Parliamentary Assembly
Assemblée parlementaire
https://pace.coe.int

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

Doc. 14194
24 octobre 2016

Assurer l'accès aux soins de santé à tous les enfants en Europe

Rapport[1]
Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable
Rapporteure: Mme Stella KYRIAKIDES, Chypre, Groupe du Parti populaire européen

Résumé

Aujourd'hui encore, les enfants d'Europe ne jouissent pas tous d'un accès égal aux services de santé. Depuis la toute dernière crise économique, l'accès aux soins de santé est devenu plus difficile pour les enfants et les familles qui vivent dans des conditions précaires du fait, par exemple, du chômage ou de la pauvreté ou parce qu'ils sont immigrés. Les systèmes de santé à travers l'Europe sont touchés de manières diverses mais nombre d'entre eux doivent être reconstruits ou consolidés afin de garantir à tous les enfants le «meilleur état de santé possible», comme le prévoit la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.

L'Assemblée parlementaire se doit d'exprimer son inquiétude face aux inégalités persistantes observées dans toute l'Europe s'agissant de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé pour les enfants et leurs conséquences sur la santé. Outre qu'il leur faut assurer un financement suffisant pour le fonctionnement des systèmes de santé publique et l'amélioration de la collecte de données dans ce domaine, les Etats membres devraient prendre en compte les déterminants sociaux de la santé (dont les inégalités en matière d'éducation et de revenus), mettre en place des programmes visant à renforcer les connaissances relatives à la santé, accorder un soutien particulier aux groupes d'enfants les plus vulnérables et promouvoir de nouvelles modalités de participation des enfants.

1. Renvoi en commission: Doc. 13402, Renvoi 4027 du 7 mars 2014.

Sommaire **Page**

A. Projet de résolution 3
B. Exposé des motifs, par Mme Stella Kyriakides, rapporteure 5
1. Introduction 5
2. Normes en matière de soins de santé: quelles mesures appliquer dans l'évaluation des soins pour enfants? 5
2.1. Normes internationales dans le domaine de la santé 6
2.2. Accès aux soins de santé – définition du concept 6
2.3. La participation des enfants à la prestation des soins de santé – concept de luxe ou état d'esprit? 7
3. L'enjeu: l'accès des enfants à des services de santé adaptés 7
3.1. Déterminants généraux de la santé et de l'accès aux soins pour les enfants en Europe 8
3.2. Les enfants et la santé – difficultés actuelles observées à travers l'Europe 9
3.3. Catégories d'enfants vulnérables 12
4. Conclusions et recommandations: mesures à prendre d'urgence et à long terme 15

A. Projet de résolution[2]

1. Il existe des lacunes importantes dans les systèmes de santé européens en ce qui concerne les soins de santé fournis aux enfants, bien que ces systèmes restent parmi les plus accessibles au monde. Sous l'effet de la dernière crise économique et des programmes d'austérité adoptés pour y répondre, l'accès aux soins de santé est devenu de plus en plus difficile, en particulier pour les enfants qui vivent déjà dans des conditions précaires ou qui appartiennent à des groupes vulnérables, mais tous les pays, les plus pauvres comme les plus riches, sont confrontés à leurs propres défis en ce qui concerne les soins de santé apportés aux enfants.

2. L'Assemblée parlementaire est préoccupée par les inégalités relevées au sein des pays européens ainsi que dans toute l'Europe concernant le droit de l'enfant à jouir du «meilleur état de santé possible», pour ce qui est de la disponibilité et de l'accessibilité des services de soins de santé mais aussi des résultats en matière de santé. Des services de santé de qualité pour les enfants doivent être non seulement disponibles, mais aussi accessibles dans les faits à tous les enfants dans un pays donné, quels que soient leur situation socio-économique, leur origine ethnique, leur éventuelle origine immigrée, leur situation géographique, leur état de santé ou leur statut juridique dans le pays.

3. L'Assemblée appelle les Etats membres à se conformer aux normes internationales et européennes pertinentes, notamment à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, à la Charte sociale européenne (STE n° 163) et à la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (STE n° 164). Les gouvernements devraient promouvoir les systèmes de soins de santé adaptés aux enfants en conformité avec les lignes directrices du Conseil de l'Europe en la matière, et en faire une priorité des politiques de santé publique. L'importance de la santé des enfants et adolescents et la voie à suivre en la matière sont décrites par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa nouvelle «Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020» – une référence essentielle dans ce domaine.

4. Bien que la tâche la plus urgente soit la reconstruction de services adaptés dans les pays où les systèmes de santé ont souffert de la crise économique et des programmes d'austérité, une autre difficulté consiste à garantir des conditions de vie saines et à fournir des services de santé aux enfants et aux familles qui vivent en situation précaire à cause du chômage, de la pauvreté, ou d'une guerre, ou parce qu'ils sont immigrés, par exemple. La mise en place de systèmes de soins de santé adaptés aux enfants nécessite aussi de mettre en place des programmes de prévention appropriés, comme le prévoit la Recommandation 1959 (2011) de l'Assemblée sur les politiques de prévention en matière de santé dans les Etats membres du Conseil de l'Europe.

