'enfants à des substances chimiques toxiques et à traiter les effets de cette exposition sur la santé. Elles ont également exprimé des préoccupations au sujet des enfants migrants et ont prié les États de veiller à ce que l'intérêt supérieur de l'enfant soit toujours privilégié, quel que soit le statut migratoire de l'enfant ou de ses parents. L'attention a été appelée en outre sur la vulnérabilité et les besoins particuliers des enfants en détention et des enfants en conflit avec la loi.

D. Observations finales

22. L'animateur des débats a fait la synthèse des principaux points soulevés et a invité les intervenants à répondre à un certain nombre d'interrogations, dont les suivantes: la couverture médicale universelle est-elle la panacée? À quels obstacles se heurtent les politiques plurisectorielles qui visent à assurer l'accès des enfants à la santé? Quel est le rôle de la famille et comment faire face aux différences de vues exprimées concernant l'éducation sexuelle? Quel rôle pourraient jouer les institutions nationales de défense des droits de l'homme dans la promotion et la protection du droit de l'enfant à la santé? Enfin, comment la communauté internationale pourrait-elle soutenir et renforcer davantage les entités œuvrant dans le domaine de la santé de l'enfant?

23. S'agissant de la couverture médicale universelle, M^{me} Bustreo a indiqué que l'universalité de l'accès aux services de santé était le concept qui sous-tendait toute l'action de l'OMS. La question centrale était de savoir comment mesurer l'universalité. M^{me} Bustreo a souligné que la première étape consistait pour les pays à déterminer quand et où les enfants étaient nés, où ils vivaient et à quels services ils avaient accès. Elle a fait observer que les organisations internationales avaient la responsabilité de fournir des exemples de bonnes pratiques aux États et a évoqué un exemple concret provenant du Brésil. M^{me} Bustreo a en outre souligné qu'il importait d'établir et de promouvoir des réseaux de connaissances entre les pays et en particulier les échanges Sud-Sud. Enfin, les organisations internationales avaient également un important rôle à jouer dans le renforcement des capacités.

24. M. Giachetto a indiqué qu'en Uruguay une politique plurisectorielle globale était mise en place en vue de garantir une approche intégrée de la santé, qui devait inclure des déterminants sociaux concernant la population. Le Ministère de la santé publique ne pouvait s'attaquer seul aux questions de santé, et nombre d'acteurs différents devaient intervenir. Cette approche portait non seulement sur la santé mais aussi sur l'éducation, le logement, la sécurité sociale et d'autres domaines. M. Giachetto a souligné l'importance du rôle de la famille, qui soutenait chaque phase du développement de l'enfant. Il a souligné que l'objectif final des approches plurisectorielles était de garantir un accès complet à des services de santé de qualité répondant aux besoins particuliers de la population et régis par le principe de

l'égalité. Cela supposait d'identifier les groupes vulnérables et d'élaborer des programmes spécifiques pour répondre à leurs besoins. Il fallait aussi définir un ensemble de besoins essentiels pour tous les enfants, quels que soient leur lieu d'origine, leur nationalité et leur race.

25. M. Packer a fait valoir que les institutions nationales de défense des droits de l'homme, y compris les médiateurs, avaient un rôle clef à jouer s'agissant d'obtenir les vues des enfants et de la collectivité dans le domaine de la santé de l'enfant. Il a en outre traité la question des mesures concrètes que pouvaient prendre les États pour garantir l'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme dans le domaine de la santé de l'enfant. M. Packer a souligné que les États devaient s'intéresser à la responsabilité sociale et à la façon dont les individus agissaient au sein des communautés, par exemple sur le plan de la discrimination. Parmi les mesures concrètes, on pouvait citer la fourniture d'informations au niveau communautaire et l'implication des dirigeants communautaires s'intéressant aux questions d'intégration.

