



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Europe**

---

**Comité régional de l'Europe**

EUR/RC68/8(E)

Soixante-huitième session

**Rome (Italie), 17-20 septembre 2018**

6 août 2018

180405

Point 5 o) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

**Rapports de situation sur  
Investir dans l'enfance : la stratégie européenne  
pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020  
et le plan d'action européen pour la prévention  
de la maltraitance des enfants 2015-2020**

Ces rapports présentent un aperçu de la mise en œuvre de « Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 et le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 », conformément à la résolution EUR/RC64/R6.

Ce document est soumis à la soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe de 2018.

## Sommaire

Rapport de situation sur « Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 » .....	3
Contexte .....	3
La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne .....	3
Rapports aux pays .....	6
Centres collaborateurs.....	6
Soutien aux fins de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies nationales pour la santé des enfants et des adolescents .....	7
Conclusions et voie à suivre .....	8
Annexe. Cartes géographiques.....	10
Rapport de situation sur « Investir dans l'enfance : le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 19	
Contexte .....	19
Généralités .....	20
Objectif 1. Accroître la visibilité des risques sanitaires tels que la maltraitance des enfants par la mise en place de systèmes d'information dans les États membres .....	20
Objectif 2. Renforcer la gouvernance pour la prévention de la maltraitance des enfants grâce aux partenariats et à l'action multisectorielle en élaborant des plans nationaux.....	21
Objectif 3. Réduire les risques de maltraitance des enfants et ses conséquences par la prévention en renforçant les systèmes de santé des États membres .....	22
La Région européenne est-elle en voie d'atteindre la cible de réduction de 20 % des homicides d'enfants et de la maltraitance à l'égard des enfants d'ici 2020 ? .....	23
Conclusions et perspectives .....	24

## **Rapport de situation sur « Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 »**

### **Contexte**

1. En 2014, en sa soixante-quatrième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR64) a adopté la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 et le Plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 dans la résolution EUR/RC64/R6. Celle-ci prie instamment les États membres :

- a) d'améliorer la santé et le bien-être des nourrissons, des enfants et des adolescents et d'alléger le fardeau représenté par un mauvais état de santé chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, y compris lorsque cet état est dû à de la maltraitance et à d'autres événements indésirables au cours de l'enfance, en veillant à ce qu'il y ait des interventions pour la promotion de la santé, la protection de la santé et la prévention des maladies, ainsi que des études sur les déterminants de la santé et du bien-être de l'enfant, combinant des mesures à portée universelle avec des mesures ciblées, l'accent étant mis sur les groupes vulnérables ;
- b) de respecter les droits des enfants, de favoriser leur inclusion sociale, de leur offrir des possibilités équitables d'atteindre la meilleure qualité de vie possible et d'investir dans des interventions en faveur de leur développement dans la petite enfance, de leur croissance pendant l'adolescence, et de cadres familiaux et institutionnels épanouissants ;
- c) de renforcer les systèmes de santé et les services de prévention pour permettre l'accès à un continuum de soins de haute qualité dès la période prénatale, puis dans la petite enfance, l'enfance et l'adolescence, afin d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan sanitaire et social.

2. Cette résolution demande à la directrice régionale de faire rapport au CR68 et au CR71 en 2018 et en 2021, respectivement, sur la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action. Le présent rapport de situation fournit des informations sur la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents jusqu'en 2018.

### ***La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne***

#### **Profils de pays**

3. En compilant les informations disponibles sur la santé des enfants et des adolescents dans les différents États membres de la Région européenne de l'OMS, tout en mettant l'accent sur les priorités fixées dans la stratégie, le secrétariat a dégagé un ensemble de profils de pays. Ceux-ci sont rendus publics sur le Portail européen d'information sanitaire (*European Health Information Gateway*) de l'OMS et peuvent être téléchargés individuellement au format PDF<sup>1</sup>.

#### **Enquête de référence**

4. Les profils de pays sont complétés par les résultats d'une enquête qui a été transmise aux États membres en 2016, avec pour date limite de dépôt des réponses le 31 mars 2017. Un total de 48 États membres y a répondu dans les délais impartis. Les résultats de l'enquête sont également

---

<sup>1</sup> Voir <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/cah/>.

disponibles sur le Portail européen d'information sanitaire, ainsi que dans un rapport détaillé avec les profils de pays. Les réponses concernant l'alignement des politiques nationales sur la stratégie régionale ont été incluses dans le présent rapport de situation. L'annexe du rapport contient des cartes présentant les réponses par pays à certaines questions sur les sujets mentionnés, posées dans le cadre de l'enquête réalisée auprès des États membres.

### **Stratégies pour la santé des enfants et des adolescents et gouvernance**

5. Dans 36 des 48 États membres qui ont répondu à l'enquête, des stratégies nationales pour la santé des enfants et des adolescents ont été adoptées depuis 2014 ou sont en cours de préparation. Douze des stratégies existantes et 7 des stratégies planifiées sont en fait spécifiquement consacrées à la santé des enfants et des adolescents. La figure 1 de l'annexe au présent rapport oppose ces données aux informations compilées au moyen d'une question similaire contenue dans une enquête réalisée par le Bureau régional en 2006, et selon laquelle 18 des 34 répondants disposaient d'une stratégie régionale, 4 déployaient une stratégie « partielle » et 8 ne présentaient aucune stratégie.

6. Parmi les États membres ayant mis en place une stratégie, 20 ont alloué des ressources budgétaires à sa mise en œuvre et 21 ont instauré des systèmes de suivi. Dix pays qui présentent une stratégie ou une stratégie en cours de préparation n'ont aucun système en place aux fins du suivi de sa mise en œuvre au regard de cibles et d'indicateurs. Vingt-neuf États membres prévoient d'examiner la stratégie existante d'ici 2020, un exercice qui leur permettra d'influer sur le paysage national de la santé des enfants et des adolescents.

### **Collecte de données clés**

7. Trente-cinq États membres ont déclaré qu'ils ventilent les données relatives à la couverture des interventions majeures par sexe, et 30 États membres le font par répartition géographique. Il est moins fréquent que les données sur la couverture sanitaire soient analysées en fonction du statut de migrant, de l'ethnicité ou de la situation socioéconomique ; 13 des 39 pays examinent le statut de migrant, 11 tiennent compte de l'ethnicité et 19 ventilent par situation socioéconomique. Il existe de profondes lacunes régionales dans la collecte de données sur l'ensemble des enfants puisque seuls 9 pays sur 43 collectent des données sur les services de santé dispensés aux enfants appartenant à des groupes à risque (comme les Roms ou les enfants issus de minorités) et que 15 pays sur 44 collectent des données sur l'état de santé des enfants de réfugiés et de migrants. Trente-quatre États membres ont fourni des chiffres sur les mineurs placés en institution. Bien que 30 pays aient déclaré mener des enquêtes sur la maltraitance des enfants, les enfants eux-mêmes sont rarement interrogés. Seize pays sur 46 mènent des enquêtes représentatives au niveau national sur la violence sexuelle ou infligée par un partenaire intime, tandis que 18 pays sur 46 collectent des données sur la consommation d'alcool chez les mères.

### **Systèmes de santé et qualité des soins**

8. La façon dont les systèmes de santé dispensent des soins aux enfants et aux adolescents varie d'un point à l'autre de la Région : 21 des 50 États membres communiquant des données à ce sujet présentent des systèmes de soins mixtes dans lesquels le médecin généraliste et le pédiatre administrent les soins primaires, tandis que dans 10 pays, les pédiatres seuls dispensent ces soins aux enfants. La dotation en personnel professionnel prodiguant des soins de santé aux enfants et aux adolescents varie nettement entre les zones urbaine et rurale, et 23 pays sur 43 ont déclaré collecter des informations à cet égard. Onze pays sur 39 ont affirmé qu'ils n'ont pas de

système en place permettant d'assurer une formation professionnelle continue sur la santé des adolescents. Seize pays ont déclaré qu'ils n'organisent pas régulièrement d'audits sur la mortalité périnatale. Les listes de médicaments essentiels et les versions pédiatriques des médicaments essentiels ne sont pas disponibles dans 25 et 21 pays, respectivement. Vingt-deux pays ont signalé qu'ils collectent des informations sur le nombre d'ordonnances délivrées aux enfants et aux adolescents âgés de moins de 18 ans, tandis que 21 pays ont affirmé qu'ils ne collectent pas de telles données.

### **Droits et participation**

9. Sur l'ensemble des 48 répondants, 34 ont déclaré qu'ils disposent d'un médiateur ayant pour mandat le droit à la santé des enfants et des adolescents, et tous ont signalé que la santé est l'objet d'une part conséquente de leurs notifications au titre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Les enfants et les jeunes ne sont pas consultés lors de l'examen, de l'élaboration ou de la mise en œuvre des stratégies nationales pour la santé des enfants et des adolescents dans 14 pays sur 35, et leur participation à ces processus varie. Des politiques en matière d'accord, de confidentialité et de consentement existent dans 36 pays sur 42, et l'accès aux soins sans le consentement parental est possible dans 37 pays sur 45. Un nombre plus faible de pays a évoqué le droit des jeunes à l'accès à la contraception ou à l'avortement sans le consentement parental ; 32 pays sur 42 et 23 pays sur 44, respectivement, ont signalé l'existence de politiques en la matière. Vingt et un pays sur 33 ont fait part de la collecte systématique d'informations sur la connaissance des enfants et des adolescents en matière de sexualité.