5. Dans ce contexte, l'Assemblée appelle les Etats membres du Conseil de l'Europe:

5.1. à veiller à l'octroi d'un financement suffisant pour permettre la mise en place de systèmes de santé aussi performants que possible et accessibles aux enfants de manière équitable dans chaque pays, qui aient une portée globale (comprenant ainsi la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs), qui prennent en charge les urgences médicales comme les maladies chroniques affectant la santé physique et mentale, assurent la fourniture de médicaments à tous les enfants et qui mettent l'accent sur la prévention dès le plus jeune âge, notamment grâce aux soins prénatals;

5.2. à améliorer la collecte de données dans le domaine de la santé en vue de mesurer les disparités actuelles dans l'accès des enfants aux soins de santé et d'évaluer l'efficacité des politiques de santé, ventilées par groupe d'âge (jeunes enfants et adolescents) et couvrant les problèmes de santé physique et mentale;

5.3. à prendre en compte les déterminants sociaux fondamentaux de la santé, comme la pauvreté, les inégalités de revenus et le niveau d'éducation, mais également les facteurs environnementaux, dans le but d'améliorer la santé et l'accès aux services de santé;

5.4. à renforcer les connaissances en matière de santé grâce à l'élaboration de programmes spécifiques mis en œuvre par l'intermédiaire de systèmes éducatifs ou destinés à certaines catégories de la population, qui prévoiraient notamment de diffuser des connaissances de base sur les symptômes nécessitant des soins médicaux et les modes de vie sains, ainsi que des informations sur le fonctionnement des systèmes de santé;

2. Projet de résolution adopté à l'unanimité par la commission le 11 octobre 2016.

5.5. à promouvoir une nouvelle approche dans la façon d'informer les enfants sur les décisions concernant leur santé et de les consulter à ce sujet, en leur permettant de participer à la planification, à la conception et à la prestation des soins de santé si nécessaire, pour mettre ainsi en œuvre le plus haut niveau possible de participation des enfants;

5.6. à accorder un soutien particulier aux groupes d'enfants les plus vulnérables, y compris par la mise en place de programmes ciblés pour répondre à leurs besoins spécifiques, ainsi que par les mesures suivantes:

5.6.1. mise en œuvre de programmes de dépistage réguliers dans les écoles pour tous les enfants, y compris ceux qui vivent dans la pauvreté ou dans des familles ayant peu de connaissances en matière de santé, conformément aux normes de l'OMS dans ce domaine;

5.6.2. élaboration de programmes ayant pour objectif de renforcer la présence des professionnels de santé et leur accessibilité dans les zones rurales isolées grâce à la formation, à la réglementation et (si nécessaire) à des mesures d'incitation financière, ainsi que d'aider les enfants et les familles à accéder aux centres de santé les plus proches;

5.6.3. amélioration de l'accès des enfants handicapés à des services de santé abordables et de qualité, en réformant la législation et les politiques en la matière, en augmentant les budgets dédiés et en améliorant la prestation des services de santé;

5.6.4. compte tenu de l'actuelle crise des réfugiés, adoption immédiate de mesures pour garantir aux enfants «en déplacement» (migrants et réfugiés) l'accès à des soins de santé de qualité, indépendamment de leur statut juridique et sans discrimination fondée sur le sexe, l'âge, la religion, la nationalité ou la race;

5.6.5. dans le même contexte, accorder une attention particulière et des ressources aux enfants touchés par des conflits armés, soit en raison de blessures physiques exigeant des soins ou en raison d'incidents traumatisants ayant induit une augmentation significative des problèmes de santé mentale parmi les enfants;

5.6.6. prise de mesures pour garantir aux enfants appartenant à des minorités ethniques, comme les Roms et les Gens du voyage, l'accès à des soins de santé de qualité, notamment par l'intermédiaire de programmes de sensibilisation spécifiques leur permettant de surmonter leurs réticences à solliciter les services de santé publique;

5.6.7. mise en place de programmes de formation spécifiques pour aider les professionnels de santé à traiter les questions culturellement sensibles, comme la santé sexuelle et reproductive, et à prendre en charge les enfants ayant subi des traumatismes;

5.7. à coopérer pour apporter un soutien aux pays qui en ont le plus besoin et qui disposent de moins de ressources en matière d'accès aux soins de santé pour tous les enfants.

6. L'amélioration de l'accès aux systèmes de santé devrait aussi comprendre l'instauration de mécanismes de recours pour les patients confrontés à des dysfonctionnements du système ou des inégalités de traitement, la création d'organes d'inspection chargés de contrôler les établissements de santé ainsi que la mise en place de systèmes de gestion de la qualité visant à améliorer les services lorsque cela est nécessaire.

B. Exposé des motifs, par M^me^ Stella Kyriakides, rapporteure

1. Introduction

1. De multiples besoins doivent être satisfaits pour pouvoir vivre une enfance heureuse et sans danger et devenir un adulte capable de mener une vie autonome et épanouissante. Dès la naissance, tous les enfants ont besoin de nourriture, d'un abri, de sécurité et de protection. Outre les impératifs physiques fondamentaux, il faut leur assurer de l'affection et une sécurité émotionnelle, les stimuler, les orienter et les surveiller. En fonction de leur âge, ils doivent également accéder à des responsabilités et acquérir plus d'indépendance[3]. En vertu de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CNUDE), les enfants doivent jouir de l'ensemble des droits humains. Dans l'esprit de l'indivisibilité des droits fondamentaux, ceux-ci incluent également des droits sociaux, tels que le droit de jouir du meilleur état de santé possible, le droit à la sécurité sociale, le droit à des conditions de vie décentes, le droit à l'éducation, ainsi que le droit au repos et aux loisirs[4].

2. En dépit d'une large prise de conscience des besoins de l'enfant en matière de protection et de soins, les besoins fondamentaux de nombreux enfants en Europe ne sont toujours pas satisfaits, et ce, pour diverses raisons. La crise économique et financière a frappé de nombreux pays, et les mesures d'austérité ont renforcé les inégalités provoquées par l'évolution socio-économique, les tendances démographiques et l'augmentation des flux migratoires. Dans ce contexte, de nombreuses familles, en Europe même, ne peuvent pas compter sur un revenu régulier et suffisant, peinent à remplir pleinement leur devoir parental de protection et de soins à l'égard de leurs enfants ou rencontrent des difficultés d'accès aux services publics.