26. La Rapporteuse spéciale sur la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants a abordé la question des mutilations génitales féminines et d'autres formes de violence sexuelle, indiquant qu'il fallait trouver des solutions tant au niveau national qu'au niveau international. Au niveau national, des initiatives de sensibilisation visant à changer les mentalités étaient absolument indispensables. La Rapporteuse spéciale a souligné qu'il importait de garantir l'accès à des mécanismes de recours et d'indemnisation rapides et de mettre en place un cadre législatif efficace. Au niveau international, il fallait une véritable collaboration, une action coordonnée et des mécanismes efficaces de responsabilisation et de suivi. La Rapporteuse spéciale a également souligné qu'il était difficile de répondre aux préoccupations concernant les normes universelles et les droits, ainsi que la souveraineté et l'intégrité culturelle des États. Les droits de l'enfant étaient des droits de l'homme, mais la façon dont ils étaient traduits dans la pratique était une question complexe. Dans les cultures catholiques et islamiques, certains voyaient l'éducation sexuelle comme quelque chose susceptible d'encourager une activité sexuelle précoce, alors qu'elle visait en réalité à fournir aux jeunes les informations et les outils dont ils avaient besoin pour comprendre les questions ayant trait à la sexualité. L'exploitation d'enfants et la violence sexuelle ne pouvaient être tolérées dans aucune culture. Il importait, pour faire évoluer les mentalités, de fournir des données scientifiquement démontrées en matière de sexualité et d'éducation sexuelle.

27. M^{me} Amin a fait valoir que les parents et les autres parties prenantes, dont les élites locales, devraient être informés des droits de l'enfant. Elle a souligné que l'éducation influait sur la mortalité infantile et maternelle ainsi que sur bien d'autres aspects de la santé. Au Bangladesh, l'enseignement des compétences nécessaires à la vie courante faisait partie intégrante du programme scolaire. Les médias nationaux étaient mobilisés et les radios locales mises à contribution pour diffuser les informations aux communautés tout entières.

28. Jonas a fait observer que les enfants pouvaient s'aider les uns les autres pour les questions liées au droit à la santé. La plupart des parents estimaient que les questions ayant trait au sexe et aux relations sexuelles étaient taboues, et tant les enfants vivant avec le VIH/sida que les adolescentes enceintes étaient victimes de discrimination. Tous les enfants devaient être respectés et se respecter les uns les autres. Jonas et Tama ont remercié tous les participants de l'occasion qui leur avait été offerte de participer à la journée annuelle de débat.

III. Mise en œuvre du droit de l'enfant à la santé et mécanismes de responsabilisation

29. La table ronde de l'après-midi a débuté par la lecture d'un message par la Rapporteuse spéciale sur la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, au nom du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Anand Grover. Le film intitulé «Our health, our right and our action» (notre santé, notre droit, notre action), produit par Save the Children et World Vision, a ensuite été projeté. Ont participé à cette séance: M. Paul Hunt, professeur de droit à l'Université d'Essex; M^{me} Maria Herczog, membre du Comité des droits de l'enfant; M^{me} Marta Santos Pais, Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants; M^{me} Isabel de la Mata, conseillère principale chargée particulièrement de la santé publique auprès de la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne; M. Thomas Chandy, Directeur de Save the Children (Inde); M. Oscar Parra, juriste principal à la Cour interaméricaine des droits de l'homme.

A. Déclaration du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

30. Le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a indiqué que le droit de l'enfant à la santé ne se limitait pas à l'accès aux soins de santé; il comprenait également des libertés telles que le droit de contrôler sa santé et son corps et des droits, parmi lesquels le droit de bénéficier d'un système de protection de la santé offrant à chaque enfant, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible. Les États se voyaient donc imposer des obligations sur trois plans, à savoir: l'obligation de ne pas entraver l'exercice par les enfants de leur droit à la santé; l'obligation de veiller à ce que des tiers n'entravent pas l'exercice de ce droit; l'obligation de donner effet à ce droit. Cette dernière obligation supposait que les États prennent toutes les mesures nécessaires – sur les plans législatif, administratif, budgétaire et judiciaire – en vue de garantir la réalisation pleine et entière du droit de l'enfant à la santé. Ce droit devait être interprété à la lumière des principes généraux de la Convention relative aux droits de l'enfant.