### **Santé à l'école**

10. L'ensemble des 48 répondants a déclaré disposer de politiques d'appui au développement dans la petite enfance, et 28 pays sur 44 ont adopté des politiques soutenant la promotion de la santé dans le cadre scolaire. Treize pays sur 42 ont affirmé que leur politique nationale en matière de santé à l'école n'inclut pas la santé mentale des adolescents, 20 pays sur 48 ne disposent pas de politique concernant la disponibilité des aliments nuisibles à la santé à l'école, et dans 26 pays sur 42, des cours d'éducation sexuelle sont dispensés dans l'enseignement primaire et secondaire.

### **Comportements à risque et exploratoires**

11. L'enquête du Bureau régional sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, dont les données les plus récentes datent de 2013-2014, fournit des indications sur les comportements à risque des adolescents. D'après cette enquête, l'usage de l'alcool et du tabac chez les adolescents est répandu dans la Région. La consommation de cannabis est plus courante dans l'Union européenne qu'en Europe orientale, en Asie centrale et dans les Balkans. Le harcèlement et les bagarres sont particulièrement fréquents chez les adolescents âgés de 15 ans des pays de la Communauté des États indépendants. Deux adolescentes sur 5 et 1 adolescent sur 3 dans la Région déclarent avoir des rapports sexuels non protégés.

### **Santé mentale et bien-être**

12. Vingt-huit pays sur 43 ont affirmé disposer d'un mécanisme en place aux fins de l'examen de la qualité des services de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents ; 25 d'entre eux déclarent fournir des orientations pour aider à la transition des services de soins de santé mentale pour enfants vers ces mêmes services pour adultes. Seize pays sur les 45 pays déclarants ne disposent pas de services de proximité afin d'intervenir de façon précoce auprès des jeunes

souffrant d'un premier épisode de problème de santé mentale. Des données sur le nombre de professionnels de santé spécialisés dans la santé des enfants et des adolescents qui sont confrontés au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et à l'autisme, ainsi que sur le nombre d'enfants traités par un professionnel de la santé mentale pour ces affections ne sont disponibles que pour 18 pays en ce qui concerne le TDAH et pour 20 pays en ce qui concerne l'autisme.

### **Maladies infectieuses et salubrité environnementale**

13. Huit pays ont déclaré procéder à la vaccination contre le rotavirus. Le vaccin contre le papillomavirus humain est disponible gratuitement dans 27 pays sur 46. Vingt-deux pays ont communiqué les taux de traitement de la pneumonie chez les enfants âgé de moins de 5 ans. La majorité des pays ont déclaré que plus de 90 % de leur population ont accès aux sources d'eau salubre et aux services d'assainissement.

### **Nutrition et activité physique**

14. Quarante-deux pays sur 46 ont déclaré mener une politique en faveur de l'allaitement maternel exclusif. Les taux d'allaitement exclusif ou partiel varient considérablement d'un point à l'autre de la Région. Seuls 10 pays sur 46 ont signalé qu'ils collectent des données sur la commercialisation des compléments alimentaires destinés aux nourrissons. Le marketing auprès des enfants n'est pas efficacement réglementé dans 26 pays sur 40. Les taux élevés d'obésité infantile et les taux peu élevés d'activité physique sont courants dans la Région. Vingt-neuf pays ont déclaré collecter des données sur la consommation de boissons sucrées, tandis que 18 pays ont signalé qu'ils ne le faisaient pas.

### **Rapports aux pays**

15. L'ensemble des données qui précèdent sont rendues publiques via le Portail d'information sanitaire du Bureau régional. Des rapports de suivi par pays ont également été préparés et partagés avec les représentants des pays lors des visites dans les pays ou lors des visites des délégations nationales au Bureau régional. Ces rapports comprennent une synthèse des progrès accomplis par les pays dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents, ainsi que les domaines d'action possibles.

### **Centres collaborateurs**

16. Les centres collaborateurs de l'OMS pour la santé des enfants et des adolescents en Allemagne, en Fédération de Russie, en Irlande, en Italie, en Norvège, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (Écosse) et en Suisse ont contribué de manière significative à la mise en œuvre de la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents. Depuis l'adoption de la stratégie, les centres consacrés à la santé des enfants et des adolescents dans la Région se sont réunis à trois reprises afin d'examiner la configuration du processus de suivi et de contribuer à ce dernier. Ils ont également élaboré des lignes directrices et des outils à des fins d'élaboration et de mise en œuvre d'une stratégie nationale. Ces réunions se sont tenues en 2016 à Copenhague (Danemark), puis en 2017 et en 2018 à Édimbourg (Royaume-Uni).

## ***Soutien aux fins de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies nationales pour la santé des enfants et des adolescents***

17. Plusieurs gouvernements ont demandé et reçu l'appui de l'OMS en vue d'élaborer une stratégie nationale pour la santé des enfants et des adolescents. Il s'agit notamment des gouvernements de l'Arménie, de Chypre, de la République de Moldova, de la Roumanie, du Royaume-Uni (Écosse) et du Tadjikistan.

18. Des outils d'appui à la préparation de stratégies nationales ont également été mis au point avec l'aide des centres collaborateurs de l'OMS. Un document précisant le processus d'élaboration de la stratégie nationale, produit suite à une réunion technique qui s'est tenue en octobre 2016, fait actuellement l'objet d'un essai sur le terrain en Roumanie. Ce nouvel instrument intègre des éléments des supports élaborés au titre de la précédente Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents, qui ont été mis à jour conformément au nouveau cadre. Plusieurs outils (d'évaluation, d'information, d'action et fondés sur les droits humains) ont aussi été conservés car ils concernent des aspects précis du processus stratégique, et peuvent aider les États membres à examiner plus en profondeur certains domaines.

19. En 2015, un atelier multinational de renforcement des capacités en matière de planification et de chiffrage des stratégies nationales pour la santé des mères, des enfants et des adolescents à l'aide de l'outil « OneHealth » a été organisé. Les délégations nationales ont reçu une formation sur la manière d'utiliser cet outil pour l'établissement des coûts associés aux plans nationaux en matière de santé des enfants et des adolescents.

### **Études de cas**

20. Des études de cas de pays ont été réalisées en Arménie et au Royaume-Uni (Écosse) qui disposent tous deux d'une stratégie nationale en place pour la santé des enfants et des adolescents. Ces études fournissent des informations sur le processus d'élaboration de la stratégie qui serviront aux futurs travaux en la matière, ainsi qu'à d'autres pays.

### **Collecte de données sur le comportement des adolescents en matière de santé**

21. L'étude collaborative de l'OMS sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé a permis de collecter des données et de mieux comprendre le bien-être, les comportements et le milieu social des adolescents pendant plus de 30 ans. Depuis l'adoption de la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents, quatre États membres ont rejoint l'enquête et d'autres ont exprimé leur volonté d'y prendre part. Des réunions d'orientation ont été organisées pour appuyer les pays (Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, Serbie et Tadjikistan) dans le processus décisionnel et dans le renforcement des capacités. Ces efforts ont pour objectif de favoriser une collecte de données transparente et systématique sur les comportements des adolescents en matière de santé, et d'éclairer l'élaboration de politiques et de programmes. Une nouvelle enquête est actuellement en cours.

### **Promotion de la santé à l'école**

22. En décembre 2016, une conférence de haut niveau s'est tenue à Paris (France) pour renforcer la coopération entre les secteurs de la santé, de l'éducation et social en vue d'améliorer les résultats sanitaires et sociaux des enfants et des adolescents et d'atteindre une

plus grande équité à cet égard. Le cadre scolaire a été reconnu comme essentiel pour élever une génération en bonne santé, et la déclaration de la conférence invite les gouvernements à faire de chaque école de la Région une école promouvant la santé.

23. Le Réseau européen des Écoles-santé associé à l’OMS vise en outre à faire des écoles des établissements au service de la promotion de la santé. En 2016, 12 pays d’Europe orientale et d’Asie centrale ont élaboré des feuilles de route nationales mettant l’accent sur la prévention des maladies non transmissibles dans et par les établissements scolaires. Les coordinateurs nationaux des Écoles-santé dans ces pays ont dressé un bilan de la mise en œuvre de cette initiative, et intégré des activités sur les écoles promouvant la santé lors de réunions organisées par le centre collaborateur de l’OMS pour l’amélioration des services aux enfants à Moscou (Fédération de Russie) en 2016 et 2017. Des approches pour la promotion de la santé dans le cadre scolaire ont été testées et soutenues par l’OMS en Azerbaïdjan, au Kazakhstan, en Ouzbékistan, en République de Moldova et en Ukraine.

