



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L' Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE,
SOIXANTE-QUATRIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014



© David Evans



© iStock



© Fotolia



Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-quatrième session

Copenhague (Danemark), 15-18 septembre 2014

Point 5 c) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC64/12
+ EUR/RC64/Conf.Doc./5

28 juillet 2014

140440

ORIGINAL : ANGLAIS

Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020

Sommaire

	page
Introduction et contexte.....	1
Impact de la stratégie précédente	4
Buts et objectifs.....	4
Principes directeurs	5
Adoption d'une approche portant sur toute la durée de la vie	5
Adoption d'une approche s'inspirant de bases factuelles	5
Promotion de partenariats solides et d'une étroite collaboration intersectorielle	6
Adoption d'une approche fondée sur les droits.....	7
Vision	7
Priorités	8
Conférer de la visibilité à la vie des enfants	8
Poursuivre la lutte contre la mortalité évitable et les maladies infectieuses	9
Transformer la gouvernance de la santé des enfants et des adolescents	9
Encadrer le développement dans la petite enfance	9
Soutenir la croissance pendant l'adolescence.....	9
Lutter contre l'exposition à la violence et veiller à faire évoluer les démarches sociétales de la justice pénale vers des services préventifs et thérapeutiques	10
Protéger la santé et limiter les risques.....	10
Libérer du tabac la génération du nouveau millénaire.....	10
Promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique à toutes les étapes de la vie.....	11
Lutter contre la dépression et d'autres problèmes de santé mentale à l'adolescence.....	11
Protéger les enfants et les adolescents contre les risques liés à l'environnement...	11
Élaboration et mise en œuvre de la stratégie	12
Partenaires.....	13
Suivi et contrôle des responsabilités	13
Le rôle de l'OMS	13
Annexe 1. Rapport sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents en Europe	15
Annexe 2. Documents de référence ; politiques, stratégies et plans d'action pertinents de l'OMS.....	18

Introduction et contexte

1. Le Douzième Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS décrit les priorités de leadership revêtant un intérêt particulier pour la santé des enfants et des adolescents. Il s'agit notamment :

- d'évoluer vers une couverture maladie universelle en permettant aux pays de maintenir ou d'étendre l'accès à des services de santé essentiels et à une protection financière et en promouvant la couverture maladie universelle comme concept unificateur dans le domaine de la santé mondiale ;
- de tenter de résoudre les difficultés actuelles et futures rencontrées dans le domaine des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé en progressant plus rapidement vers la concrétisation des objectifs actuels, pour 2015 et au-delà de cette date ;
- de relever les défis posés par les maladies non transmissibles, la santé mentale, la violence, les traumatismes et les invalidités ;
- d'influencer les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé afin de lutter contre les inégalités en matière sanitaire entre les pays et au sein d'un même pays.

2. Santé 2020¹, le cadre politique de l'OMS pour la santé et le bien-être en Europe, définit les principales orientations stratégiques pour l'élaboration de la politique de la santé et reflète les connaissances actuelles en matière de pratique, en particulier pour ce qui est de prendre en compte toute la durée de vie, de lutter contre les inégalités, de promouvoir une action intersectorielle efficace pour la santé et de permettre une participation plus représentative.

3. La « Stratégie européenne de l'OMS pour la santé et le développement des enfants et des adolescents »² a été approuvée en 2005 par les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, qui se sont montrés vivement intéressés à appliquer la démarche globale qu'elle proposait. L'OMS a fourni une aide directe à 15 pays au moins depuis l'approbation de cette stratégie, et plusieurs d'entre eux ont utilisé sa structure et les outils qui l'accompagnent afin d'élaborer des stratégies et plans d'action nationaux pour la santé de l'enfant et de l'adolescent.

4. La santé des enfants et des adolescents revêt de l'importance pour toute société. Même dans les sociétés riches, il faudra, pour qu'il y ait des améliorations dans ce domaine, passer à une approche pangouvernementale et à des politiques globales, impliquant souvent d'importants changements systémiques, pour garantir une répartition équitable de la santé et du bien-être chez les enfants et les adolescents.

5. Des mesures sont en place dans toute la Région européenne de l'OMS pour la protection et l'amélioration de la santé et du développement des enfants et des adolescents, mais on peut en faire beaucoup plus pour promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être et une plus grande égalité. Investir dans l'enfance et l'adolescence (y compris lors du stade crucial des trois premières années de la vie) se répercutera positivement sur le plan économique et social, et pas seulement au niveau de l'amélioration des résultats sanitaires. Certaines caractéristiques de l'évolution épidémiologique récente en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent sont passées en revue ci-dessous.

¹ Santé 2020 – un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215259/Health2020-Short-Fre.pdf?ua=1, consulté le 28 juillet 2014).

² Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/87874/RC55_fdoc06.pdf?ua=1, consulté le 28 avril 2014).

- Bien que la santé des enfants et des adolescents présente une amélioration continue dans la Région, il y a d'importants sujets de préoccupation. Malgré les formidables progrès réalisés au cours de ces dernières décennies en matière de santé de l'enfant, des disparités persistent entre les pays et au sein d'un même pays. La Région européenne comprend les pays qui enregistrent les taux de mortalité les plus faibles au monde pour les nourrissons et les enfants, mais la mortalité des enfants de moins de cinq ans est 25 fois plus élevée dans les pays présentant le taux de mortalité le plus élevé que dans les pays dont le taux est le plus bas. Les principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans la Région sont les affections et complications au stade néonatal (prématurité, accident septique, asphyxie à la naissance, etc.), les traumatismes, la pneumonie et la diarrhée. La moitié des décès survenant pendant les cinq premières années se produisent durant le premier mois de vie.
- Bien que la couverture vaccinale soit élevée, il y a chaque année près de 1 million d'enfants qui ne reçoivent pas toutes les vaccinations prévues. Plus de 90 000 cas de rougeole et 70 000 cas de rubéole ont été signalés au cours de ces trois dernières années.
- Seuls 24 des 53 États membres ont inclus dans leur programme de vaccination systématique la vaccination contre le papillomavirus humain, malgré les données scientifiques tendant à prouver que celle-ci limite considérablement la morbidité et la mortalité lorsqu'elle est combinée à un dépistage bien organisé du cancer du col de l'utérus.
- Plus de 10 % des adolescents de la Région présentent un problème quelconque de santé mentale. Les troubles neuropsychiatriques sont la principale cause d'invalidité chez les jeunes. Les troubles dépressifs majeurs sont les affections les plus fréquentes chez l'enfant et l'adolescent, suivis par les troubles anxieux, les troubles du comportement et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. La Région européenne comprend des pays qui accusent les taux de suicide les plus élevés au monde chez les adolescents. En bien des endroits, le suicide fait partie des principales causes de décès chez les jeunes.
- La maltraitance des enfants est également un problème particulièrement épineux dans la Région européenne. Selon les estimations, à l'âge de 18 ans, 18 millions d'enfants risquent d'avoir été victimes d'abus sexuels et 44 millions de sévices physiques. Chaque année, 850 enfants de moins de 15 ans sont victimes d'homicide dans la Région. La maltraitance a de profondes répercussions pour les enfants : santé mentale et physique affaiblie et résultats plus médiocres sur le plan social, notamment propension à être victime ou auteur de violences à l'adolescence et à un stade ultérieur de la vie.
- Les taux de prévalence du tabagisme dans la Région sont parmi les plus élevés chez les adolescents. Dans la plupart des pays ou régions, la prévalence d'une consommation hebdomadaire de tabac augmente considérablement avec l'âge. Dans certains pays, elle connaît une hausse de plus de 15 % entre l'âge de 11 et de 15 ans. Le tabagisme passif provoque de graves problèmes respiratoires tels que l'asthme et une diminution de la fonction pulmonaire chez les enfants.
- La consommation d'alcool est fréquente chez les adolescents de la Région. L'alcool peut apparaître comme un moyen de satisfaire certains besoins sociaux et personnels aux yeux des jeunes, mais il existe un lien étroit entre celui-ci et de nombreuses causes d'un mauvais état de santé (traumatismes, tabagisme, consommation de drogues illicites, rapports sexuels non protégés, etc.). Vingt-cinq pour cent des garçons et 17 % des filles âgés de 15 ans signalent boire de l'alcool au moins 1 fois par semaine, et près d'un tiers d'entre eux déclarent avoir été ivres au moins 2 fois. Les taux de prévalence d'une consommation hebdomadaire d'alcool et d'un état d'ivresse (précoce) augmentent sensiblement avec l'âge (en particulier entre 13 et 15 ans) pour les garçons et les filles dans tous les pays. Si les garçons sont plus susceptibles de notifier une consommation d'alcool et un état d'ébriété sur une base hebdomadaire, moins de la moitié des pays et régions concernés par l'étude signalent d'importantes différences entre les sexes à l'âge de 13 ans.