3. Parmi les besoins essentiels des enfants qui restent insatisfaits dans le contexte socio-économique actuel, on peut citer l'accès plein et effectif aux services de santé. Les coupes pratiquées dans les budgets publics en application des programmes d'austérité ne tiennent souvent pas compte des besoins particuliers des enfants et des conséquences à court et à long terme qu'un soutien limité peut entraîner sur leur bien-être, leur développement et l'égalité des chances dont ils disposent, ainsi que, à long terme, sur la société dans son ensemble. Le présent rapport vise à étudier certaines des principales difficultés relatives au plein accès des enfants aux services de santé et à désigner les domaines dans lesquels il est le plus urgent d'intervenir.

4. Les questions spécifiques qui se posent en ce qui concerne les enfants sont les suivantes: De quelle manière font-ils face à des obstacles ou à des discriminations dans leur accès aux soins de santé? Quelles sont les principales catégories d'enfants ayant besoin d'un soutien particulier dans leur accès aux soins de santé? Ces questions ont notamment été abordées dans le cadre d'une visite d'information menée en Grèce en octobre 2014 et d'un échange de vues tenu en présence d'experts internationaux lors de la réunion de la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable à Chișinău (République de Moldova) en mai 2015, et ont été examinées dans une contribution écrite de l'organisation Médecins du Monde consacrée à ce sujet. J'aurais souhaité consacrer plus de temps à l'examen de la situation qui prévaut dans différents pays, étant donné que tous les pays d'Europe sont confrontés au même problème d'une façon ou d'une autre, mais une démarche de cette ampleur aurait manifestement dépassé le cadre de ce rapport.

2. Normes en matière de soins de santé: quelles mesures appliquer dans l'évaluation des soins pour enfants?

5. L'identification des lacunes qui existent dans les mesures législatives et politiques mises en œuvre nécessite de confronter la situation sur le terrain avec les normes européennes. Le Conseil de l'Europe lui-même, bien qu'ayant malheureusement mis un terme à ses activités intergouvernementales dans le secteur de la santé il y a quelques années, a mis en place plusieurs instruments dans ce domaine. L'Assemblée parlementaire continue à suivre l'évolution de la situation dans le secteur de la santé publique par l'intermédiaire de notre commission et a signalé un certain nombre de problèmes à cet égard ces dernières années.

---

3. National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC): A child's needs and rights, NSPCC fact sheet (fiche d'informations de la NSPCC sur les besoins et droits de l'enfant), septembre 2012, www.nspcc.org.uk.
4. Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant: www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx.

2.1. Normes internationales dans le domaine de la santé

6. Le droit de l'enfant à jouir du «meilleur état de santé possible» est tout d'abord garanti par l'article 24 de la CNUDE, alors qu'au niveau du Conseil de l'Europe, le «droit à la protection de la santé», de façon plus générale, est consacré par la Charte sociale européenne (STE n° 163) et la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (STE n° 164, «Convention d'Oviedo»), qui imposent aux Etats membres d'assurer, dans leur sphère de juridiction, «un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée».

7. En 2011, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a également adopté un texte plus précis, mais non contraignant: les «Lignes directrices sur les soins de santé adaptés aux enfants». Cet instrument appelle les services de santé à prendre en compte les droits, les besoins, les spécificités, les atouts, le développement des aptitudes et l'avis des enfants[5]. Au niveau de l'Union européenne, l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux dispose que «toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales».

8. En notre qualité de parlementaires, il est de notre responsabilité de contribuer à la mise en œuvre effective de ces normes. L'Assemblée parlementaire, pour sa part, a déjà souligné l'absence de politique globale de prévention en matière de santé dans de nombreux pays par l'intermédiaire de ses travaux ayant conduit à l'adoption de la Recommandation 1959 (2011) sur les politiques de prévention en matière de santé dans les Etats membres du Conseil de l'Europe, dans laquelle elle appelait les gouvernements «à favoriser un bon départ dans la vie pour les familles et les jeunes enfants, en renforçant les soins préventifs avant la grossesse ainsi que les soins aux mères et aux nourrissons dans des centres de soins pré- et post-natals, pédiatriques et scolaires, et également par l'amélioration du niveau d'instruction des parents et des enfants». Pour être efficaces, les politiques de santé devraient toujours s'appuyer fortement sur la prévention précoce, étant donné que de nombreux problèmes de santé apparaissant à l'âge adulte peuvent être évités grâce à un dépistage adapté ou à un traitement suivi pendant l'enfance.

9. Des orientations pour améliorer les services de santé destinés aux enfants et adolescents peuvent également être trouvées dans la nouvelle «Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020» de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui vise à «permettre aux enfants et aux adolescents de réaliser pleinement leur potentiel en matière de santé, de développement et de bien-être» et «d'alléger le fardeau des maladies et de la mortalité évitables». Parmi les priorités de ce programme, l'OMS cite les défis persistants liés à la mortalité évitable et les maladies infectieuses, le développement de la petite enfance et de l'adolescence, la réduction de l'exposition à la violence, la promotion des modes de vie sains par l'alimentation et l'abstention de consommation de tabac et d'alcool, la lutte contre les problèmes mentaux et la protection des enfants et adolescents contre les risques environnementaux. Des recommandations plus spécifiques de l'OMS peuvent également être trouvées dans son «Cadre européen pour les normes de qualité dans les services de santé scolaires et les compétences pour les professionnels de santé dans les écoles» de 2014[6].

2.2. Accès aux soins de santé – définition du concept

10. Les objectifs de développement durable adoptés par les Nations Unies en 2015 visent à «faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable» (dans le cadre de l'Objectif 3 – Permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge). Pour parvenir à mettre en place une couverture médicale universelle, les politiques et les systèmes de santé doivent se fonder sur les principes suivants: i) disponibilité; ii) accessibilité; iii) acceptabilité; iv) contact; et v) couverture effective[7].

---

5. Lignes directrices sur les soins de santé adaptés aux enfants, adoptées par le Comité des Ministres le 21 septembre 2011: www.coe.int/t/dg3/children/keyLegalTexts/PREMS124412_GBR_2029_GuidelinesHealthCare_BAT_A4_WEB.pdf.