### **Autres stratégies et plans d’action**

24. Le Programme de développement durable à l’horizon 2030 et les objectifs de développement durable qui l’accompagnent ont été adoptés en 2015. Le Bureau régional a défini la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents en fonction de ce cadre.

25. Après le lancement de cette stratégie, plusieurs stratégies et plans d’action ont été publiés au niveau mondial afin de résoudre les problèmes liés à la santé des enfants et des adolescents. En 2016, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l’enfant et de l’adolescent (2016-2030), qui comporte un volet consacré à la santé des enfants et des adolescents, a été adoptée. Le Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents a été lancé en 2017 conformément à ce document ; il fournit des orientations pour la mise en œuvre au niveau national de mesures visant à soutenir la santé des adolescents. Une adaptation régionale de ce cadre, bénéficiant du soutien du centre collaborateur de l’OMS pour la promotion de la santé et le développement de la santé publique (Écosse, Royaume-Uni), a été élaborée en vue d’aider les pays européens à concevoir et à mettre en œuvre des programmes nationaux en réponse aux besoins sanitaires des adolescents.

26. L’accent est notamment placé sur le développement dans la petite enfance grâce à des orientations fournies au moyen du cadre pour des soins attentionnés. Le rapport sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l’enfant et de l’adolescent (2016-2030), dont a été saisi la Soixante et onzième Assemblée mondiale de la santé en mai 2018 (document A71/19 Rev.1), a également mis les États membres au courant de la situation concernant le cadre pour des soins attentionnés.

### **Conclusions et voie à suivre**

27. Les informations développées dans le présent rapport sont rendues publiques par différents moyens, le plus commode s’avérant être le Portail d’information sanitaire du Bureau régional. Elles visent à informer les décideurs politiques des lacunes dans leurs approches nationales de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents qu’ils pourraient souhaiter examiner et corriger. L’OMS se tient prête à soutenir les États membres dans cet effort. À la demande du Comité régional, un prochain rapport de situation, assorti d’un second sur la mise en œuvre du Plan d’action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020, sera publié en 2021. Parallèlement, le secrétariat consultera les États membres sur

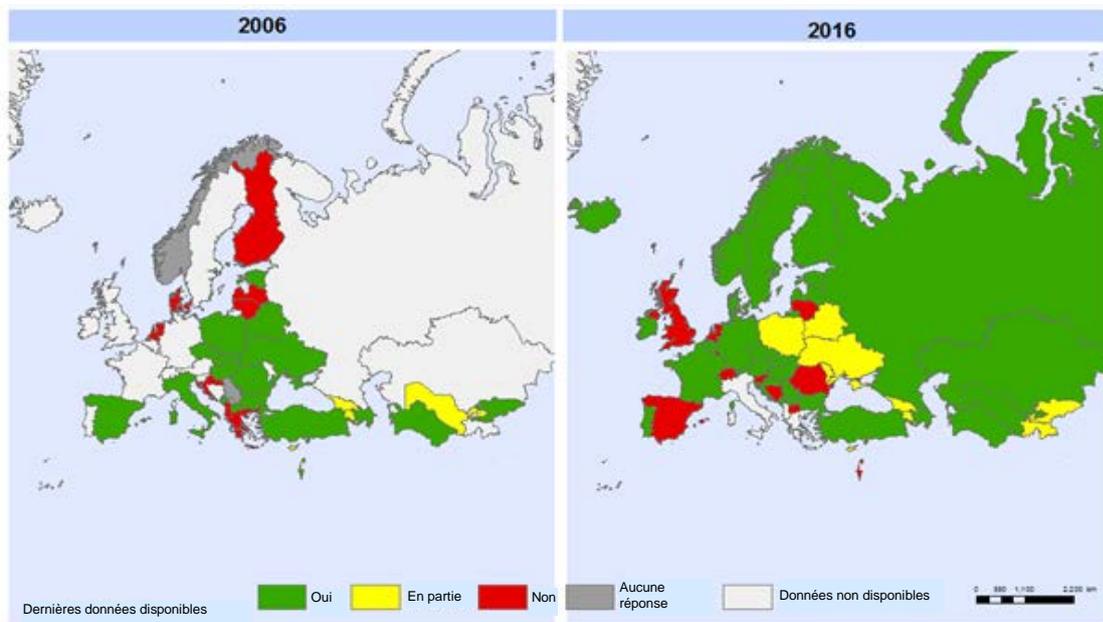
la reconduction de la stratégie pour la santé des enfants et des adolescents pour la période débutant en 2021 et sur son contenu, conformément aux objectifs de développement durable et à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, qui couvre la période allant jusqu'en 2030.

## Annexe. Cartes géographiques

1. Les cartes suivantes présentent les réponses par pays à certaines questions sur les principaux sujets susmentionnés, posées dans le cadre de l'enquête de référence réalisée auprès des États membres.

### Stratégie et gouvernance

Figure A1. Question : le pays dispose-t-il d'une stratégie nationale pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, adoptée au cours de ces cinq dernières années ?

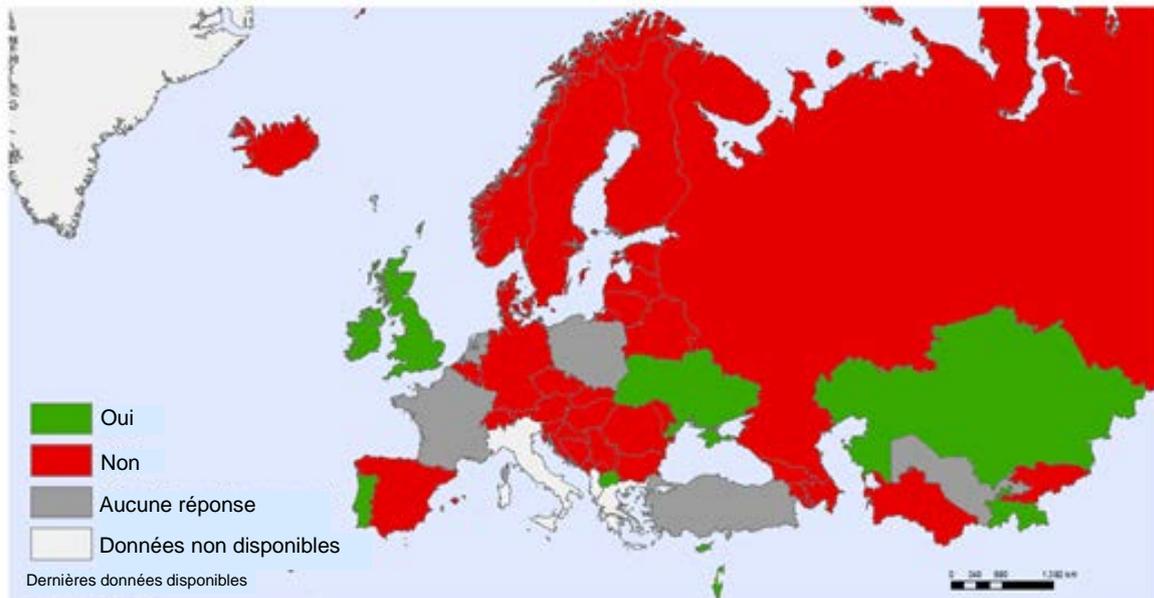


### Collecte de données clés

Figure A2. Question : le pays collecte-t-il systématiquement des informations sur la santé des enfants de migrants et de réfugiés ?



**Figure A3. Question : le pays établit-il des statistiques sanitaires sur les services de santé dispensés aux groupes à risque ?**

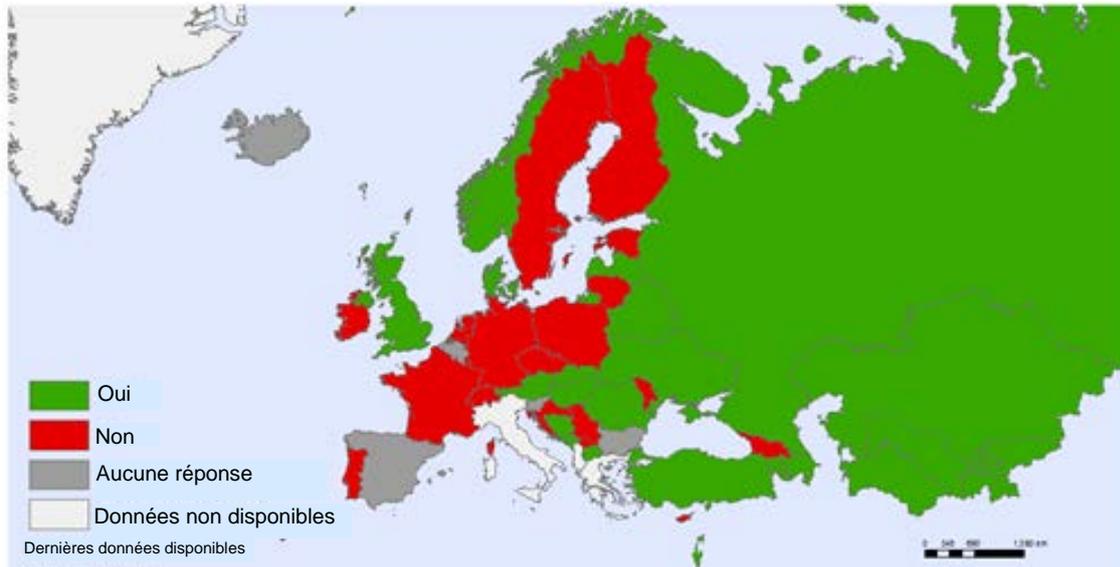


**Figure A4. Question : le pays collecte-t-il systématiquement des informations sur la consommation d'alcool chez les mères ?**