- Dans de nombreux pays d'Europe, un pourcentage considérable d'enfants et d'adolescents ne pratiquent pas d'activité physique jusqu'à concurrence des niveaux recommandés. Des études ont montré qu'en moyenne, 1 enfant sur 3 âgé de 6 à 9 ans est en surpoids ou obèse. La prévalence du surpoids (en ce compris l'obésité) chez les jeunes de 11 et 13 ans varie de 5 % à plus de 25 % dans certains pays. Plus de 60 % des enfants qui présentent une surcharge pondérale avant la puberté seront en surpoids au début de l'âge adulte, ce qui entraînera l'apparition de maladies et d'affections chroniques telles que des maladies cardiovasculaires et un diabète de type 2.
- Vingt-cinq pour cent des jeunes de 15 ans ont déjà eu des rapports sexuels, mais dans certains pays, ils sont plus de 30 % à ne pas utiliser de préservatifs ou une quelconque forme de contraception, ce qui entraîne des maladies sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.
- Selon les estimations, les déterminants environnementaux de la santé sont responsables d'environ 17 % de la charge totale des maladies dans la Région. Les facteurs de risque environnementaux associés à une forte charge globale de maladie chez les enfants et les adolescents de la Région sont notamment : la mauvaise qualité de l'air intérieur et extérieur ; des conditions inadéquates pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène ; les modes de mobilité et de transport ; les produits chimiques dangereux ; le bruit ; et les effets combinés du changement climatique.
- Les traumatismes dus à des accidents de la route font partie des principales causes de décès chez les enfants et les jeunes adultes âgés de 5 à 19 ans dans la Région, et le fardeau de la morbidité provoquée par ces accidents est encore beaucoup plus lourd. Les principales causes de décès dus à des traumatismes non intentionnels sont les accidents de la route (39 %), les noyades (14 %), les intoxications (7 %) et les incendies et chutes (4 % chacun). Les traumatismes non intentionnels provoquent quelque 42 000 décès chez les enfants et les jeunes de 0 à 19 ans.

6. Au-delà des fardeaux pour la santé, les sociétés européennes sont en train de changer. Les enfants et les adolescents mènent des vies de plus en plus numériques, dans lesquelles une grande partie de leur comportement, de leurs choix, de leur formation scolaire, de leur réseau social et de leurs loisirs passe par la voie électronique. Bien que cela ouvre de nouvelles possibilités de transmettre aux enfants et aux adolescents des messages de santé publique novateurs (dont de nombreux exemples existent déjà dans les pays), cela pose également des problèmes liés à une exposition à de la cyberintimidation, de la cyberdépendance et de la pornographie, qui ont fait l'objet de bien des débats dans les médias. Plus important, peut-être, est le fait que les traces numériques laissées par les enfants et les adolescents sont exploitées commercialement pour en faire des cibles et influencer leur comportement. Cet aspect de leur vie reste pratiquement inaperçu. De plus, en raison des dispositions législatives européennes actuelles, il est difficile, voire impossible, pour les décideurs de la santé publique d'accéder à cette source abondante de données pertinentes ou de l'exploiter. Au cours de la période couverte par cette stratégie, le secteur de la santé va commencer à utiliser ce nouveau déterminant qu'est le bien-être dans l'enfance et l'adolescence, et exploiter de nouvelles sources de données et les nouveaux médias pour promouvoir et protéger la santé par des moyens novateurs.

Impact de la stratégie précédente³

7. Une étude effectuée trois ans après le lancement de cette stratégie a montré que le fait, pour les pouvoirs publics nationaux et régionaux et les ministères de la Santé, d'appliquer à la santé des enfants et des adolescents des méthodes de haute priorité telles que l'approche intersectorielle et la démarche de prise en compte de tout le cours de l'existence, était l'un des principaux points forts de cette stratégie. Le suivi de cette étude dans plusieurs pays qui reconduisent les mandats des stratégies nationales pour la santé de l'enfant et de l'adolescent démontre clairement que les principes de la stratégie européenne sont appliqués pour l'élaboration des politiques nationales. Toutefois, l'expérience acquise en ce qui concerne la mise en œuvre de plans d'action montre que, dans la plupart des pays, l'intention d'appliquer des politiques nationales intersectorielles ne s'est pas traduite par des mesures concrètes, et que les plans nationaux ont souvent été axés sur une amélioration de l'accès aux services consacrés à la mère, au nourrisson et à l'enfant, ainsi que de leur qualité. La mise en œuvre de plans d'action nationaux a eu un impact direct sur la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, faisant progresser la réalisation de l'OMD 4, mais il y a eu très peu de mesures visant à entreprendre des démarches intersectorielles, à faire de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi qu'à répondre aux besoins propres aux adolescents.

8. Lorsqu'ils ont élaboré des stratégies pour la santé de l'enfant et de l'adolescent, la plupart des pays ont eu du mal à définir un budget du système national de santé pour ce groupe d'âge. Plusieurs d'entre eux ont signalé que cette stratégie avait permis d'obtenir plus facilement une vue d'ensemble des dépenses consacrées à la santé de l'enfant et de l'adolescent, mais que les budgets sont principalement alloués au secteur de la santé.