6. Les deux documents de l'OMS peuvent être consultés par le biais des liens suivants: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/254226/64wd12f_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1; www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf?ua=1 (disponible en anglais seulement).

7. Tanahashi, Health service coverage and its evaluation, Bulletin 56 de l'OMS, 1978.

11. L'OMS définit l'accessibilité comme «une mesure de la proportion de la population qui a accès à des services de santé adaptés», en considérant que la disponibilité comprend l'accès physique, les équipements de transport et le caractère abordable de cette démarche (frais à la charge du patient, dépenses de santé et transport)[8]. La couverture médicale universelle consiste à pouvoir obtenir en pratique des services de santé de qualité, c'est pourquoi la couverture et l'accès sont des idées complémentaires[9]. Même si des services existent et que la population y a accès, il se peut qu'elle ne les utilise pas toujours; l'accès implique aussi la possibilité ou la capacité de bénéficier de services de santé et peut ainsi être mesuré en se fondant sur les taux d'utilisation. Une autre façon de mesurer l'accessibilité consiste à évaluer l'influence des services sur les résultats en matière de santé. La mesure de l'égalité d'accès aux services de santé est au cœur de l'évaluation des performances des systèmes de santé[10].

12. Un problème majeur qui se pose en ce qui concerne l'accès aux services de santé réside dans la situation des groupes vulnérables, comme les personnes handicapées ou les migrants, qui peuvent rencontrer des obstacles financiers, organisationnels, sociaux ou culturels dans leur accès aux services de santé[11]. Les politiques nationales de santé devraient donc comprendre également des mesures visant à lever ces obstacles. La continuité de l'accès est essentielle et doit se fonder sur le besoin plutôt que sur la capacité et/ou la disposition à payer.

2.3. La participation des enfants à la prestation des soins de santé – concept de luxe ou état d'esprit?

13. Outre les questions d'accessibilité, l'adaptation des services publics aux enfants a bénéficié d'une attention croissante ces dix dernières années. Ce concept comprend la participation des enfants à toutes les décisions les concernant, en s'inspirant de l'article 12 de la CNUDE, selon lequel «l'enfant qui est capable de discernement [doit avoir] le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité»[12].

14. Les lignes directrices du Conseil de l'Europe sur les soins de santé adaptés aux enfants mentionnées ci-dessus comprennent aussi un chapitre sur la participation des enfants, qui précise que, dans le domaine de la santé: un enfant doit donner librement son consentement, ou s'il n'est pas en mesure de le donner, son avis doit être pris en considération en fonction de son âge et de son degré de maturité; tout enfant doit recevoir une information adéquate avant une intervention médicale; tout enfant doit avoir la possibilité de participer aux processus de décision sociaux, y compris l'évaluation, la planification et l'amélioration des services de santé.

15. Bien que, dans différents contextes, la participation des enfants puisse être fondée sur des procédures de consultation ou de collaboration très sophistiquées (et parfois onéreuses), elle est avant tout tributaire d'un changement de mentalité. Il s'agit notamment de reconnaître que tout enfant est titulaire de l'ensemble des droits humains. Ainsi, même dans les pays où les autorités publiques ne disposent pas des fonds nécessaires pour élaborer des mécanismes spécifiques de participation des enfants, leur participation dans les décisions les concernant devrait être autorisée et encouragée. Le domaine des soins de santé relatif à la santé, à l'identité et au bien-être des enfants est capital à cet égard.

3. L'enjeu: l'accès des enfants à des services de santé adaptés

16. Pour bien comprendre les enjeux de cette question, il est important de s'intéresser aux déterminants généraux de l'accès aux soins de santé en Europe, mais aussi aux difficultés particulières que rencontrent les enfants et les groupes les plus vulnérables parmi eux. Dans la pratique, il est important d'opérer une distinction entre les enfants et les adolescents. Si, selon la définition de la CNUDE, ces deux groupes sont

---

8. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece, OMS, 2015
9. Couverture sanitaire universelle et accès universel, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2013.
10. Diverses sources: 1) Kelley/Hurst: Health Care Quality Indicators Project, OECD, 2006; 2) Allin/Hernández-Quevedo/ Masseria: Measuring equity of access to health care, in: Smith/Mossialos/Papanicolas/Leatherman (eds.): *Performance Measurement for Health System Improvement …,* Cambridge University Press, 2009; 3) Hernández-Quevedo/ Papanicolas: Conceptualizing and comparing equity across nations, in: Papanicolas/Smith (eds.): *Health System Performance Comparison*, Open University Press, Buckingham, 2013.
11. Guilford *et al.*, What does «access to health care» mean? (résumé), *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751.
12. Voir aussi Comité des droits de l'enfant des Nations Unies (2009), Observation générale n° 12 sur le droit de l'enfant d'être entendu.

définis comme des enfants (dans le sens de mineurs âgés de moins de 18 ans), les jeunes enfants et les adolescents ne sont pas concernés par les mêmes problèmes de santé mais ont des besoins spécifiques compte tenu de leur groupe d'âge et des risques spécifiques qui y sont associés.