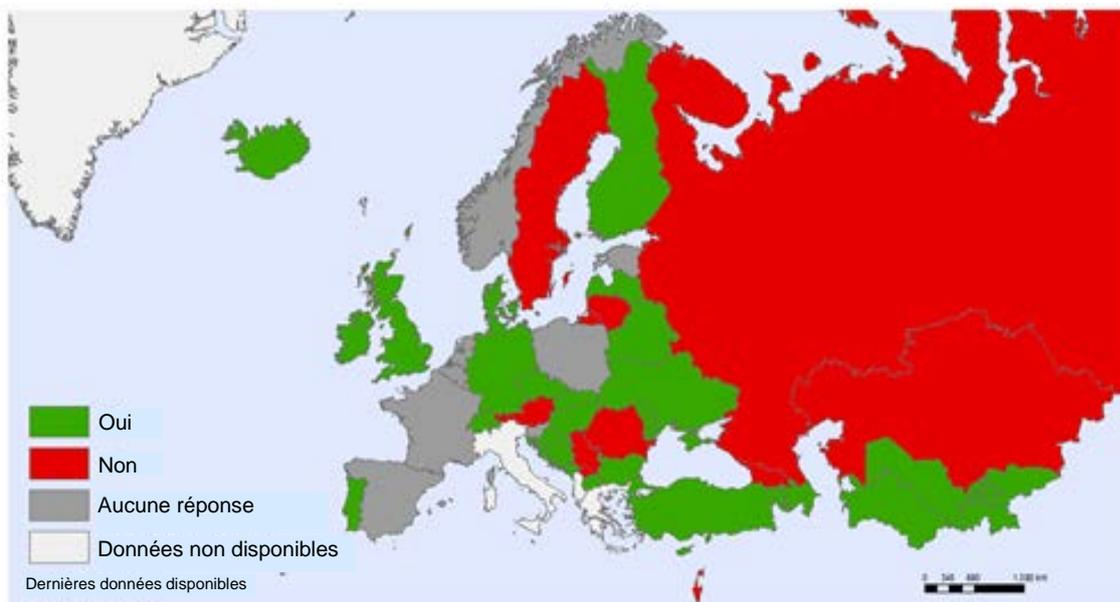


## Systèmes de santé

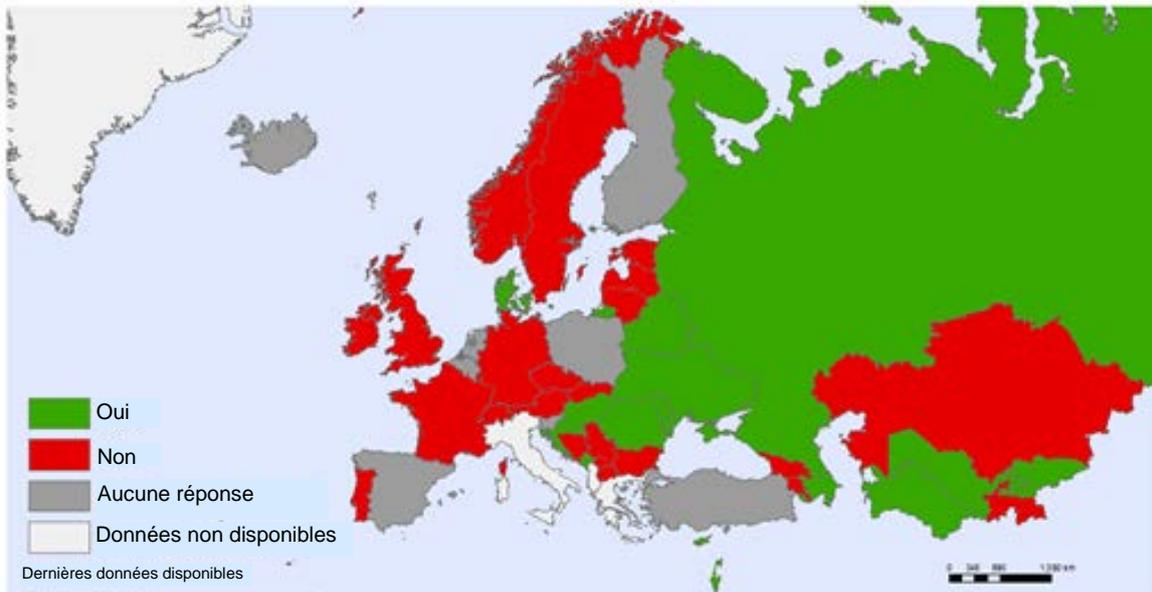
**Figure A5. Question : le pays collecte-t-il des données sur les écarts de dotation en personnel dans les services de santé destinés aux enfants et aux adolescents, ventilées par zone urbaine/rurale, capitale/ville secondaire ?**



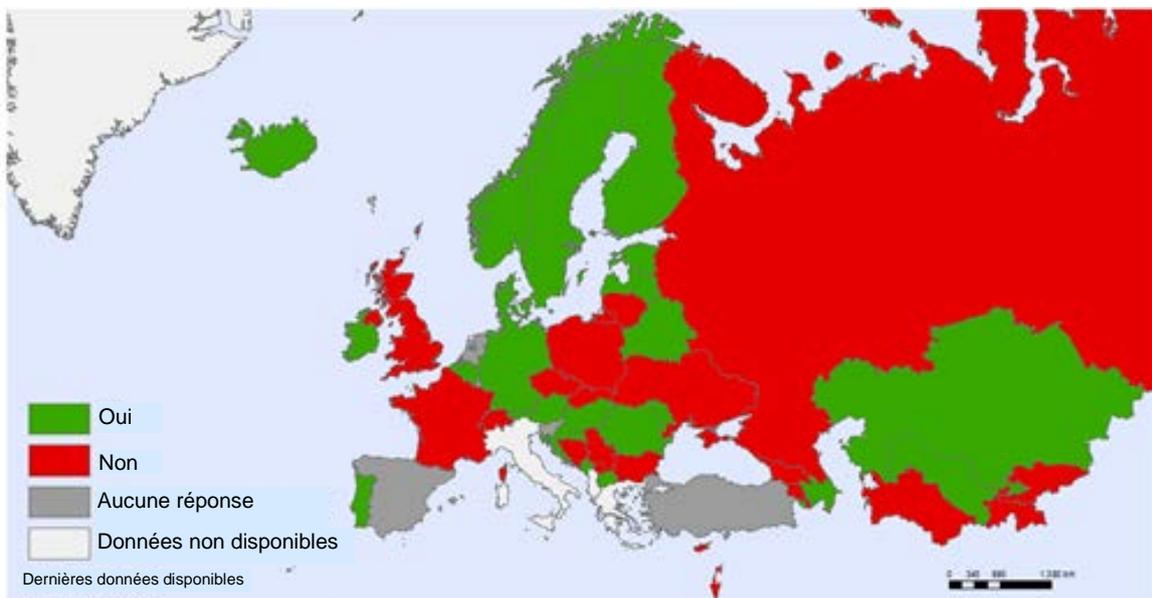
**Figure A6. Question : le pays dispose-t-il d'un mécanisme aux fins d'une formation médicale continue des professionnels de santé (docteurs, infirmiers, etc.) consacrée à la santé des adolescents ?**