9. Les principes directeurs (approche axée sur tout le cours de la vie, équité, action intersectorielle et participation), les buts et les objectifs demeurent pertinents pour la nouvelle stratégie, mais les données probantes sur lesquelles se basent l'action et la pratique, notamment en ce qui concerne le premier âge, les démarches axées sur des droits, les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en santé depuis la conception jusqu'à la fin de l'adolescence, se sont considérablement étoffées avec la publication de Santé 2020 et de ses bases factuelles. Le but de cette nouvelle stratégie est de s'inscrire dans le prolongement de la stratégie antérieure en s'inspirant des succès et des enseignements de celle-ci, pour refléter les données probantes, l'épidémiologie, les politiques et les tendances sociales d'aujourd'hui, afin d'améliorer la manière dont les pays abordent la santé de l'enfant et de l'adolescent.

10. Cette stratégie doit couvrir la période de 2015 à 2020.

Buts et objectifs

11. La nouvelle stratégie vise les buts suivants :

- permettre aux enfants et aux adolescents de la Région européenne de l'OMS de réaliser pleinement leur potentiel en matière de santé, de développement et de bien-être ;
- alléger le fardeau des maladies et de la mortalité évitables chez ces enfants et adolescents.

³ Stratégie européenne de l'OMS pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent : de la résolution à l'action 2005-2008. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2008 (en anglais et en russe ; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/european-strategy-for-child-and-adolescent-health-and-development-from-resolution-to-action,-2005> 2008, consulté le 24 avril 2014).

12. Les pays fixeront leurs propres objectifs pour répondre à leurs besoins spécifiques. Les objectifs généraux sont les suivants :

- promouvoir la gouvernance, les partenariats et l'action intersectorielle à tous les niveaux de la société ;
- renforcer les systèmes de santé axés sur la personne et les capacités en matière de santé publique pour assurer aux enfants et aux adolescents une meilleure santé et un meilleur développement ;
- agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités concernant les enfants et les adolescents, ainsi que leurs parents et les personnes qui s'occupent d'eux.

Principes directeurs

13. Il est recommandé que les pays qui révisent et élaborent des stratégies pour la santé des enfants et des adolescents les formulent en incluant les principes directeurs suivants :

- l'adoption d'une approche portant sur toute la durée de la vie ;
- l'adoption d'une approche s'inspirant de bases factuelles ;
- la promotion de partenariats solides et d'une étroite collaboration intersectorielle ;
- l'adoption d'une approche fondée sur les droits.

Adoption d'une approche portant sur toute la durée de la vie

14. Pour adopter une approche fondée sur toute la durée de vie, il ne suffit pas de considérer la perspective longitudinale. Cette approche est fondée sur le constat que la santé et la maladie à l'âge adulte trouvent leurs racines dans l'état de santé et les expériences des stades antérieurs de l'existence, et elle reflète systématiquement les facteurs économiques, sociaux, environnementaux, biomédicaux et autres qui influent sur la santé.

15. Les efforts ciblés visant à rompre ou à perturber les cycles intergénérationnels négatifs qui sont créés par des inégalités d'ordre sanitaire ou contribuent à celles-ci (pas d'allaitement exclusif au sein, mauvais développement dans la petite enfance, mauvaise santé des parents et compétences parentales insuffisantes, etc.), permettront de promouvoir le développement de jeunes qui soient en bonne santé, sûrs d'eux, compétents sur le plan social et se sentant sécurisés dans leurs relations, et qui, à leur tour, créent, en tant que parents, grands-parents et tuteurs, les conditions propices à l'avènement de générations futures en aussi bonne santé.

Adoption d'une approche s'inspirant de bases factuelles

16. Cette stratégie se fonde sur les éléments probants disponibles pour la formulation de politiques et le choix des groupes de population et des interventions prioritaires. Elle tient compte de nouvelles bases factuelles importantes relatives à des aspects tels que l'épidémiologie tout au long de la vie, la santé de l'enfant et de l'adolescent, les inégalités, et ce dans les domaines suivants :

- le développement prénatal, directement lié à l'état de santé des parents, à leur comportement et à leur environnement ;
- le soutien au développement dans la petite enfance, en accordant de l'importance, mais pas la priorité absolue, aux enfants âgés de 0 à 3 ans ;

- la capacité, les aptitudes, les compétences des enfants, des adolescents et de leur famille dans le domaine de la santé, ainsi que la confiance en eux dont ils font preuve dans ce domaine ;
- la prévention précoce de la maltraitance et de l'adversité ;
- le recours aux établissements préscolaires et scolaires comme lieux cibles pour la promotion de la santé et l'éducation sanitaire par l'adoption d'approches englobant tout le parcours scolaire ;
- les groupes vulnérables, tels que les orphelins, les Roms et les migrants ;
- l'orientation des services de santé sur la promotion, la protection et la prévention.

17. L'accent est particulièrement mis sur l'efficacité des activités de promotion et de protection de la santé, et de prévention des maladies. L'impact économique des maladies est un lourd fardeau pour les systèmes de santé de tous les pays. Les bases factuelles montrent clairement que de nombreuses dépenses peuvent être évitées en investissant dans la promotion, la protection et la prévention. De même, il est essentiel, pour pouvoir élaborer des politiques sanitaires complètes en faveur des enfants et des adolescents, de disposer de bases factuelles montrant le coût entraîné par un défaut d'investissements efficaces dans la santé de l'enfant et de l'adolescent, par le manque d'action contre les inégalités existantes et par l'absence de lutte contre l'impact des mesures d'austérité sur les enfants et les adolescents.

18. La production et le renforcement des bases factuelles démontrant la pertinence d'une intervention en matière de santé, de développement et de bien-être de l'enfant et de l'adolescent sont focalisés sur des interventions visant à prévenir, durant les premiers stades de la vie, une mortalité précoce et/ou une morbidité ultérieure.

Promotion de partenariats solides et d'une étroite collaboration intersectorielle

19. La santé est un domaine à multiples facettes, souvent déterminé par des facteurs situés en dehors du champ immédiat du secteur de la santé. Bien que ce dernier joue un rôle fondamental, en dispensant directement les services nécessaires et en assurant une coordination entre les différents secteurs, il ne peut, à lui seul, résoudre tous les problèmes.

20. Partout, l'ensemble des pouvoirs publics adoptent des mesures législatives et réglementaires pour protéger le citoyen, et nombre de ces mesures ont un impact sur la santé publique. Les politiques agricoles et alimentaires, par exemple, influencent largement l'approvisionnement alimentaire. Les techniques de production, d'enrichissement et de préparation des aliments ont un impact sur les niveaux de lipides, de sucre, de sel et d'oligo-éléments dans l'alimentation. La politique des transports a, même par défaut, une influence sur la manière dont les véhicules sont conçus, sur les émissions et sur l'impact environnemental. La combinaison de meilleures règles de sécurité dans le secteur de la fabrication et dans la planification urbanistique permet d'éviter les accidents. Les politiques en matière d'éducation et d'enseignement jouent un rôle crucial dans le renforcement des normes sociales et de la citoyenneté, ainsi que dans le développement des connaissances et des compétences des jeunes. La politique fiscale peut se traduire par des subventions, des incitants, des pénalités et des taxes et impôts en faveur de la santé et du développement des enfants et des adolescents. Les politiques relatives à des facteurs environnementaux tels que l'approvisionnement en eau et les produits chimiques dangereux ont une influence sur la santé des enfants et des adolescents.