3.1. Déterminants généraux de la santé et de l'accès aux soins pour les enfants en Europe

17. Le fait que des personnes aient l'accès aux services de santé implique que toute personne ait la capacité de demander qu'on lui fournisse des ressources adaptées en matière de santé pour protéger ou améliorer sa santé. Alors que certains jouissent d'un accès sans entrave à ces services de santé, d'autres peuvent rencontrer des obstacles. Parmi ces obstacles juridiques, financiers, culturels ou géographiques, on peut citer:

– l'absence de couverture médicale (touchant en particulier les migrants, les minorités ethniques, les chômeurs longue durée ou les sans-abri);

– l'incapacité d'assumer les coûts directs des soins (par exemple pour les groupes à faibles revenus);

– le manque de mobilité (par exemple pour les personnes handicapées);

– le manque de compétences linguistiques (pour les migrants et les minorités ethniques);

– le manque d'accès à l'information (pour les personnes ayant un faible niveau d'instruction, les migrants et les minorités ethniques);

– les contraintes de temps (par exemple pour les mères célibataires);

– les obstacles financiers spécifiques pour les groupes à faibles revenus et les patients souffrant de maladies chroniques;

– les connaissances de base et les croyances en matière de santé (notamment certaines traditions et pratiques culturelles) de certains groupes sociaux, qui nuisent aussi à leur accès aux établissements de soins et à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive;

– la couverture géographique inégale et le manque de services et de travailleurs de santé dans les zones rurales isolées.

18. Parmi les catégories de la population que l'on considère souvent comme défavorisées dans le domaine de la santé en Europe, on peut citer les Roms et les Gens du voyage, les personnes ayant un handicap physique ou des troubles mentaux, les personnes souffrant de maladies chroniques, les chômeurs, les personnes vivant ou travaillant dans des conditions difficiles, les migrants et les réfugiés, les personnes âgées et les femmes[13]. Les enfants, qui dépendent en général de l'aide de leurs parents (ou d'autres adultes) pour avoir accès aux services de santé, doivent faire face à des obstacles particuliers. Ils peuvent être liés la situation socio-économique, au niveau d'éducation ou aux «connaissances en matière de santé» de leur famille, qui comprennent notamment la connaissance élémentaire du corps humain, des symptômes et des causes des maladies et du fonctionnement du système national de santé[14].

19. A cet égard, il convient également de faire la distinction entre l'accès à la santé et l'accès aux services de santé. Les conditions de vie que connaissent de nombreux enfants peuvent déjà poser de sérieux risques en matière de santé, par exemple en cas de mauvaises conditions de logement, de sous-alimentation, de modes de vie malsains ou de violence domestique. L'accès aux services de santé est alors un autre problème, pour lequel les enfants font face aux mêmes difficultés que les adultes.

---

13. Dorota Sienkiewicz, Alliance européenne de santé publique, Access to Health Services in Europe, European Social Watch Report; www.socialwatch.eu/wcm/access_to_health_services.html.

14. Le bureau américain de prévention des maladies et de promotion de la santé (ODPHP) définit les connaissances en matière de santé comme suit: «Les connaissances en matière de santé sont la mesure dans laquelle les individus ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre des informations élémentaires relatives à la santé et aux services de santé nécessaires pour prendre des décisions éclairées à ce sujet», voir la fiche d'informations: http://health.gov/communication/literacy/quickguide/factsbasic.html.

3.2. Les enfants et la santé – difficultés actuelles observées à travers l'Europe

20. Un document spécialement élaboré en 2015 par Médecins du Monde aux fins du présent rapport contient les observations suivantes[15]:

– les obstacles socio-économiques entravant l'accès aux soins de santé prennent des formes similaires dans différents pays européens: lacunes dans les dispositions législatives, problèmes financiers et conditions de vie difficiles, barrières administratives, difficulté à comprendre le fonctionnement du système de santé et barrière de la langue;

– ces obstacles surgissent très tôt dans la vie des enfants (2013: près de 70 % des femmes enceintes n'avaient eu accès à aucune consultation prénatale avant de se rendre dans un dispensaire de Médecins du Monde; près de 50 % des mineurs n'avaient pas reçu les vaccins essentiels (contre les oreillons, la rougeole et la rubéole, la coqueluche ou le tétanos, par exemple)); dans certains cas, des mères n'ont pas obtenu de certificat de naissance pour leur enfant parce qu'elles ne pouvaient pas payer;

– l'accès de l'enfant aux soins de santé dépend de la capacité de ses parents à avoir accès à ces services;

– les enfants (et leurs droits fondamentaux) sont les premières victimes de la crise économique et des mesures d'austérité qu'elle a entraînées (y compris de la montée de la xénophobie);

– certains enfants présentent une vulnérabilité particulière, comme les migrants mineurs sans-papiers et non accompagnés, les enfants de migrants gravement malades et les enfants Roms ou de Gens du voyage.

21. Certains des problèmes spécifiques des migrants qui ont été répertoriés par Médecins du Monde concernent notamment les enfants: lieu d'hébergement surpeuplé et conditions de vie préjudiciables au développement de l'enfant, logement mal équipé (eau, chauffage, installations sanitaires), environnement insalubre, stress causé par la précarité du logement, et stress et peurs liés à la situation précaire de la famille, ainsi que xénophobie, racisme et discrimination. En tant qu'organisation, Médecins du Monde représente une part de la solution proposée aux enfants étant donné qu'elle prodigue régulièrement des soins médicaux d'urgence à ceux qui en ont le plus besoin, notamment les enfants migrants et réfugiés.

22. En 2012, dans sa réponse au Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), le bureau du commissaire pour les enfants de l'Angleterre (*Office of the Children's Commissioner for England*) a recensé les principaux défis ci-après en ce qui concerne l'enfance et les soins de santé, qui doivent être également, dans une certaine mesure, caractéristiques dans d'autres pays[16] [17]:

– les effets de la pauvreté sur la santé des enfants et des jeunes (par exemple, des pathologies spécifiques liées à la mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique);

– le manque de participation directe des enfants à la planification, à la conception et à la prestation des services sanitaires et sociaux;

– la prise en compte insuffisante des besoins, en matière de santé, des jeunes qui relèvent de la justice des mineurs ou du système de protection de l'enfance (augmentation des problèmes de santé mentale chez les enfants placés en institution);

---

15. Je tiens à remercier le personnel hautement spécialisé de Médecins du Monde, une ONG internationale œuvrant dans 16 Etats membres du Conseil de l'Europe, d'avoir formulé des observations très utiles pour ce rapport: communication de Médecins du Monde – réseau international à la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable de l'Assemblée parlementaire, avril 2015 (disponible sur demande auprès du Secrétariat).