31. Le Rapporteur spécial a insisté sur le rôle crucial des lois et des politiques nationales. Les législations nationales devaient refléter l'obligation incombant aux États de respecter, protéger et réaliser le droit de l'enfant à la santé. Or, trop souvent, les législations, réglementations et politiques nationales constituaient des obstacles à la pleine réalisation de ce droit; il arrivait, par exemple, que la législation pénale ou d'autres dispositions législatives restrictives empêchent les adolescents d'avoir accès à certains biens de santé sexuelle et procréative (comme les moyens de contraception), interdisent directement la fourniture de certains services spécifiques (tels que l'avortement médicalisé) ou interdisent que soient dispensées des informations sur la sexualité et la procréation dans le cadre des programmes éducatifs scolaires. De telles restrictions, imposées par la loi pénale ou d'autres dispositions législatives, et touchant à la santé sexuelle et procréative des adolescents pouvaient constituer des violations de leur droit à la santé et devaient être abrogées. Le droit à la santé sexuelle et procréative était un élément fondamental du droit de l'enfant à la santé et les États devaient garantir sa réalisation pleine et entière en permettant que soit dispensée une éducation complète à la sexualité et en garantissant pleinement l'accès, à un coût abordable, à des services de santé sexuelle et procréative de qualité, fournis de façon confidentielle, et qui reposent sur des bases factuelles et soient adaptés à l'âge des enfants. Le Rapporteur spécial a souligné que les mécanismes de

responsabilisation étaient essentiels pour que les obligations relatives aux droits de l'homme soient respectées. Au niveau national, les mécanismes de responsabilisation étaient notamment des systèmes de plaintes, des procédures de recours et des organismes de contrôle indépendants, qui devaient être accessibles, efficaces et transparents. Tout enfant victime d'une violation de son droit à la santé devait pouvoir accéder à des procédures de recours devant les tribunaux ou autres, tant au niveau national qu'au niveau international.

B. Questions traitées par les intervenants

32. À propos de la signification de la responsabilisation et de la façon dont elle s'applique dans le domaine des droits de l'homme, M. Hunt a déclaré que les questions touchant à la santé et aux droits de l'homme ne sauraient être traitées de manière indépendante par les juristes et les spécialistes de la santé, et que la coopération était indispensable. Dans le contexte du droit de l'enfant à la santé, la responsabilisation supposait en premier lieu une surveillance des pratiques (reposant, entre autres, sur l'utilisation de divers indicateurs et critères de référence et sur la collecte d'autres types d'informations, comme les «rapports parallèles» émanant d'organisations non gouvernementales); elle impliquait, en second lieu, un examen de ces indicateurs, critères, rapports parallèles et autres informations, afin d'évaluer si les engagements pris en matière de droits de l'homme étaient respectés; et, en troisième lieu, elle supposait d'offrir des moyens de recours. L'engagement de la responsabilité devant les tribunaux était tout à fait essentiel, mais il s'agissait là d'une mesure de dernier ressort. La responsabilisation était primordiale pour veiller à l'exercice du droit de l'enfant à la santé et elle passait par une collaboration entre les professionnels du droit, des droits de l'homme et de la santé notamment. Elle ne représentait cependant qu'une étape du cycle des politiques de santé en faveur des enfants parmi d'autres telles que l'analyse de la situation, la formulation des politiques, leur budgétisation et leur mise en œuvre. Le droit de l'enfant à la santé devait être intégré à chacune des étapes de ce cycle. M. Hunt a rappelé que sans une collaboration étroite, durable et respectueuse entre les spécialistes des droits de l'homme et ceux de la santé, une telle démarche était vouée à l'échec.