21. Une collaboration intersectorielle est impérative à tous les niveaux. Ce principe devrait également être reflété dans les formations en cours pour les professionnels.

22. Les partenariats locaux sont essentiels pour favoriser les changements au sein des communautés locales, qui amènent des changements au sein de la société.

Adoption d'une approche fondée sur les droits

23. Lorsque les droits humains sont mieux respectés, ils aident plus efficacement les pouvoirs publics à renforcer leur système de santé, à fournir des soins à tous et à améliorer la situation sanitaire.

24. L'expérience démontre que la participation des enfants et des adolescents est essentielle à l'élaboration et à la mise en œuvre efficaces de stratégies, de politiques et de services. Cette participation doit être réelle, avec un véritable engagement, et non purement symbolique. Il existe des mécanismes pour solliciter l'avis des enfants et des adolescents, y compris des membres de groupes difficiles à atteindre et défavorisés, et pour s'assurer leur participation.

25. Les pays peuvent se servir de leur stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent afin de promouvoir l'application systématique des normes relatives aux droits humains, et notamment de la *Convention relative aux droits de l'enfant* des Nations Unies. Cette démarche permettra de mettre en place un contexte juridique et politique plus favorable, plus stimulant pour la santé des enfants et des adolescents et d'assurer un accès plus équitable à des services de santé de bonne qualité pour les enfants, les adolescents et leur famille.

Vision

26. Globalement, ce à quoi l'on aspire est que tous les enfants et les adolescents qui naissent et/ou grandissent dans la Région européenne de l'OMS :

- soient visibles aux yeux des personnes responsables de l'élaboration de politiques, de la prise de décisions et de l'encadrement des enfants et des adolescents ;
- soient des enfants désirés, nés de mères en bonne santé, au sein de familles et de communautés soucieuses de leur bon développement ;
- grandissent à l'abri de la pauvreté et du dénuement ;
- nouent rapidement des liens de qualité avec leur mère, leur père, leurs frères et sœurs et les autres personnes importantes chargées de s'occuper d'eux ;
- soient nourris au sein pendant les six premiers mois et bien alimentés par la suite ;
- bénéficient du programme complet et efficace de vaccination et de visites médicales ;
- soient à l'abri des maladies évitables et aient accès, sans restriction, à des services de santé de bonne qualité, y compris des services de santé mentale ;
- profitent d'un encadrement parental de haute qualité ;
- fréquentent des établissements (pré)scolaires adaptés et apprennent à lire, écrire et compter ;
- aient régulièrement l'occasion de prendre part à une activité physique ;
- aient accès à des informations et à un soutien adéquats en matière de santé et de sexualité suivant leur âge et leur sexe ;
- restent à l'abri des méfaits du tabac, de l'alcool et d'autres substances nocives ;
- aient accès à un environnement sain et sûr au sein des communautés locales, dans les foyers et dans les écoles aux niveaux maternel, primaire et secondaire ;

- acquièrent la confiance en eux-mêmes et les compétences nécessaires pour faire des choix et prendre des décisions en connaissance de cause, et pour nouer des relations positives ;
- soient mis en mesure de participer aux décisions concernant leur santé et leur bien-être ;
- entrent dans l'âge adulte dotés de compétences et d'aptitudes nécessaires pour apporter une participation positive et profiter d'une vie productive, saine et heureuse.

Priorités

Conférer de la visibilité à la vie des enfants

27. Les enfants et les adolescents ont le droit d'être vus et entendus. Dans toute l'Europe, les systèmes d'information actuels ne permettent pas de discerner leurs expériences entre l'âge de cinq ans et l'adolescence. Cette situation rend les décideurs politiques aveugles au fardeau des maladies des jeunes, ainsi qu'aux dangers et injustices auxquels ils sont confrontés. De nombreux systèmes d'information considèrent les enfants comme des unités ajoutées à un ménage, et les expériences qu'ils vivent sur le plan de la santé avant qu'ils puissent voter sont difficiles à discerner. Les enfants grandissant en institution sont particulièrement invisibles et vulnérables. Par conséquent, les enfants passent souvent « à travers les mailles du filet » dans les délibérations politiques et la distribution des ressources.

28. La stratégie européenne de l'OMS permettra de garantir que :

- toutes les naissances et toutes les vies soient enregistrées et comptabilisées. L'Europe possède en général de bonnes statistiques de l'État civil, mais dans un certain nombre de pays, le droit fondamental d'une déclaration de naissance est refusé aux enfants de certains groupes de population. Les dix prochaines années devraient voir la fin de ce phénomène de déni ;
- les menaces qui, au-delà de la vie et de la mort, pèsent sur la santé des enfants et des adolescents fassent l'objet d'un relevé systématique et que, notamment, il y ait un suivi de leur exposition à des risques d'ordre comportemental, social et environnemental, et que ces données soient utilisées pour déceler les déterminants sociaux de la santé de l'enfant et agir sur ceux-ci. La Région européenne est relativement bien dotée en matière de données relatives aux adolescents, obtenues par l'intermédiaire de l'Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC), qui est une précieuse source d'informations permettant d'influencer l'évolution et d'assurer le suivi des démarches adoptées aux niveaux régional, sous-régional et national ;
- les lois européennes permettent le rapprochement des différentes statistiques recueillies et l'exploitation de ce procédé pour l'élaboration de politiques. Ce rapprochement de données est un outil très efficace pour déceler les inégalités et déterminer leurs causes sociales et environnementales ;
- les organismes de la santé publique acquièrent le mandat, l'appui légal et le soutien nécessaires pour pouvoir utiliser ces données en vue de la promotion et de la protection de la santé.

29. En mettant davantage l'accent sur une évaluation systématique des lois, politiques et programmes relatifs à la mère, à l'enfant et à l'adolescent dans la perspective des droits qu'ils détiennent et sur une évaluation de la qualité des soins fondée sur les droits de l'enfant à tous les niveaux, on contribuera à mieux axer les efforts sur les enfants, leur santé et leur bien-être.

30. Les pays doivent améliorer leurs systèmes de suivi et de contrôle des responsabilités en matière de santé des enfants et des adolescents en recueillant des statistiques ventilées par âge, sexe et statut socioéconomique, et en développant les cadres juridiques et la capacité à promouvoir

la formulation de politiques davantage inspirées de statistiques dans ce domaine. Il conviendrait également de mettre en place un programme de recherche portant sur la santé de l'enfant et de l'adolescent.