16. Office of the Children's Commissioner, Championing Children and Young People in England, Response to the OHCHR Study on Children's Right to Health (réponse du bureau du Commissaire pour les enfants de l'Angleterre à l'étude du HCDH sur le droit des enfants à la santé), Londres, octobre 2012: www.childrenscommissioner.gov.uk/sites/default/files/publications/Right_to_health.pdf.

17. En 2014, le Commissaire pour les enfants a également souligné la nécessité de renforcer le projet de stratégie gouvernementale de lutte contre la pauvreté des enfants pour la période 2014-2017, notamment lorsque des décisions budgétaires et des mesures économiques fragilisent la politique de protection de l'enfance. Ces préoccupations du Commissaire sont partagées par d'autres experts, qui mettent en garde contre les menaces que la crise économique fait peser sur la santé des enfants au Royaume-Uni. Sources: 1) Office of the Children's Commissioner for England, Response to the government's child poverty strategy 2014-2017, document publié le 23 mai 2014, Londres, www.childrenscommissioner.gov.uk; 2) Wolfe, Ingrid, Child health at risk in the economic crisis: what can we do?, publié le 12 novembre 2012, www.opendemocracy.net.

– les répercussions des problèmes d'alcoolisme des parents sur la vie des enfants et des jeunes;

– les besoins de santé des enfants non accompagnés ou séparés de leur famille (fréquence accrue du trouble de stress post-traumatique (TSPT));

– les besoins de santé et le partage de données en lien avec l'exploitation sexuelle des enfants (davantage de données sont nécessaires pour lutter efficacement contre les abus et leurs conséquences sur la santé).

23. Des informations sur les facteurs déterminants actuels de l'accès des enfants aux soins de santé ont été communiquées par plusieurs experts internationaux[18], qui ont transmis à notre commission les messages principaux suivants:

– Les mécanismes de protection de l'enfance doivent encore être considérablement améliorés dans les pays d'Europe orientale, où l'accès des enfants aux services de santé reste un défi à long terme; il est nécessaire de traiter des aspects spécifiques comme la mortalité infantile et maternelle et l'accès aux soins en zone rurale;

– Il est également nécessaire de prendre des mesures en Europe occidentale: en Espagne, par exemple, les statistiques montrent que l'accès aux soins de santé est problématique pour les 26,3 % de la population qui vit sous le seuil de pauvreté et les 34,9 % de la population exposés au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Ce sont les enfants vivant dans des familles vulnérables qui ont la santé la plus fragile. L'augmentation de la pauvreté a aussi contribué à une hausse de la violence domestique. La classe moyenne est de plus en plus touchée par la crise, et des personnes se retrouvent parfois sans toit;

– Selon les données recueillies par Médecins du Monde, 62,9 % des personnes rencontrées par l'organisation en Europe n'ont pas de couverture médicale; le principal obstacle est une législation restrictive qui exclut certains groupes des soins de santé. En outre, la crainte d'être expulsés empêche de nombreux migrants de se présenter aux services sanitaires, notamment dans les pays où les professionnels sont tenus de signaler les migrants sans-papiers;

– Par la suite, Médecins du Monde a appelé tous les pays européens: 1) à dissocier la politique migratoire et la politique de santé; 2) à améliorer la couverture vaccinale en Europe; 3) à veiller à ce que, dans les systèmes de santé publique, les principes de solidarité, d'égalité et d'équité soient respectés à l'égard de toute personne vivant en Europe; 4) à garantir à tous les enfants l'accès à la vaccination et à des soins pédiatriques (y compris à une prise en charge prénatale).

24. Pour l'élaboration du présent rapport, une attention particulière a été accordée à la situation en Grèce, où j'ai eu l'occasion de mener une visite d'information en octobre 2014, au moment où le pays souffrait particulièrement des conséquences des programmes d'austérité et des coupes budgétaires dans le système de santé[19]. Au cours de ma visite à Athènes, j'ai appris que l'accès des enfants aux soins de santé était restreint, en particulier dans les régions rurales ou insulaires en raison du manque de pédiatres et de difficultés financières, alors que tous les enfants avaient accès à des vaccinations et bénéficiaient d'une aide pour pouvoir profiter d'autres services de santé si nécessaire (les enfants non accompagnés, par exemple). En outre, d'après des articles publiés antérieurement, les mesures d'austérité imposées à la Grèce en 2010, qui ont notamment entraîné une réduction des budgets consacrés aux services de santé, ont été préjudiciables à la santé de la population; cela s'est traduit par l'aggravation de la pauvreté et de la malnutrition des enfants et par l'augmentation des infections à VIH, des suicides (et tentatives) et des morts à la naissance. D'autres effets délétères sont encore attendus en ce qui concerne le dépistage et le traitement du cancer[20].

25. En 2012, les Nations Unies ont déclaré que le droit à la santé et à l'accès aux services de santé n'était pas respecté pour tous les enfants de Grèce. La réduction de l'accès aux services de santé prénatals a conduit à une augmentation de la mortalité néonatale et post-néonatale[21]. En 2013, l'UNICEF a attiré

---

18. Je tiens aussi à remercier les experts qui ont contribué à l'audition organisée par la commission lors de la réunion qu'elle a tenue le 19 mai 2015 à Chișinău (République de Moldova): M. Vadim Pistrinciuc, vice-président de la commission parlementaire chargée de la protection sociale, de la santé et de la famille, République de Moldova; M. Iñaki Gonzalez, conseiller auprès du médiateur de l'Andalousie, Espagne; M^me^ Charikleia Tziouvara, pédiatre, Médecins du Monde, Grèce.