**Figure A7. Question : le pays a-t-il adopté une liste de médicaments pédiatriques essentiels ?**

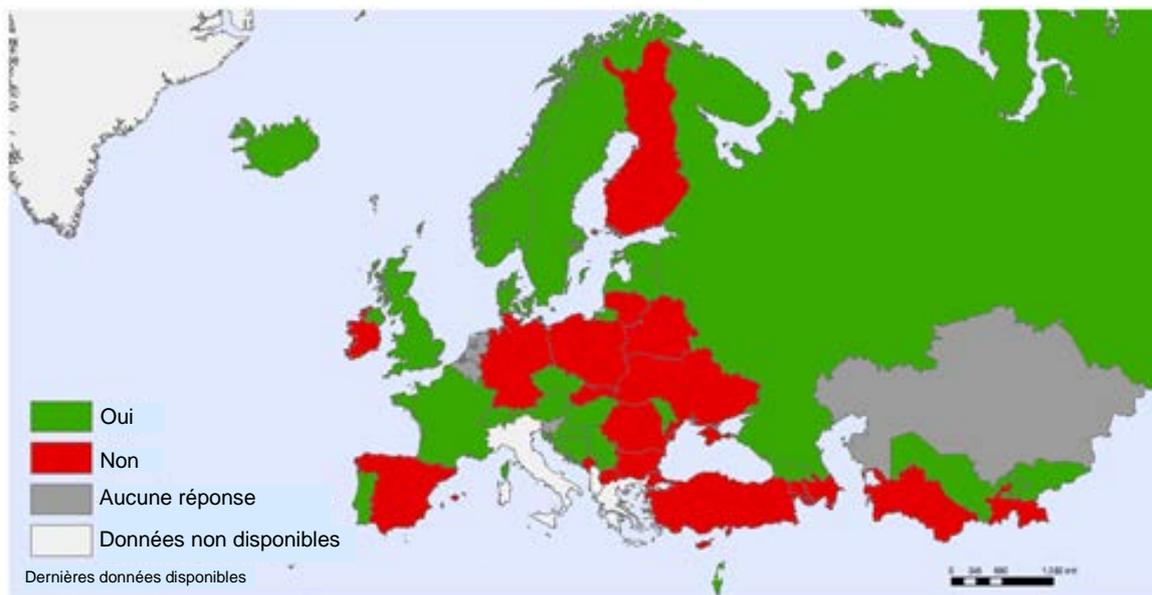


**Figure A8. Question : le pays collecte-t-il des informations sur le nombre d'ordonnances délivrées aux enfants et aux adolescents âgés de moins de 18 ans ?**

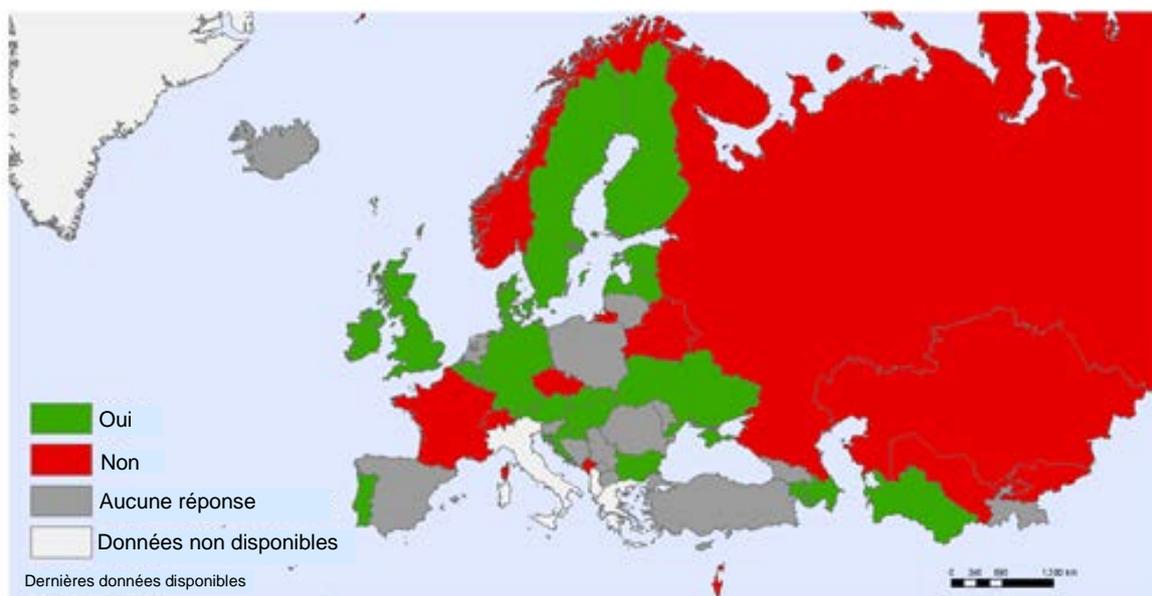


## Droits et participation

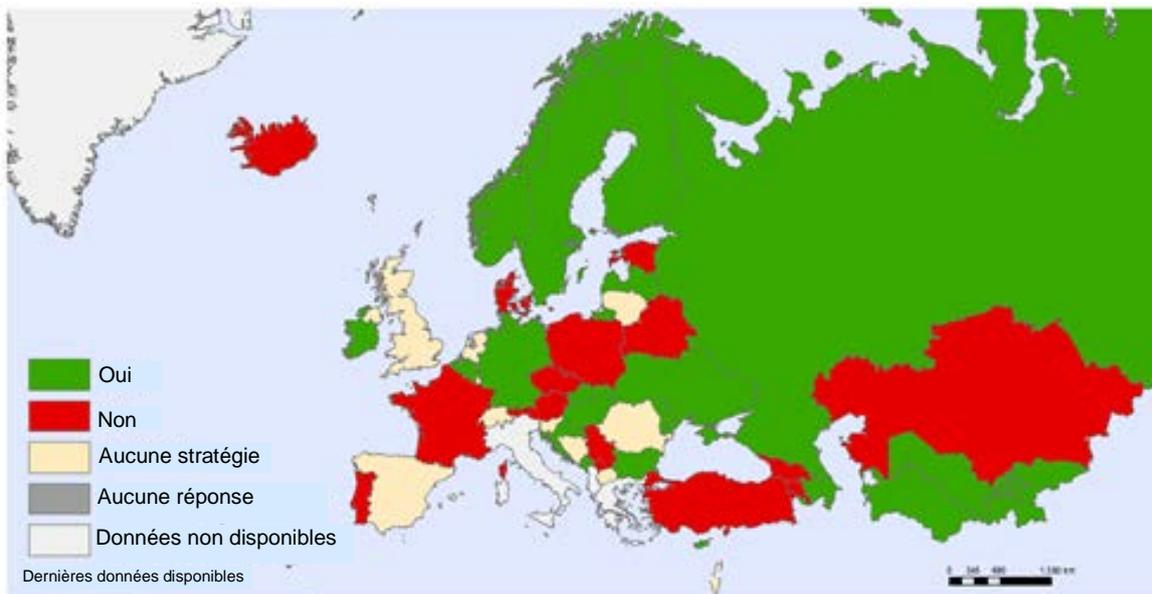
**Figure A9. Question : le pays garantit-il légalement un accès à l'avortement en l'absence de consentement parental aux adolescentes âgées de moins de 18 ans ?**



**Figure A10. Question : le pays collecte-il des informations sur les connaissances des enfants et des adolescents en matière de sexualité ?**

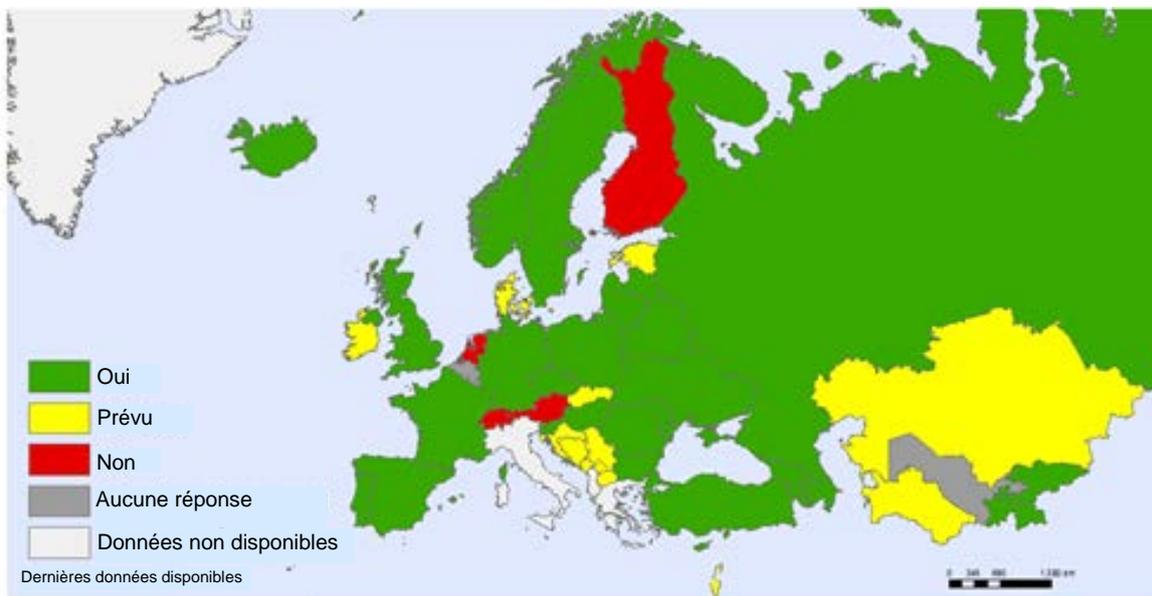


**Figure A11. Question : les jeunes ont-ils été impliqués dans l'examen, l'élaboration ou la mise en œuvre de la stratégie pour la santé des enfants et des adolescents dans le pays ?**