33. Concernant les mesures à prendre pour assurer aux travaux du Comité des droits de l'enfant des retombées plus importantes à l'échelon national, M^{me} Maria Herczog a déclaré que le point faible du Comité était l'absence de mécanisme de suivi et les difficultés éprouvées à contrôler la mise en œuvre nationale de ses observations finales. Il incombait aux États de traduire les recommandations formulées par le Comité en termes de plans, de politiques et de programmes concrets et de veiller à dégager des financements suffisants. Elle a souligné qu'il importait de familiariser l'ensemble du personnel du secteur de la santé à la dimension de la santé des enfants touchant aux droits de l'homme. D'autres acteurs clefs, parmi lesquels les entreprises et les médias, devaient également être associés et informés, car ils avaient un rôle essentiel à jouer pour prévenir les maladies pour favoriser le plus large accès possible à la santé. Parmi les exemples récents d'actions entreprises par le Comité en vue de renforcer le droit de l'enfant à la santé, on pouvait citer la formulation de quatre nouvelles observations générales relatives au droit de l'enfant à la santé, au droit de jouer, à l'intérêt supérieur de l'enfant et à la responsabilité des entreprises en matière de droits de l'enfant. M^{me} Herczog a mis l'accent sur les responsabilités pesant sur les entreprises concernant le respect du droit de l'enfant à la santé, notamment les entreprises dont les activités entraînaient une dégradation de l'environnement ou qui employaient des enfants, ainsi que sur les diverses lacunes que l'industrie pharmaceutique devait combler pour permettre un meilleur accès des enfants au droit à la santé.

34. La Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants a parlé des incidences de la violence exercée contre les enfants et des mécanismes de responsabilisation nécessaires pour prévenir et éliminer cette violence. Elle a déclaré que la violence faite aux enfants bafouait l'ensemble de leurs droits fondamentaux, y compris leur droit à la santé, et a insisté sur le rôle crucial des professionnels de santé dans la détection de cette violence. Les hôpitaux constituaient généralement la première structure à laquelle s'adressaient les enfants victimes de violences sexuelles; il était donc important qu'ils soient préparés à offrir une assistance immédiate, voire d'urgence, aux enfants ayant subi ce type de sévices. Dans un nombre croissant de pays, les centres de soins de santé jouaient le rôle de guichets uniques pour les enfants victimes de violences. Dans ces centres, les services sociaux et les services de santé, de police et de justice travaillaient conjointement afin de prodiguer aux enfants victimes les conseils techniques et l'assistance nécessaires, de les protéger et de veiller à leur réinsertion, dans le respect de l'intérêt supérieur de ces enfants. La Représentante spéciale a expliqué que les violences faites aux enfants pouvaient entraîner dépression et perte d'estime de soi et qu'elles allaient de pair avec des troubles de l'alimentation et du sommeil, et des comportements agressifs ou à risque, tels que la toxicomanie, la prostitution et les grossesses précoces. La Représentante spéciale a précisé que, toutes les trois secondes, une fille de moins de 18 ans était mariée, le plus souvent de force à un homme beaucoup plus âgé, et que ces mariages précoces aggravaient le problème des grossesses précoces. Elle a indiqué que, pour les filles qui étaient enceintes avant l'âge de 15 ans, le risque de mortalité liée à la maternité était cinq fois plus élevé que pour les femmes qui se mariaient lorsqu'elles avaient une vingtaine d'années. Elle a fait observer que la question de la responsabilisation revêtait divers aspects et que la législation en constituait un élément essentiel. Il était indispensable que la loi interdise toute forme de violence à l'égard des enfants et que cette interdiction s'accompagne de la suppression de toute justification susceptible de légitimer les pratiques encourageant cette violence. Il était également nécessaire de recueillir davantage de données et d'éléments sur la question et des crédits devaient être consacrés au personnel médical et aux règles de déontologie. Pour lutter contre la maltraitance des enfants, il importait de coopérer avec les jeunes et de leur donner les moyens d'agir.

35. Selon M^{me} de la Mata, il fallait concentrer les efforts sur les populations défavorisées en mettant en place des politiques globales couvrant les questions d'éducation, de santé et de nutrition, afin d'aider les groupes vulnérables. La Commission européenne se préoccupait également de questions telles que les styles de vie malsains et la situation des enfants handicapés et souffrant de troubles mentaux. L'Union européenne disposait de plusieurs instruments financiers, parmi lesquels le Fonds social européen et le Fonds européen d'aide aux plus démunis. Un ensemble d'indicateurs visant spécifiquement les questions de santé, portant par exemple sur la mortalité infantile et juvénile, avaient été définis afin de surveiller les progrès réalisés, et des objectifs précis avaient été assignés aux États membres, qui avaient été invités à prendre des mesures. En période de crise économique, il fallait démontrer encore davantage la valeur de la santé et faire valoir l'importance des investissements en faveur des jeunes, y compris pour leur santé. L'Union européenne avait mis en place des stratégies pour promouvoir des programmes et des activités spécifiques en faveur de la santé et pour remédier aux inégalités sociales.