19. Je tiens à remercier la délégation grecque pour son accueil chaleureux à Athènes à cette occasion et son professionnalisme dans l'aide qu'elle a apportée dans l'organisation des entretiens avec les principaux acteurs concernés.

20. *The Lancet*, The Greek health crisis (La santé en crise en Grèce), vol. 386, 11 juillet 2015, www.thelancet.com; pour consulter les articles du *Lancet* consacrés à la santé en Europe: www.thelancet.com/series/health-in-europe.

l'attention sur le nombre d'enfants dont les parents avaient perdu leur couverture sociale[22]. Cette situation a été confirmée par le rapport de l'OMS de 2015 intitulé «Barriers and Facilitating Factors in Access to Health Services in Greece», qui relevait que la crise économique avait provoqué la perte des droits d'assurance sociale de 2,5 millions de personnes.

26. Médecins du Monde, qui mène actuellement 16 programmes pour différents groupes cibles en Grèce, a relevé que, parmi d'autres problèmes sociaux (par exemple, une proportion d'enfants en situation de pauvreté supérieure à 40 % et la montée de l'intolérance et de la xénophobie) figure notamment le fait que 30 % de la population n'a pas de couverture médicale. Parmi les migrants, seuls les demandeurs d'asile officiels, les migrants sans-papiers de moins de 14 ans et les femmes parturientes (excepté pour les soins prénatals) bénéficient des services de santé publics; ainsi, de sérieux problèmes se posent en cas de maladie grave ou chronique. Le pays n'a pas de moyens suffisants pour répondre aux besoins de toutes les personnes qui arrivent en Grèce et qui, pour nombre d'entre elles, ont connu la torture ou effectué une traversée en bateau au péril de leur vie[23].

27. Alors que la Grèce a été frappée de plein fouet par la crise et qu'elle se situe en première ligne parmi les pays qui ont dû accueillir des migrants et des réfugiés ces dernières années, des problèmes sont également à signaler dans des pays plus riches, comme la Suisse. Depuis une dizaine d'années, le secteur suisse de la santé compte un nombre insuffisant de pédiatres, et l'on constate une centralisation croissante des soins pédiatriques. Par conséquent, le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies a recommandé au Gouvernement suisse de prendre des mesures pour veiller à maintenir un haut niveau de soins pédiatriques. Cependant, il convient de noter que des efforts ont été entrepris pour améliorer l'égalité dans le secteur de la santé. Dernièrement, les primes d'assurance pour les enfants des familles à revenus faibles ou moyens ont été réduites d'au moins 50 %[24].

28. Concernant la santé des enfants et des adolescents en général, une attention particulière doit aussi être accordée aux problèmes de santé mentale. Des mesures appropriées devraient faire partie des stratégies de prévention sanitaire (pour les problèmes de santé mentale pouvant être traités avant l'âge adulte), d'autres accompagneront les personnes concernées toute leur vie. Selon l'OMS, 10 % à 20 % des enfants et des adolescents dans le monde souffrent de troubles mentaux, et la moitié de toutes les pathologies mentales débutent dès l'âge de 14 ans (et les trois quarts à partir de 25 ans)[25]. Si elles ne sont pas traitées, certaines affections neuropsychiatriques peuvent causer des handicaps et avoir des incidences sur le développement des enfants, leurs résultats scolaires et leur capacité à mener une vie épanouie. Prendre en charge les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents est une question complexe qui requiert des stratégies spécifiques fondées sur des approches différenciées. Ces stratégies doivent s'attaquer à la dépression, aux troubles alimentaires et à d'autres troubles, parfois héréditaires, aux problèmes de santé mentale, mais aussi aux abus de substances ou encore aux effets psychologiques des violences dont les enfants sont les victimes ou les témoins[26].

29. Pour revenir à des observations plus générales s'appliquant à de nombreux pays, il conviendrait d'intégrer dans les stratégies de prévention, notamment en matière de santé mentale, des mesures destinées à éviter les situations préjudiciables à la santé des enfants, y compris pour ceux placés dans de grandes institutions. Une étude récente menée sur des enfants roumains (âgés de 12 ans) a montré qu'un placement précoce en institution risquait d'avoir des effets néfastes et d'entraîner des troubles du développement physique et mental, qui pouvaient nécessiter des interventions médicales importantes plus tard au cours de leur vie. L'étude a aussi révélé que, pour les enfants sans protection parentale, la meilleure solution est un placement stable et de longue durée en famille d'accueil[27]. Comme mentionné précédemment, les situations

---

21. Kentikelenis, Karanikolos, Reeves, McKee et Stuckler, Greece's health crisis: from austerity to denialism (la santé en Grèce: de l'austérité au déni) Health Policy, *The Lancet*, Vol. 383, 22 février 2014, www.thelancet.com.
22. Unicef: One child in three in Greece it at risk of poverty or social exclusion (Unicef: en Grèce, un enfant sur trois est exposé au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale), Enet, 3 avril 2014, www.enetenglish.gr.
23. Selon les explications données par M^me^ Charikleia Tziouvara, pédiatre, Médecins du Monde (Grèce), lors de l'audition susmentionnée, organisée à Chișinău (République de Moldova) le 19 mai 2015; voir la note de bas de page n^o^ 9.
24. Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, Observations finales sur les deuxième, troisième et quatrième rapports périodiques de la Suisse, soumis en un seul document, Genève, 26 février 2015.
25. Pour plus d'informations, voir la page web dédiée de l'OMS: www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/.
26. OMS, Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020 (Investir dans l'enfance: la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020), adoptée à la 64^e^ session du Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague, 15-18 septembre 2014, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1.

qui sont préjudiciables à la santé peuvent aussi trouver leurs origines dans d'autres déterminants sociaux, comme des conditions de vie précaires causées par le chômage, l'absence ou la maladie de l'un ou des deux parents. Enfin, nous ne devons pas oublier les causes environnementales de plus en plus fréquentes, comme le fait de vivre à proximité d'une centrale nucléaire, d'une usine d'incinération de déchets ou d'autres infrastructures polluantes, ou encore l'accès restreint à l'eau potable et à de bonnes installations sanitaires[28].