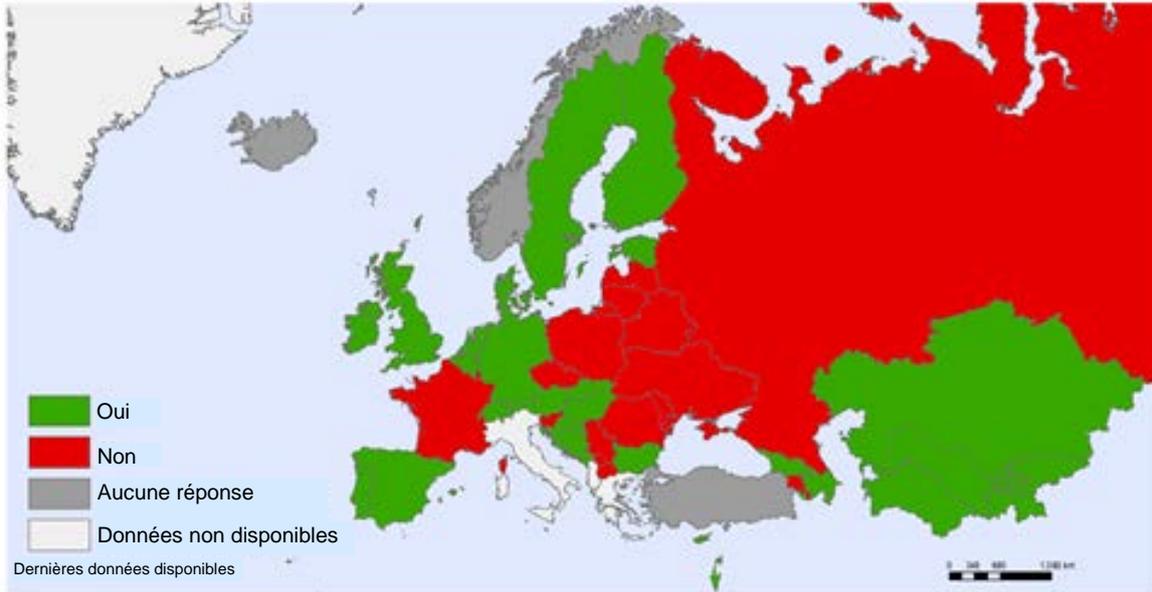
## Santé à l'école

**Figure A12. Question : le pays dispose-t-il d'une législation concernant la disponibilité des aliments nuisibles à la santé dans les écoles ?**



## Santé mentale

Figure A13. Question : le pays offre-t-il des services de proximité afin d'intervenir de façon précoce auprès des jeunes souffrant d'un premier épisode de grave problème de santé mentale et de leur apporter un soutien continu ?



## Maladies infectieuses

Figure A14. Question : le pays donne-t-il accès gratuitement au vaccin contre le papillomavirus humain par l'intermédiaire de programmes nationaux de vaccination ?



## Nutrition et activité physique

Figure A15. Question : le pays collecte-t-il des données sur la commercialisation de compléments alimentaires destinés aux nourrissons âgés de 6 à 24 mois ?

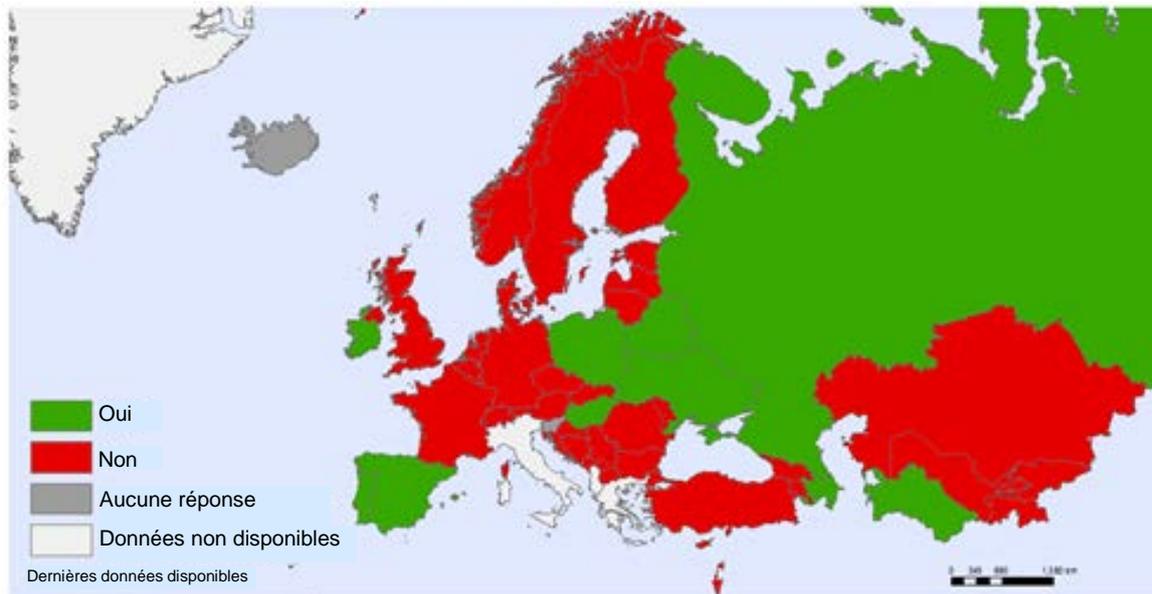
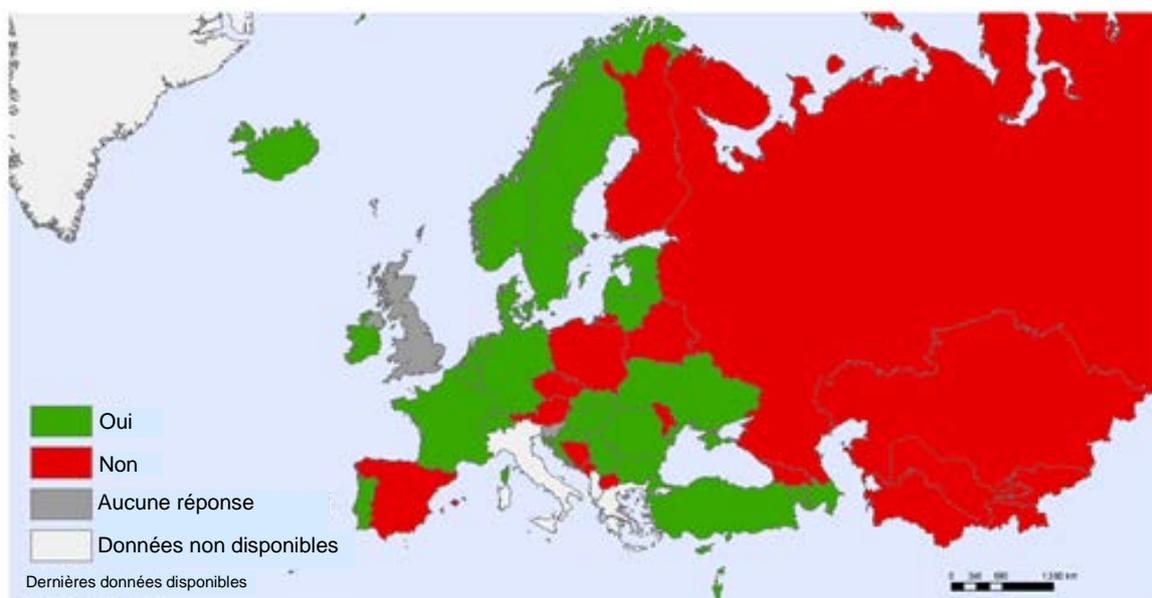


Figure A16. Question : le pays collecte-t-il des données sur la consommation de boissons sucrées chez les enfants et les adolescents ?



## Collecte de données sur la santé des adolescents

Figure A17. Pays participant à l'enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) en 2018



## **Rapport de situation sur « Investir dans l'enfance : le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020**

### **Contexte**

1. Le présent document fournit des informations sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre d'« Investir dans l'enfance : le plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 » au cours des trois ans qui ont suivi son adoption par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe dans la résolution EUR/RC64/R6. Ce plan d'action contribue à concrétiser la vision et la mission de Santé 2020, le cadre politique européen de la santé et du bien-être.

2. En adoptant la résolution EUR/RC64/R6, les États membres ont franchi une étape décisive sur la voie de la mise en œuvre du plan d'action dans la Région européenne de l'OMS. L'objectif de ce plan est de réduire la prévalence de la maltraitance des enfants par la mise en œuvre de programmes préventifs agissant sur les facteurs de risque et de protection, notamment les déterminants sociaux. Le plan d'action décrit la voie à suivre pour atteindre la cible volontaire régionale de réduction de 20 % des homicides d'enfants et de la maltraitance à l'égard des enfants d'ici 2020. Il vise à faire reculer la maltraitance sous toutes ses formes, qu'il s'agisse d'abus sexuels, de sévices d'ordre physique et psychologique, ou de négligence.