36. À propos du rôle de la société civile et des mécanismes communautaires de responsabilisation, M. Chandy a indiqué que l'État n'était pas seul chargé du processus de responsabilisation; pour être efficace, un tel dispositif supposait une coopération avec la société civile et la communauté. Il fallait aussi combler les lacunes en matière d'information et renforcer l'égalité. S'agissant des inégalités, l'intervenant a mis l'accent sur le lien étroit qui existait entre la pauvreté et la discrimination. Pour remédier aux lacunes dans le domaine de l'information, il fallait mener sur le terrain une action de

sensibilisation aux droits et avantages dont pouvaient se prévaloir les enfants. En outre, il était crucial que les voix de la communauté et de ses dirigeants soient entendues. Les enfants devaient aussi être associés aux discussions et avoir la possibilité d'y participer, car ils étaient les meilleurs porte-paroles de leurs propres besoins. L'intervenant a réaffirmé que le succès du processus de responsabilisation supposait un partenariat entre gouvernement, société civile et communauté et insisté sur l'importance d'une action conjointe, et non concurrente, de leur part.

37. M. Parra a fait référence à la jurisprudence pertinente des tribunaux latino-américains au sujet du droit de l'enfant à la santé. La Cour constitutionnelle colombienne avait statué sur une affaire soumise à la justice par des parents dont les enfants s'étaient vu refuser l'accès au vaccin contre la méningite, car ils ne remplissaient pas les conditions requises pour bénéficier des programmes prévus pour ces familles. La Cour constitutionnelle a observé qu'en regard au fait que les enfants n'avaient pas la capacité de participer au processus législatif et qu'ils recevaient une protection insuffisante de l'exécutif, il incombait au pouvoir judiciaire de protéger leurs droits. M. Parra a également mentionné une affaire en Argentine dans laquelle des médicaments avaient été refusés à un enfant en raison de restrictions budgétaires. En l'espèce, la Cour suprême avait estimé que l'État ne pouvait interrompre un traitement en cours en raison d'un manque de ressources. M. Parra a également cité une affaire portée devant la Cour interaméricaine des droits de l'homme et à laquelle l'Argentine était partie, dans laquelle un enfant atteint de troubles mentaux demandait une indemnisation appropriée pour financer sa réadaptation, alors que la procédure devant les tribunaux internes avait été trop longue. La Cour avait conclu que ce retard avait eu des conséquences dommageables sur les droits de l'enfant, y compris son droit à la santé, et qu'une équipe interdisciplinaire devait être créée pour remédier à la situation de cet enfant.

C. Débat en plénière

38. Au cours du débat, les délégations de l'Afrique du Sud, de l'Algérie, de l'Australie, de la Belgique, du Brésil, de la Bulgarie, du Chili, de la Chine, du Costa Rica, de Cuba, de l'Égypte, de l'Espagne, de la Fédération de Russie, de l'Indonésie, de la Malaisie, des Maldives, du Pérou, de la Roumanie, du Saint-Siège, de la Sierra Leone et de l'Union africaine ont pris la parole. Les représentants de l'Organisation internationale du Travail, du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance se sont également exprimés. Les représentants de la Commission sud-africaine des droits de l'homme, de l'Al Zubair Charity Foundation, de la Maarij Foundation for Peace and Development, de Human Rights Advocates et du Consortium for Street Children sont aussi intervenus.