Poursuivre la lutte contre la mortalité évitable et les maladies infectieuses

31. Les pays qui ne sont pas encore en voie d'atteindre les OMD relatifs à la mortalité de la mère, du nourrisson et de l'enfant ont besoin d'aide pour ce faire, de même que les pays qui ont rempli les objectifs, mais doivent encore s'assurer que l'amélioration de la santé touche l'ensemble de la population, y compris les personnes difficiles à atteindre. Il importe d'effectuer des consultations de soins prénatals auprès des mères afin d'augmenter la probabilité que leur enfant soit viable et en bonne santé. Vacciner les mères contre le tétanos et éviter le tabac et l'alcool constituent autant d'autres facteurs de protection. Plus de la moitié des décès chez les enfants de moins de cinq ans sont dus à des maladies qui sont évitables et peuvent être soignées par une intervention simple, peu coûteuse et fondée sur des bases factuelles. Il est nécessaire de procéder à un renforcement des systèmes de santé axés sur les personnes afin de garantir un accès universel à des services de santé maternelle et infantile de haute qualité, en particulier pour les groupes vulnérables tels que les Roms et les migrants.

32. La vaccination est l'une des mesures de santé publique les plus efficaces. De formidables progrès ont été réalisés avec la mise au point et le lancement de nouveaux vaccins et l'élargissement de la portée des programmes de vaccination pour faire baisser la mortalité et la morbidité. Le lancement de nouveaux vaccins est considéré comme une occasion de renforcer et d'intensifier les interventions existantes à efficacité prouvée en adoptant des approches globales pour la prévention de la pneumonie, du cancer du col de l'utérus et de la diarrhée.

Transformer la gouvernance de la santé des enfants et des adolescents

Encadrer le développement dans la petite enfance

33. Les facteurs positifs et négatifs qui influencent le développement de la petite enfance, y compris au stade du nourrisson, ont des effets tout au long de la vie. Les connaissances, comportements et croyances acquis au début de la vie sont susceptibles de persister jusqu'à l'âge adulte. La santé de la mère et ses capacités et aptitudes en tant que parent (et celles d'autres membres de la famille et d'autres personnes s'occupant de l'enfant ou de l'adolescent) sont déterminantes pour la santé et le bien-être de ce dernier dès le stade de préconception. Pour favoriser un développement harmonieux, il est nécessaire de prendre des mesures qui dépassent le seul secteur de la santé et des services connexes, avec l'apport crucial et intensif de secteurs comme la santé, l'enseignement, le développement communautaire, la protection sociale et les finances. L'accent devrait être mis en particulier sur une inclusion des enfants de migrants ou de groupes ethniques minoritaires et des enfants présentant des invalidités.

Soutenir la croissance pendant l'adolescence

34. On comprend désormais beaucoup mieux les déterminants de la santé de l'adolescent. Les valeurs et normes sociales appliquées au sein de la famille immédiate, dans les groupes de camarades et l'environnement scolaire peuvent exposer les adolescents à des risques, ou les protéger. L'instruction en santé doit être promue de l'enfance à l'adolescence, afin que les futurs citoyens européens disposent des aptitudes nécessaires pour prendre des décisions avisées. Le défi à relever dans les politiques menées est de faire pencher la balance entre les risques et la protection vers le bien-être plutôt que vers les comportements qui peuvent nuire à la santé.

35. Les comportements à risque, dont la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances nocives ont des répercussions négatives à long terme et augmentent le risque de contracter des maladies non transmissibles à un stade ultérieur de la vie. Une activité sexuelle sans protection peut entraîner des maladies sexuellement transmissibles et/ou une grossesse non désirée. La Région européenne possède une certaine expérience des stratégies de promotion de la santé (par exemple les Écoles-santé, les services de santé adaptés aux jeunes, le marketing social) pour faire face à de tels risques, mais il faut en faire beaucoup plus.

36. De plus en plus, les enfants et les adolescents souffrent d'une série de maladies chroniques de longue durée, depuis les cancers de l'enfant jusqu'à des maladies jadis observées presque exclusivement chez des adultes, et qui apparaissent plus rapidement. Les systèmes de santé européens doivent prévoir des dispositions pour le traitement des malades chroniques de longue durée chez les enfants et les adolescents.

Lutter contre l'exposition à la violence et veiller à faire évoluer les démarches sociétales de la justice pénale vers des services préventifs et thérapeutiques

37. La violence peut être prévenue dans le cadre d'une démarche de santé publique. Les enfants vivant dans des foyers où règne la violence sont plus susceptibles d'être exposés à des sévices d'ordre physique et psychologique et courent plus de risques de souffrir de problèmes de santé durant leur vie. Traditionnellement, les réactions à la maltraitance des enfants et à la violence interpersonnelle à l'adolescence ont souvent été du ressort du système de justice pénale, l'accent étant mis sur une gestion des conséquences, tandis que peu d'attention était accordée à la prévention. Les bases factuelles indiquent qu'un investissement dans des relations sécurisantes et épanouissantes, dans l'aide sociale et dans des environnements favorables peut permettre de prévenir la maltraitance et la violence, et est rentable.

Protéger la santé et limiter les risques

Libérer du tabac la génération du nouveau millénaire

38. Il est réaliste de penser que la présente génération d'Européens est la première qui pourrait s'affranchir du tabac. Les courbes du tabagisme chez la population adulte pointent vers le bas dans la majeure partie de l'Europe, même dans des pays qui sont exportateurs nets de produits du tabac. Ces courbes montrent une diminution chez les adolescents d'Europe occidentale, surtout les filles, tandis que ceux d'Europe de l'Est connaissent une augmentation. Tandis que les pays s'emploient à concrétiser l'objectif mondial d'une réduction de 30 % de la consommation de tabac pour 2025, la Région européenne de l'OMS peut porter son regard plus loin et aspirer à ce que tous les enfants nés en 2000 ou après deviennent des adultes non fumeurs et atteignent un âge moyen sur un continent où le tabac est une rareté et où les enfants grandissent sans être exposés, de manière directe ou indirecte, à la fumée du tabac.

39. L'augmentation du prix du tabac par la hausse des taxes est le moyen le plus efficace de diminuer la consommation, et est une mesure particulièrement importante pour dissuader les adolescents de consommer du tabac. Les images saisissantes, de grand format, figurant sur les étiquettes de mise en garde et les emballages sans fioritures limitent l'attrait des paquets de cigarettes, en particulier aux yeux des adolescents et des filles. L'interdiction du tabac dans les lieux publics protège les enfants contre une exposition au tabagisme passif et contribue à « dénormaliser » la consommation de tabac.

Promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique à toutes les étapes de la vie

40. Les recommandations de l'OMS relatives à l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie et aux compléments alimentaires administrés par la suite sont étayées par des bases factuelles très probantes et devraient servir de point de départ pour les stratégies en matière de nutrition des nourrissons et des jeunes enfants au niveau des pays. Le surpoids et l'obésité font partie des problématiques de santé qui s'aggravent le plus rapidement chez les enfants et les adolescents. Ils sont susceptibles de créer des problèmes de santé et de bien-être à un stade ultérieur de la vie et de faire peser un fardeau économique sur les systèmes de santé et les sociétés. Les mesures à prendre seront notamment d'entamer une collaboration intersectorielle pour favoriser les choix sains en matière d'alimentation, durant toute la vie, comme l'envisage le plan européen relatif à l'obésité infantile, et conformément à la *Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020*.