3. La maltraitance continue de toucher un milliard d'enfants à travers le monde, et plus de 55 millions d'enfants dans la Région européenne. La prévalence de la maltraitance est élevée dans la Région : 9,6 % pour les sévices sexuels (5,7 % des garçons et 13,4 % des filles), 22,9 % pour les sévices physiques, 29,6 % pour les sévices d'ordre psychologique, 16,3 % pour la négligence physique et 18,4 % pour la négligence affective. Le plan d'action, qui a été élaboré en vue de faire face à cette situation, est le premier de cette nature adopté à l'OMS au niveau régional. Des études sur les expériences négatives de l'enfance réalisées dans plusieurs États membres ont révélé que la maltraitance des enfants et d'autres expériences négatives vécues pendant l'enfance sont encore répandues, et qu'il est nécessaire d'entreprendre des efforts concertés, portés par l'expression d'un engagement renouvelé à cet égard dans l'ensemble de la Région.

4. Le plan d'action s'inspire de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et est conforme à celle-ci, ainsi qu'aux cadres politiques mondiaux existants, notamment au Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, et à la cible n° 16.2 des objectifs de développement durable (ODD) qui vise à mettre un terme d'ici 2030 à toutes les formes de violence dont sont victimes les enfants.

5. La réduction de la violence à l'encontre des enfants constitue également une priorité du Treizième Programme général de travail pour 2019-2023 dont la cible n° 16 est de réduire de 20 % le nombre d'enfants victimes de violence au cours des 12 derniers mois, notamment le nombre des victimes de sévices physiques et psychologiques perpétrés par les soignants.

## **Généralités**

6. Cette année est à mi-chemin du délai imparti pour la mise en œuvre du plan d'action. Aucune des avancées signalées dans le présent document n'aurait été possible sans l'engagement des États membres.

7. Le plan d'action tient compte du fait que la maltraitance des enfants est inacceptable, et que les enfants ont besoin de relations épanouissantes pour atteindre leur plein potentiel de santé et de développement. Il est probable que tout échec à cet égard engendre un comportement néfaste pour la santé, l'apparition de problèmes de santé mentale, reproductive et physique et de maladies chroniques, notamment de maladies non transmissibles, ainsi que le décès prématuré de l'enfant. Le plan d'action définit une cible volontaire de 20 % de réduction de la maltraitance à l'égard des enfants d'ici 2020. Il propose une série de recommandations à l'intention des États membres et d'actions à l'intention du Bureau régional au moyen de trois objectifs :

- accroître la visibilité des risques sanitaires tels que la maltraitance des enfants par la mise en place de systèmes d'information dans les États membres ;
- renforcer la gouvernance pour la prévention de la maltraitance des enfants grâce aux partenariats et à l'action multisectorielle en élaborant des plans nationaux ;
- réduire les risques de maltraitance des enfants et ses conséquences par la prévention en renforçant les systèmes de santé des États membres.

8. Le plan d'action adopte les approches suivantes, en vertu de Santé 2020 et de la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 :

- une approche portant sur toute la durée de la vie ;
- une approche fondée sur des bases factuelles ;
- une approche axée sur les systèmes de santé ;
- une approche intersectorielle et axée sur le partenariat ;
- la promotion des droits de l'enfant selon la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.

9. Le présent rapport de situation décrit les progrès réalisés jusqu'en 2018 au titre de chacun des objectifs définis par les États membres et le Bureau régional. Jusqu'à présent, 49 États membres ont fourni des informations aux fins du présent rapport en répondant à l'enquête intitulée « Compte à rebours jusqu'en 2020 : mettre en œuvre le Plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants ». Des profils de pays sont en cours de préparation et seront rendus publics via le Portail européen d'information sanitaire (*European Health Information Gateway*) du Bureau régional.

### **Objectif 1. Accroître la visibilité des risques sanitaires tels que la maltraitance des enfants par la mise en place de systèmes d'information dans les États membres**

10. Des progrès ont été réalisés d'un point à l'autre de la Région puisque 71 % des États membres ayant répondu à l'enquête ont déclaré avoir réalisé des enquêtes au niveau national sur la prévalence de la maltraitance à l'égard des enfants, tandis que 12 % ont réalisé des enquêtes à cet égard au niveau sous-national et que 16 % n'ont mené aucune enquête. Les enquêtes sont

essentielles aux fins de la préparation et du suivi des plans d'action nationaux pour la prévention de la maltraitance des enfants. Si 73 % des pays disposent d'un plan national de prévention, 16 % de ces plans n'ont pas été élaborés sur la base d'une enquête nationale.

11. Des enquêtes sur les expériences négatives de l'enfance ont été réalisées dans de nombreux pays. Dans 13 États membres (Albanie, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Lettonie, Lituanie, Monténégro, Pologne, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Serbie, Turquie et Ukraine), cet exercice a été mené avec le soutien du Bureau régional, et des dialogues politiques ont été engagés dans un cadre multisectoriel pour diffuser les résultats et pour recommander de nouvelles étapes à suivre aux fins d'une action préventive. Les résultats des enquêtes témoignent de la prévalence élevée de la maltraitance des enfants dans ces pays et des comportements néfastes à la santé qui en dérivent. Ils soulignent, par conséquent, les avantages politiques de garantir une enfance épanouissante et sans violence pour obtenir ainsi des bienfaits sanitaires tout au long de la vie. Des enquêtes similaires ont également été réalisées dans d'autres pays, notamment en Islande et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Seuls quelques pays ont mené des enquêtes séquentielles en adoptant une méthodologie comparable pour déterminer si les taux de prévalence progressaient (Pays-Bas et Royaume-Uni).

12. Quatre pays ont introduit des aspects relatifs aux expériences négatives de l'enfance dans leur enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, et plusieurs pays ont envisagé leur inclusion dans l'enquête réalisée pour la période 2018-2019. Le Bureau régional a élaboré un manuel pour aider les États membres à réaliser des enquêtes sur la prévalence de la maltraitance à l'égard des enfants (Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook [Évaluation et suivi de la prévalence nationale de la maltraitance des enfants : un manuel pratique]).

13. Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour mener à nouveau des enquêtes standardisées en vue de dégager les tendances de la prévalence de la maltraitance des enfants dans une population donnée.

## ***Objectif 2. Renforcer la gouvernance pour la prévention de la maltraitance des enfants grâce aux partenariats et à l'action multisectorielle en élaborant des plans nationaux***

14. Des plans d'action multisectoriels nationaux pour la prévention de la maltraitance des enfants ont été mis en place dans 77 % des États membres qui ont répondu à l'enquête (12 % des pays répondants disposent de plans de prévention au niveau sous-national) ; 71 % des pays ont adopté des plans d'action de protection au niveau national (18 % disposent de plans d'action de protection au niveau sous-national) ; 14 % n'ont pas de plan d'action de prévention ; et 10 % n'ont pas de plan d'action de protection. Une analyse politique des plans de prévention existants a révélé que bien qu'ils soient multisectoriels, qu'ils se concentrent sur la prévention et qu'ils aient reçu l'approbation du gouvernement, seul un tiers d'entre eux bénéficie d'un budget officiel.

15. Le Bureau régional a travaillé en collaboration avec les gouvernements de 13 États membres dans l'objectif de soutenir les dialogues politiques sur le renforcement de la politique nationale, et de discuter des résultats des enquêtes sur les expériences négatives de l'enfance. Des analyses de situation ont été conduites dans huit pays (Albanie, ex-République yougoslave de Macédoine, Lettonie, Lituanie, Monténégro, République tchèque, Roumanie et Turquie).

Elles ont permis le renforcement des politiques nationales sur la prévention et sur l'engagement des systèmes de santé dans le cadre d'une intervention multisectorielle. De nombreux pays, dont la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, renforcent actuellement les capacités de leur système de santé pour réagir à la maltraitance des enfants.

16. En vue d'aider les États membres à élaborer des plans d'action nationaux complets et multisectoriels, le Bureau régional a publié le manuel intitulé *Handbook on developing national action plans to prevent child maltreatment* [Manuel sur l'élaboration de plans d'action nationaux visant à prévenir la maltraitance des enfants]. De nombreux efforts doivent encore être déployés pour l'élaboration de plans nationaux complets pour la prévention, qui doivent être correctement financés afin d'atteindre les objectifs fixés.

17. Des progrès encourageants sont accomplis en termes de révision de la législation par la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et par l'interdiction des châtiments corporels dans tous les établissements, y compris au domicile familial, ce qui est le cas dans 62 % des pays, soit une progression par rapport à 2012 où ils n'étaient que 47 %. Toutefois, la prévalence de la violence physique et des punitions corporelles subies est élevée, et l'approbation des parents à l'égard du recours au châtiment corporel est forte comme en témoignent les enquêtes menées dans les pays à revenu intermédiaire<sup>2</sup>. Aussi, il semble indispensable d'augmenter l'investissement pour changer l'attitude de la société à l'égard du recours à la violence, notamment au moyen de campagnes de marketing social visant à modifier les comportements des parents et des soignants et à montrer les bienfaits de formes non violentes de discipline ainsi que les dommages causés par les châtiments corporels.