39. Les États ont indiqué au cours des discussions que la réalisation du droit universel de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible revêtait un caractère de haute priorité sur le plan mondial et ils ont souligné combien il était essentiel que la question de la santé de l'enfant ait sa place dans l'action pour le développement après 2015. Des participants ont évoqué la situation des enfants atteints d'une coïnfection par le VIH et la tuberculose, soulignant qu'il n'existait pas de formules médicamenteuses pédiatriques pour ces cas et ils ont appelé à poursuivre les investissements et la coopération avec les laboratoires pharmaceutiques et les instituts de recherche en vue de sauvegarder la vie et la dignité des enfants vivant avec le VIH ou une coïnfection au VIH et à la tuberculose. Certains ont relevé les progrès accomplis ces dernières décennies dans le domaine de la santé des enfants. Des exemples de stratégies visant à mettre en place des systèmes de soins de santé primaires propres à faire bénéficier l'ensemble de la population des progrès de la médecine ont été cités, tout comme l'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux systèmes

d'assainissement, l'amélioration de la nutrition infantile et la mise en place de vastes programmes de vaccination en faveur des enfants.

40. Au cours du débat, les participants ont de nouveau exprimé leurs préoccupations devant les 6,9 millions d'enfants qui mouraient chaque année de causes évitables et ils ont souligné qu'il fallait adopter une approche fondée sur les droits de l'homme pour l'accès des enfants aux services de santé. Certains intervenants ont attiré l'attention sur la stigmatisation sociale attachée à la grossesse des adolescentes et indiqué que les programmes éducatifs et les campagnes médiatiques devaient jouer un rôle de sensibilisation plus important. La place essentielle de l'éducation sanitaire et des campagnes et outils de promotion de la santé dans la prévention et la lutte contre les problèmes liés à l'obésité et à la consommation de substances nocives a également été mise en évidence, tout comme l'importance de la coopération internationale en la matière s'agissant de soutenir les systèmes et les plans nationaux de santé. Les 150 millions d'enfants qui effectuent des travaux dangereux et sont soumis aux pires formes de travail, ainsi que les difficultés auxquelles ils doivent faire face pour réaliser leur droit à la santé, ont également été évoqués.

41. Certains intervenants ont fait référence au rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (A/HRC/22/31) et souligné que les contextes culturels et historiques auraient dû faire l'objet d'un examen plus approfondi. Le représentant de l'Égypte, notamment, s'est dit profondément déçu par le rapport et a indiqué qu'au lieu d'apporter une contribution aux efforts déployés sur les plans national et mondial, il présentait une approche très risquée, ne tenant aucun compte de la diversité culturelle et des priorités des pays en développement. Le représentant de l'Égypte a expliqué que la manifestation de comportements à risque chez les enfants, tels que l'activité sexuelle des mineurs et la consommation de drogues, ne saurait justifier l'acceptation de ces pratiques et que l'on devait s'efforcer de les éliminer en faisant appel à l'autorité parentale, à des mesures de sensibilisation et à la promotion de l'abstinence. Il a demandé à ce que la position de son pays et son rejet sans appel de l'approche et du contenu du rapport soient clairement consignés dans le compte rendu de la séance.

42. Les participants ont souligné que l'absence d'obligation de rendre compte était le principal obstacle au respect du droit de l'enfant à la santé. Ils ont aussi insisté sur le rôle majeur joué par les institutions nationales des droits de l'homme, les tribunaux et les médias dans le dispositif de responsabilisation.

43. Des organisations non gouvernementales ont évoqué la situation des enfants vivant dans des camps de réfugiés, où ils étaient exposés au risque d'être recrutés comme soldats, et elles ont rappelé l'importance de la prévention, de l'éducation sanitaire et des campagnes de sensibilisation. L'attention a été appelée sur les milliers d'enfants vivant ou travaillant dans la rue et sur les difficultés qu'ils éprouvaient à exercer leur droit à la santé, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé.

D. Observations finales

44. L'animateur des débats a invité les participants à présenter leurs observations sur un certain nombre de points, parmi lesquels la mise en place de mécanismes de responsabilisation, les systèmes de valeurs familiaux et culturels, les mesures à prendre pour que les groupes défavorisés, y compris les enfants des rues, aient accès aux services de santé, les mesures à prendre pour intégrer la santé mentale dans les politiques de santé.