Lutter contre la dépression et d'autres problèmes de santé mentale à l'adolescence

41. Les bases factuelles se sont accumulées pour attester que le renforcement des facteurs protecteurs dans les écoles, les foyers et les communautés locales et l'amélioration de la qualité des soins de santé mentale pour enfants et adolescents peuvent largement contribuer non seulement à améliorer les résultats obtenus en matière de développement des jeunes vulnérables, mais aussi à renforcer le capital social des pays. Il conviendrait de veiller à ce que les interventions menées dans le cadre de soins de santé mentale primaires et de proximité gagnent en simplicité, en efficacité et en qualité et de s'assurer qu'il y ait une continuité et une confidentialité, et des soins axés sur le patient. Le bien-être mental est fondamental pour une bonne qualité de vie. L'exposition à de l'adversité à un jeune âge est un facteur de risque évitable pour les troubles mentaux. La problématique de la santé mentale est traitée en détail dans « Le Plan d'action européen sur la santé mentale ».

Protéger les enfants et les adolescents contre les risques liés à l'environnement

42. Les déterminants environnementaux exercent une forte influence sur la santé des enfants et des adolescents. Cette stratégie engage les pays à prendre des mesures pour garantir : que les enfants et les adolescents vivent au sein de communautés saines, dans lesquelles ils sont en sécurité, avec un accès à des milieux sûrs où ils peuvent jouer et participer à des activités physiques ; qu'ils vivent dans des zones où la qualité de l'air est surveillée et où des mesures sont adoptées en vue de réduire les niveaux de polluants ; qu'ils aient accès à un approvisionnement régulier en eau potable à qualité garantie ; qu'ils vivent dans un logement adéquat avec de bons équipements pour l'assainissement, la cuisine et l'entreposage des aliments ; qu'ils aient accès à des transports en commun de bonne qualité, et ce à un prix raisonnable ; et qu'ils bénéficient de mesures visant à promouvoir la sécurité routière et à s'assurer que les automobilistes possèdent les compétences et jouissent de la forme physique nécessaires pour conduire.

43. Toute une série d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité peuvent être menées pour la prévention des traumatismes. Les meilleures stratégies garantissent que des environnements sûrs et durables soient créés, par exemple, en combinant les outils législatifs pour des produits plus sûrs et un marketing social pour lutter contre les comportements à risque.

44. Des interventions visant spécifiquement à améliorer l'accès à des services sûrs, à de l'eau, et à un assainissement et une hygiène adéquats dans les foyers et les écoles maternelles, primaires et secondaires peuvent entraîner un important recul des maladies diarrhéiques.

Élaboration et mise en œuvre de la stratégie

45. Élaborer des stratégies nationales et des politiques efficaces pour la santé des enfants et des adolescents et mettre en place des mécanismes pour leur application et leur suivi nécessite la participation active de toutes les sections des pouvoirs publics, sous les auspices des ministères de la Santé.

46. Toute action doit se fonder sur la reconnaissance, par l'ensemble des secteurs du gouvernement et de la société, de la nécessité d'adopter une démarche intégrée pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, et ce dans le cadre d'une stratégie globale et nationale tenant compte des principales priorités, énonçant des orientations précises et clarifiant l'apport à fournir par différents secteurs sociaux et économiques. La constitution d'un organe intersectoriel, regroupant les principaux ministères, agences, organisations non gouvernementales (ONG) et associations professionnelles, pour l'élaboration de cette stratégie permettra de garantir l'adhésion de ces entités aux priorités, aux plans et aux activités de suivi. Pour garantir de bons résultats, les États membres envisageront de prendre les mesures suivantes :

- examiner, élaborer ou actualiser les stratégies et plans nationaux pour la santé des enfants et des adolescents, afin de tenir compte des bases factuelles les plus récentes ;
- veiller à inclure des objectifs, des cibles, des mesures et des indicateurs clairs pour jauger leur mise en œuvre ;
- promouvoir des approches multisectorielles en faveur de la santé des enfants et des adolescents, notamment avec la participation d'ONG et des communautés ;
- faire participer les enfants et les adolescents aux activités de planification et de développement ;
- veiller à l'équité et au respect de la dimension homme-femme dans la planification et la mise en œuvre ;
- établir le coût total des plans d'action intersectoriels et les financer entièrement ;
- veiller à ce que des systèmes de suivi adaptés soient en place.

47. Grâce à un ensemble d'outils conçus pour aider les États membres à élaborer leurs propres stratégies nationales, cette stratégie apporte une aide concrète, en :

- déterminant les problématiques clés en matière de développement de l'enfant et de l'adolescent ;
- amenant les responsables de l'élaboration des politiques et de la planification à s'orienter vers des solutions fondées sur des données scientifiques ;
- permettant aux décideurs d'acquérir la capacité nécessaire pour améliorer la santé et l'existence des enfants et des adolescents de la manière la plus efficiente et efficace possible ;
- fournissant une structure pour les responsables des politiques et les planificateurs à tous les niveaux ;
- énonçant les principaux défis d'ordre sanitaire à chaque étape de l'existence, de la naissance à l'âge de 18 ans ;
- reflétant la diversité nationale, régionale et locale en guidant les États membres à travers les étapes essentielles de la création de plans d'action propres aux pays.

Partenaires

48. L'apport de partenaires aux niveaux national et international est essentiel pour garantir l'adoption d'une approche commune et l'optimisation des efforts visant à améliorer la santé des enfants et des adolescents. Parmi les partenaires importants pour les États membres, on compte :

- le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et d'autres organismes des Nations Unies actifs dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents ;
- l'Union européenne et ses institutions ;
- le Conseil de l'Europe ;
- la société civile et les ONG ;
- les établissements universitaires et les centres collaborateurs de l'OMS ;
- les associations professionnelles.

49. Chaque partenaire a sa contribution à apporter dans des domaines tels que la législation, le financement, l'éducation, la science et la mise en œuvre.

Suivi et contrôle des responsabilités

50. Il convient d'organiser un suivi et un contrôle des responsabilités à deux niveaux :

- l'assistance technique et l'appui fournis par l'OMS aux pays pour faire avancer les choses en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent ;
- les résultats obtenus en la matière à l'échelon des États membres, notamment pour ce qui est de la concrétisation des OMD.

51. L'information est une ressource coûteuse. Des systèmes précis sont nécessaires pour recueillir les bonnes données, qui deviendront en temps utile des informations pertinentes pouvant être utilisées pour assurer le suivi de l'état de santé et du développement des enfants et des adolescents aux niveaux national et sous-national.