18. En matière de protection des droits de l'enfant, la Région européenne assure une mise en œuvre plus efficace des législations pertinentes par rapport aux autres Régions de l'OMS : la plupart des pays disposent de lois qui interdisent le mariage d'enfants (98 %), l'atteinte sexuelle sur mineurs (96 %) et les mutilations génitales féminines (76 %), et beaucoup de pays (86 %) présentent des lois qui imposent la notification des cas de maltraitance soupçonnés auprès de certains professionnels. Ces chiffres traduisent une amélioration depuis 2012. Cependant, des efforts supplémentaires doivent être entrepris car des populations difficiles à atteindre tolèrent les mutilations génitales féminines pour des motifs culturels.

### **Objectif 3. Réduire les risques de maltraitance des enfants et ses conséquences par la prévention en renforçant les systèmes de santé des États membres**

19. Des progrès encourageants sont actuellement accomplis en la matière puisqu'un nombre croissant de pays investissent dans la prévention : 80 % des États déclarants mettent en œuvre des programmes d'éducation parentale et 75 % mettent en œuvre des programmes de visites à domicile à grande échelle pour soutenir les familles dans le besoin ; 80 % ont signalé qu'ils proposent un apprentissage à la sociabilité et des activités de sensibilisation pour lutter contre les sévices sexuels dans le cadre scolaire ; et 32 % ont déclaré organiser des formations à l'intention des parents sur le syndrome du bébé secoué. Ces données traduisent une avancée considérable depuis l'adoption du plan d'action.

---

<sup>2</sup> Voir : UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey ([https://www.unicef.org/statistics/index\\_24302.html](https://www.unicef.org/statistics/index_24302.html)).

20. En vue d'aider les États membres à mettre en œuvre des programmes de prévention, le Bureau régional a publié un guide intitulé « Implementing child maltreatment prevention programmes: what the experts say » (Mise en œuvre des programmes de prévention de la maltraitance des enfants : l'avis des experts). Un soutien supplémentaire a été fourni par l'organisation de deux ateliers sous-régionaux des pays nordiques et baltes aux fins d'un échange d'expertise multidisciplinaire en matière d'élaboration de programmes de prévention de la maltraitance d'enfants. Le Conseil nordique des ministres et les gouvernements de Lettonie et de Lituanie ont joué un rôle particulièrement important en participant à l'organisation de ces ateliers de renforcement des capacités. Des ateliers de renforcement des capacités en la matière, conçus sur mesure et particulièrement centrés sur l'éducation parentale et les visites de santé, se sont tenus en Albanie, en Lettonie, en Lituanie et au Monténégro. Les points focaux des ministères de la Santé pour la prévention de la violence ont assisté à une réunion mondiale organisée à Tampere (Finlande), lors de laquelle les meilleures pratiques en matière de lutte contre la violence à l'égard des enfants ont été partagées.

21. Des services d'intervention en cas de maltraitance d'enfants ont par ailleurs été mis en place. Des services de protection de l'enfance sont disponibles dans 82 % des États membres déclarants, et des services de nature médico-légale à l'intention des enfants victimes de sévices sexuels et/ou de viols le sont dans 67 % d'entre eux. Le recensement systématique des cas de maltraitance d'enfants et l'orientation-recours ne sont menés à bien que dans 55 % des pays déclarants, et seuls 63 % des pays donnent accès à des services de santé mentale aux victimes de maltraitance. Étant donné que les services de traitement du stress post-traumatique permettent d'améliorer les résultats à long terme en termes de santé physique et mentale, il est indispensable de développer les capacités de détection et de riposte face à la maltraitance des enfants dans un cadre multidisciplinaire.

22. « INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence contre les enfants » est un guide pratique né d'une collaboration multi-agences qui contribue au partenariat mondial pour mettre fin à la violence contre les enfants. Cette dernière initiative a été initiée en réponse aux défis à relever dans le contexte de la réalisation de la cible n° 16.2 des ODD, à savoir mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants. Trois des pays de ce Partenariat explorant de nouvelles voies sont en Europe : le Monténégro, la Roumanie et la Suède ; l'Arménie et l'Estonie ont exprimé officiellement leur volonté de devenir des pays explorant de nouvelles voies en la matière. Le Royaume-Uni joue le rôle de donateur dans cette initiative.

### ***La Région européenne est-elle en voie d'atteindre la cible de réduction de 20 % des homicides d'enfants et de la maltraitance à l'égard des enfants d'ici 2020 ?***

23. Peu de pays ont mené des enquêtes répétées à intervalles réguliers afin de suivre l'évolution des taux de maltraitance d'enfants. Les données concernant les homicides d'enfants sont plus facilement accessibles, même si des défis en termes d'exhaustivité et de rapidité demeurent. Les données les plus récentes datent de 2014 et mettent en évidence la persistance des inégalités dans la Région. Les taux d'homicide liés à des agressions d'enfants âgés de 14 ans ou moins s'élèvent à 0,32 pour 100 000 dans l'ensemble de la Région, 0,26 dans l'Union européenne et 0,47 dans la Communauté des États indépendants.

24. Au cours des cinq années écoulées entre 2010 et 2014 incluses, les taux de mortalité infantile imputable à des homicides ont reculé de 11 % dans l'ensemble de la Région, de 8 % dans l'Union européenne et de 17 % dans la Communauté des États indépendants. La baisse la plus significative au niveau sous-régional a été constatée dans les pays ayant rejoint l'Union européenne en mai 2004, qui ont enregistré un recul de 32 %. Des projections fondées sur les données concernant ces tendances laissent supposer que la Région est en voie d'atteindre sa cible de réduction de 20 % des taux de mortalité d'ici 2020. Toutefois, des inégalités subsistent à la fois entre les pays et au sein des pays, et des efforts supplémentaires doivent être déployés pour atteindre les enfants et les familles en situation socioéconomique précaire. Il convient de noter que les taux d'homicide ne sont qu'un indicateur indirect de la maltraitance, et qu'il est difficile d'affirmer si la cible de réduction de la maltraitance est atteinte. Des enquêtes séquentielles doivent être conduites dans un plus grand nombre de pays pour déterminer si les taux de maltraitance reculent effectivement. Si des progrès sont actuellement réalisés, il reste cependant beaucoup à faire pour que les indicateurs visés dans le plan d'action soient respectés.

### ***Conclusions et perspectives***

25. Si de nombreux efforts doivent encore être entrepris pour atteindre la cible de 20 % de réduction des taux d'homicides et de maltraitance à l'égard des enfants dans la Région européenne, un long chemin a déjà été parcouru. Il existe de nombreux exemples d'actions multisectorielles exceptionnelles visant à prévenir la maltraitance et la violence à l'encontre des enfants qui pourraient fournir des orientations à d'autres pays et Régions.

26. Depuis l'adoption du Plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants, le Bureau régional a travaillé en collaboration avec 40 États membres dans ce domaine. L'intérêt et les demandes de soutien exprimés par les États membres se sont multipliés, et attestent de leur ferme engagement en faveur de l'accélération de la mise en œuvre du plan d'action.

27. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action, l'activité du Bureau régional a été marquée par des temps forts : le soutien apporté aux pays dans la conduite d'enquêtes sur les expériences négatives de l'enfance, l'organisation de dialogues politiques intersectoriels de haut niveau visant à promouvoir l'élaboration de plans d'action nationaux, la mise au point d'outils innovateurs conçus pour appuyer les États membres dans le renforcement de la surveillance de la maltraitance à l'égard des enfants, l'élaboration de plans d'action nationaux intersectoriels de prévention, le renforcement des capacités aux fins de la mise en œuvre de programmes de prévention et la collaboration de secteurs autres que la santé (tels que la protection sociale, l'éducation et la justice).

28. L'engagement des États membres doit s'accroître pour être à la hauteur de l'intérêt qu'ils expriment à l'égard du plan d'action. Davantage de pays doivent :

- a) mener des enquêtes périodiques sur la maltraitance et les autres formes de violence à l'encontre des enfants en utilisant les outils rassemblés par le secrétariat aux fins du suivi de la situation au niveau national ;

- b) mettre en œuvre des programmes de prévention, comme ceux mis en avant dans l’outil INSPIRE de l’OMS ;
- c) élaborer des plans d’action intersectoriels correctement financés qui impliquent les secteurs de la santé, de l’éducation, de la protection sociale et de la justice, aux côtés de la société civile, dans la mise en œuvre des programmes de prévention mentionnés ci-avant.

29. Le Bureau régional poursuivra la mise en œuvre du plan d’action dans la Région européenne en coordination avec les activités des États membres et fort de leurs orientations. Le prochain rapport de situation sera présenté au Comité régional en 2021. Il est proposé que la situation soit examinée en 2020 et que le plan d’action soit mis à jour, après un processus de consultation des États membres, pour relancer la dynamique présente dans la Région en tenant compte des nouveaux éléments de preuve sur l’élimination de la violence à l’égard des enfants. Cela permettra de soutenir les États membres dans la réalisation de la cible n° 16.2 des ODD, qui constitue une des priorités du Treizième Programme général de travail, tout en garantissant que la Région conserve sa position de chef de file mondial.

= = =