45. M. Hunt a indiqué que la mise en place de mécanismes de responsabilisation efficaces supposait de combiner différents instruments, parmi lesquels les parlements, les institutions nationales de défense des droits de l'homme et les commissaires aux droits de l'enfant, les autorités de santé locales, les conseils d'administration des hôpitaux et les comités de patients. En outre, toutes les mesures prises en matière de responsabilisation devaient être fondées sur la transparence et la participation. Dans le cadre de l'amélioration du dialogue entre les organismes des Nations Unies en vue de garantir le respect du droit de l'enfant à la santé, ces organismes devaient travailler conjointement sur des projets spécifiques dans un esprit de coopération à la demande d'organes intergouvernementaux tels que le Conseil des droits de l'homme. M. Hunt a ajouté que leurs conseils d'administration devaient prendre en compte le droit à la santé de manière systématique et accorder à leurs responsables la marge de manœuvre nécessaire sur le plan politique pour collaborer avec d'autres organismes sur la question des droits de l'homme. Il a invité les États membres du Conseil des droits de l'homme à exprimer leurs vues sur le droit à la santé auprès de ces organismes.

46. M^{me} Herczog a souligné l'importance d'une approche fondée sur les droits et, tout particulièrement, de la Convention relative aux droits de l'enfant en tant qu'outil et cadre de portée universelle ayant vocation à faire partie intégrante de l'action pour le développement après 2015. La famille était primordiale et des efforts devaient être faits pour soutenir son rôle et celui des parents. Ceux-ci devaient être encouragés à employer des méthodes d'éducation non violentes et fondées sur les droits. L'intervenante a insisté sur la difficulté qu'il y avait à définir de bons indicateurs, tout en mettant l'accent sur la qualité des indicateurs qui étaient déjà utilisés dans le domaine des droits de l'enfant dans la petite enfance.

47. La Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants a déclaré que des problèmes tels que les grossesses chez les adolescentes donnaient lieu à une stigmatisation et qu'il convenait de les traiter en tenant compte de la diversité culturelle. Les enfants devaient avoir la possibilité d'être informés et pleinement associés à tous les processus les concernant. S'agissant de la question des liens existant entre le droit de l'enfant à la santé et le droit des femmes à la santé, elle a fait référence à la Commission de la condition de la femme, qui se penchait également sur la question de la violence exercée à l'égard des femmes et des filles et relevé que les sujets se recoupaient. Elle a appelé l'attention sur la nécessité d'intensifier la coopération entre les organisations de défense des droits des femmes et des droits de l'enfant.

48. M^{me} de la Mata a fait observer qu'au-delà des déclarations de caractère général sur l'accès à la santé, des politiques spécifiques étaient nécessaires pour permettre l'inclusion des communautés marginalisées. Elle a déclaré qu'au niveau européen des programmes spécifiques visant des groupes particuliers d'enfants, tels que les enfants roms, avaient été mis en place et que la question de la santé mentale était au cœur de la problématique de la santé des enfants.

49. M. Chandy a réaffirmé que la famille constituait la cellule fondamentale au sein de laquelle était assurée la protection de l'enfant. Il a également souligné que l'urbanisation accélérée en Asie et en Afrique avait conduit à une augmentation du nombre des enfants vivant dans la rue. Il était primordial de veiller à ce que des structures de soins soient créées pour les enfants des rues, afin qu'elles prennent en charge les questions de santé et de protection les concernant. Étant donné que bon nombre des enfants vivant et travaillant dans la rue étaient susceptibles de se trouver en conflit avec la loi, il y avait également lieu d'accorder aux systèmes de justice pour mineurs l'attention qui s'imposait.

50. M. Parra a expliqué que si les gouvernements ne progressaient pas dans la réalisation du droit à la santé, les tribunaux pouvaient intervenir pour remédier à cet état de fait. À propos du travail des enfants, il a indiqué que, dans le cadre du système interaméricain, la Commission avait évoqué le problème particulier du travail des enfants en le rattachant à celui de la vulnérabilité des enfants démunis. Il a indiqué que l'élimination du travail des enfants représentait un objectif prioritaire pour les États de la région.