Le rôle de l'OMS

52. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe appuiera les efforts consentis par les États membres pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents. Ce soutien permanent prendra notamment les formes suivantes :

- un plaidoyer pour la santé des enfants et des adolescents au niveau le plus élevé, tant à l'échelle nationale qu'internationale et sur le plan pansociétal, dans le cadre d'une approche intégrant la santé dans toutes les politiques ;
- l'élaboration de normes et de recommandations pour les politiques, stratégies, interventions et services en rapport avec la santé des enfants et des adolescents ;
- l'apport d'une assistance technique pour la révision et l'élaboration de politiques et stratégies globales dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents ;
- la révision, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies sectorielles dans les domaines prioritaires de cette stratégie ;
- le renforcement des capacités pour la mise en œuvre, aux niveaux national et régional, des stratégies et des interventions intégrées dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents, et le soutien à cette mise en œuvre ;

- l'amélioration des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation ;
- l'aide à la mise en place d'une collaboration et de structures intersectorielles.

Annexe 1. Rapport sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents en Europe

Lors de la soixante-dixième session du Comité régional (CR70) de 2020, et aux termes de la résolution sur l'investissement dans l'enfance qui doit être adoptée lors du CR64, un rapport de situation sur l'état de santé des enfants et des adolescents sera présenté aux États membres. Ce dernier abordera les progrès accomplis en vue de répondre aux priorités énoncées dans la stratégie pour la santé des enfants et des adolescents lors des cinq années de sa mise en œuvre.

Il mettra en évidence le « parcours » sanitaire de la naissance à l'âge adulte, en analysant notamment les lacunes en matière de données. Ce document appuiera la perspective de la stratégie, à savoir rendre visible la vie des enfants pour les responsables politiques, les décideurs et les soignants. Le rapport se penchera particulièrement sur les trois domaines suivants.

1. Poursuivre la lutte contre la mortalité évitable et les maladies infectieuses

Les politiques et les interventions axées sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5 et de ceux de l'après-2015 jouent un rôle important dans l'élimination de la mortalité évitable. Les progrès accomplis à cet égard, notamment l'évaluation des inégalités entre les pays et au sein de ceux-ci, feront l'objet d'une analyse qui, en outre, comprendra une évaluation de la mise en œuvre des composantes du « Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020 » (qui doit être adopté lors du CR64) s'appliquant aux enfants et adolescents. Des propositions seront formulées afin de résoudre les problèmes restants.

2. Transformer la gouvernance de la santé des enfants et des adolescents

2 a) Encadrer le développement dans la petite enfance

Les premières années de vie sont particulièrement importantes en termes de croissance et de développement. De nombreux pays disposent d'une forme ou d'une autre de service public d'enseignement, de garde et de soins pour les enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de la scolarité obligatoire, et un examen de ces mécanismes a été réalisé dans cinq pays à l'appui de la stratégie pour la santé des enfants et des adolescents. Une analyse pointue des systèmes européens de santé, d'enseignement et des systèmes sociaux destinés aux enfants, dans leurs premières années, y compris dans la petite enfance, et couvrant tous les États membres, sera mise en œuvre, et les progrès réalisés à cet égard feront l'objet d'un rapport.

2 b) Soutenir la croissance pendant l'adolescence

L'adolescence est l'âge des grands bouleversements physiques et psychologiques, et se caractérise également par des changements dans les relations et interactions sociales. Bien que la plupart des adolescents passent à l'âge adulte en bonne santé, ce n'est pas toujours le cas. Le milieu scolaire (y compris les services de santé dispensés) peut et doit jouer un rôle majeur en soutenant la croissance pendant l'adolescence. L'introduction de normes en matière de promotion de la santé pour l'ensemble des écoles et l'intégration d'une solide éducation à la santé dans les programmes scolaires constituent d'importants objectifs à cette fin. Le rôle des services accueillants, d'un coût raisonnable, adaptés à l'âge concerné, prenant en considération la dimension homme-femme et assurant la confidentialité sera analysé, ainsi que leur impact sur la santé et le développement des adolescents.

2 c) Lutter contre l'exposition à la violence et veiller à faire évoluer les démarches sociétales de la justice pénale vers des services préventifs et thérapeutiques

La maltraitance et la violence sont dues à de multiples facteurs. Bon nombre des conséquences doivent être traitées par le secteur de la santé, à la fois dans le court et le long terme. Cependant, l'action sur les causes de la maltraitance nécessite le déploiement d'efforts coordonnés et soutenus au niveau multisectoriel (santé, éducation, emploi, protection sociale, justice, logement, commerce et industrie, médias et communications, organisations non gouvernementales). Le plan d'action pour la prévention de la maltraitance des enfants, qui doit être approuvé au CR64, comprend une série d'indicateurs qui constitueront la base de cette section du rapport. Les défis et les résultats de la mise en œuvre du plan d'action seront enregistrés et analysés.

3. Protéger la santé et limiter les risques

3 a) Libérer du tabac la génération du nouveau millénaire

Cette section présentera un aperçu des politiques de prévention du tabagisme qui ont été élaborées et mises en œuvre, avec une attention particulière au cas des adolescents, ainsi qu'une analyse de l'efficacité des politiques.

Le suivi de la ratification de la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, dont une analyse de la fréquence du tabagisme et des causes sous-jacentes qui incitent les adolescents à fumer, sera examiné.

3 b) Promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique à toutes les étapes de la vie

Il existe un lien intrinsèque entre un bon départ dans la vie et l'allaitement maternel exclusif. Les taux actuels d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois sont peu élevés dans la Région européenne. Le rapport fera le point sur les progrès accomplis en ce qui concerne ces taux.

Le surpoids et l'obésité ont une prévalence élevée chez les enfants et les adolescents. Ils touchent surtout les enfants de parents peu instruits. Dans la Région, 1 enfant sur 4 est déjà susceptible d'être en surpoids ou obèse, et ce sont les groupes sociaux les plus démunis qui continuent d'être affectés par ce problème.

Le plan d'action sur la politique alimentaire et nutritionnelle qui doit être approuvé par le CR64 comprend des cibles qui seront utilisées pour attester des progrès accomplis dans la lutte contre l'épidémie d'obésité.

L'activité physique s'avère particulièrement bénéfique pour la santé des enfants et des adolescents, et devrait jouer un rôle majeur dans toute intervention visant à réduire le surpoids et l'obésité. Des données sur l'état de l'activité physique à l'adolescence seront présentées.

Des études de cas illustrant les réussites et les échecs observés dans la Région à cet égard figureront également dans cette section.

3 c) Protéger les enfants et les adolescents contre les risques liés à l'environnement

La *Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé* adoptée lors de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Parme, Italie, 10-12 mars 2010) répertorie un ensemble de déterminants environnementaux de la santé, notamment dans le milieu de vie et dans les cadres éducatif et récréatif des adolescents. Elle reprend aussi les engagements spécifiques et limités dans le temps pris par les États membres en vue d'atteindre

les cibles en rapport avec la santé infantile d'ici 2015 et 2020. Ces dernières serviront de base à cette section, avec une attention particulière aux points suivants :

- l'amélioration des pratiques d'hygiène et de l'accès à de l'eau salubre et à un assainissement adéquat pour les écoles et les établissements préscolaires ;
- le point sur les interventions visant à lutter contre les traumatismes dus aux accidents de la route chez les enfants et les adolescents.

Annexe 2. Documents de référence ; politiques, stratégies et plans d'action pertinents de l'OMS

Adamson P. Child well-being in rich countries. A comparative overview. Florence: UNICEF Office of Research; 2013 (Innocenti Report Card 11).

Assurer le bien-être des enfants. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques, 2009.

Barnekow V, Buijs G, Clift S, Bruun Jensen B, Paulus P, Rivett D, et al. Health-promoting schools: A resource for developing indicators. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

Barry MM, Clarke MA, Jenkins R, Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health* 2013;13:835.

Brady C, Johnson F. Integrating the life-course into MCH service delivery: From theory to practice. *Matern Child Health J* 2013;17:586–92.

Bunyavanich S, Landrigan CP, McMichael AJ, Epstein PR. The impact of climate change on child health. *Ambul Pediatr* 2003;3:44–52.

Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2007 (Innocenti Report Card 7).

Clift S, Jensen BB, eds. The health-promoting school: International advances in theory, evaluation and practice. Copenhagen: Danish University of Education Press; 2005.

Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008.

Compilation of WHO recommendations on maternal, newborn, child and adolescent health. Recommendations on maternal and perinatal health. Geneva: World Health Organization; 2013.

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf>, réimpression révisée, 2004, 2005).

Convention relative aux droits de l'enfant. New York : Nations Unies ; 1989.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Kazakhstan, URSS. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1978.

Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2010.

Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013.

Early child development: a powerful equalizer. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007.

European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

European strategy for child and adolescent health and development. From resolution to action, 2005–2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.

European strategy for child and adolescent health. Action tool. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

European strategy for child and adolescent health. Gender tool. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.

European strategy for child and adolescent health: Assessment tool. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

European strategy for child and adolescent health: Information tool. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.

Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 1. Early years. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 2. Childhood. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 3. School. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

Jensen B, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E, editors. Early years, family and education task group: report. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

Licari L, Nemer L, Tamburlini G. Children's health and environment: developing action plans. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: Is there an economic case? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (Policy summary 6).

National Evaluation of Sure Start Research Team. The impact of Sure Start local programmes on seven year olds and their families. London, Department for Education; 2012.

Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Copenhagen : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012.

Plan mondial pour la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011.

Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.

Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zambon A, Boyce W, Nic Cabbainn S. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: A multilevel study in 33 countries. Soc Sci Med 2009; 69:396-403.

Roadmap. Strengthening people centred health systems in the WHO European Region. A framework for action towards coordinated/integrated health services delivery (CIHSD). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.

Santé 2020 – un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012.

Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents. Summary of outcomes, background papers and country case studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.

Suhrcke M, Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high income countries: A review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.

The children left behind: A league table of inequality in child well-being in the world's richest countries. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2010.

Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379:1641–51.

Wolfe I, McKee M, eds. European child health services and systems: Lessons without borders. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.

World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011.

Documents de l'Assemblée mondiale de la santé et du Comité régional de l'OMS pour l'Europe⁴

Assemblée mondiale de la santé

Résolution WHA49.25. La prévention de la violence : une priorité pour la santé publique. In: Quarante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 20-25 mai 1996. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Assemblée mondiale de la santé, 1996 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_fre.pdf).

Résolution WHA56.24. Mise en œuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*. In: Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 19-28 mai 2003. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2003:24 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa56r24.pdf).

Résolution WHA58.3. Révision du Règlement sanitaire international. In: Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 16-25 mai 2005. Résolutions et décisions, annexe. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2005:3 (document WHA58/2005/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-fr.pdf).

Résolution WHA61.19. Changement climatique et santé. In: Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 19-24 mai 2008. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008:19 (document WHA61/2008/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-fr.pdf).

Résolution WHA63.10. Partenariats. In: Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010:10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R10-fr.pdf).

Résolution WHA63.13. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. In: Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010:10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-fr.pdf).

⁴ Les sites Web ont été consultés le 28 avril 2014.

Résolution WHA63.14. Commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants. In: Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010:10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-fr.pdf).

Résolution WHA63.15. Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. In: Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010:10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-fr.pdf).

Résolution WHA63.17. Malformations congénitales. In: Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010:10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-fr.pdf).

Résolution WHA63.21. Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé. In: Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010:10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-fr.pdf).

Résolution WHA63.23. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. In: Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010:10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-fr.pdf).

Résolution WHA63.24. Progrès accélérés en vue d'atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité de l'enfant : prévention et traitement de la pneumonie. In: Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010:10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-fr.pdf).

Résolution WHA64.12. Rôle de l'OMS dans le suivi de la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (New York, septembre 2010). In: Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 16-24 mai 2011. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011:12 (document WHA64/2011/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-fr.pdf#page=23).

Résolution WHA64.13. Vers une réduction de la mortalité périnatale et néonatale. In: Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 16-24 mai 2011. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011:13 (document WHA64/2011/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-fr.pdf#page=23).

Résolution WHA64.14. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015. In: Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 16-24 mai 2011. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011:14 (document WHA64/2011/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-fr.pdf#page=23).

Résolution WHA64.24. Eau potable, assainissement et santé. In: Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 16-24 mai 2011. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011:24 (document WHA64/2011/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-fr.pdf#page=23).

Résolution WHA64.27. Prévention des traumatismes chez l'enfant. In: Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 16-24 mai 2011. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011:27 (document WHA64/2011/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-fr.pdf#page=23).

Résolution WHA64.28. Risques pour la santé des jeunes. In: Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 16-24 mai 2011. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011:28 (document WHA64/2011/REC/1 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-fr.pdf#page=23).

Résolution WHA65.6. La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. In: Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 21-26 mai 2012. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2012:6 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R6-fr.pdf).

Résolution WHA65.7. Mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. In: Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 21-26 mai 2012. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2012:7 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R7-fr.pdf).

Résolution WHA66.7. Mise en œuvre des recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants. In: Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 20-28 mai 2013. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013:7 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R7-fr.pdf).

Résolution WHA67.11. Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R11-fr.pdf).

Comité régional de l'OMS pour l'Europe

Résolution EUR/RC54/R3. Environnement et santé. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88276/RC54_fres03.pdf?ua=1).

Résolution EUR/RC55/R6. Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88083/RC55_fres06.pdf?ua=1).

Résolution EUR/RC55/R9. Prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/88101/RC55_fres09.pdf?ua=1).

Résolution EUR/RC60/R7. L'avenir du processus européen Environnement et santé. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/122244/RC60_fRes7.pdf?ua=1).

Résolution EUR/RC61/R3. Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/150615/RC61_Res_f03.pdf?ua=1).

Résolution EUR/RC61/R4. Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150553/RC61_fR4.pdf?ua=1).

Résolution EUR/RC62/R5. Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/173618/RC62rs05-EAP-FRE.pdf?ua=1).

Document EUR/RC62/12 Rev.1. Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/171771/RC62wd12rev1-Fre.pdf?ua=1).

Document EUR/RC63/11. Le Plan d'action européen sur la santé mentale. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/196375/63wd11f_MentalHealth.pdf?ua=1).

= = =