30. Enfin, un aspect à ne pas négliger est l'accès des enfants aux médicaments[29]. Depuis de nombreuses années, l'Union européenne essaie de promouvoir le développement, par l'industrie pharmaceutique, de médicaments spécialement destinés aux enfants[30]. Cependant, tester des médicaments sur des enfants n'est pas toujours facile (parce que les parents refusent de donner leur consentement, par exemple) ni rentable; les médicaments pédiatriques représentent une part de marché estimée à seulement 3 % du marché «adulte», ce qui ne justifie pas des investissements majeurs du point de vue des entreprises pharmaceutiques[31].

3.3. Catégories d'enfants vulnérables

3.3.1. Enfants pauvres

31. Les données recueillies par les experts européens montrent que les enfants issus de milieux sociaux défavorisés en particulier souffrent d'inégalités dans l'accès aux soins de santé. Il serait certainement possible d'améliorer la situation pour ce qui est de l'accessibilité et de la capacité de réaction vis-à-vis des besoins des enfants pauvres: dans certains pays, les enfants ne bénéficient d'une assurance que si leurs parents sont couverts; ainsi, si les personnes qui en sont responsables n'ont pas les moyens de souscrire une assurance, les enfants ne sont pas assurés[32]. La crise économique et les mesures d'austérité visant les programmes sociaux, comme les soins de santé et l'aide sociale, ont touché encore plus durement les enfants pauvres et défavorisés, ce qui nuit à leur droit de jouir du meilleur état de santé possible[33].

32. Dans certains pays, on constate que des catégories distinctes d'enfants rencontrent les mêmes difficultés. En République de Moldova, par exemple, les conclusions de l'OMS suggèrent que les pauvres et les personnes qui vivent en milieu rural font partie des personnes les plus marginalisées, préférant éviter d'entrer en contact avec les services de santé jusqu'à ce qu'il leur soit impossible de repousser l'échéance[34]. La population des Roms et des Gens du voyage figure parmi les groupes les plus marginalisés du pays, une proportion importante des enfants de cette catégorie n'ayant pas de couverture médicale[35].

33. La République de Moldova, l'un des pays les plus pauvres d'Europe, est seulement un exemple qui illustre dans quelle mesure les inégalités dans le secteur de la santé ont été exacerbées et les services de santé se sont détériorés à la suite de la crise financière, mais ce phénomène s'est certainement produit d'une façon similaire dans plusieurs autres pays. La part des ressources actuellement affectées aux dépenses de

---

27. *The Lancet* (éditorial), Ending institutionalisation of children (mettre fin au placement en institution des enfants), Volume 386, n° 9991, 25 juillet 2015, portant sur: Humphreys, Kathryn (*et al.*), Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: follow-up of an open, randomised controlled trial (effets du placement en institution et en famille d'accueil sur la psychopathologie à l'âge de 12 ans en Roumanie: suivi d'un essai contrôlé randomisé ouvert), www.thelancet.com.

28. OMS, Investing in children, voir la note de bas de page 27.

29. Finney, Elisabeth, Children's medicines: a situational analysis (médicaments pédiatriques: analyse de la situation), novembre 2011, document publié dans le cadre du programme de l'OMS intitulé «Pour des médicaments au format enfant», www.who.int/childmedicines/progress/CM_analysis.pdf?ua=1.

30. Voir: Règlement (CE) n° 1901/2006 du Parlement européen et du Conseil européen du 12 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage pédiatrique: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2006_1901/reg_2006_1901_fr.pdf.

31. Kurth, Nicola, Vergessene Patienten – Warum es so wenige Medikamente für Kinder gibt (Patients oubliés – pourquoi il y a si peu de médicaments pour enfants), *Der Spiegel* online, 9 juillet 2015.

32. Réseau d'experts indépendants de la Commission européenne dans le domaine de l'inclusion sociale: Investir dans l'enfance pour briser le cercle vicieux de l'inégalité – Analyse des politiques nationales, Rapport de synthèse, Assessment of what Member States would need to do to implement the European Commission Recommendation (Evaluation des mesures à prendre par les Etats membres pour mettre en œuvre la recommandation de la Commission européenne), Hugh Frazer et Eric Malier, avril 2014.

33. Hooson, Europe's poorest children are suffering most from austerity measures, say researchers, Swansea University Media Centre, 10 décembre 2015,
www.swansea.ac.uk/media-centre/latest-research/europespoorestchildrenaresufferingmostfromausteritymeasuressayresearchers.php.

34. Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Barriers and facilitating factors in access to health services in the Republic of Moldova, Republic of Moldova Health Policy Paper Series, No. 9, 2012, Copenhague.

35. Cace, Cantarji, Sali, Alla, Roma in the Republic of Moldova, PNUD Moldova, 2007, Chișinău, www.undp.md/publications/roma%20_report/Roma%20in%20the%20Republic%20of%20Moldova.pdf.

santé en République de Moldova (5,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 2014) est en fait plus faible que dans d'autres pays de la région, alors que la proportion des dépenses de santé privées (5,0 % en 2014) est relativement importante[36]. Par conséquent, les plus pauvres doivent assumer des frais de santé excessifs et, en raison de l'absence de planification cohérente, la médecine générale fait face à des déficits considérables, en particulier en milieu rural[37]. Les inégalités de revenus affectent la santé des enfants de façon significative: les cas de retard de croissance (malnutrition conduisant à une croissance insuffisante) sont près de quatre fois plus nombreux chez les enfants de familles pauvres[38]. La consommation importante de drogue et d'alcool chez les adolescents et les faibles connaissances en matière de prévention de la transmission du VIH/SIDA mettent les jeunes en danger[39].

3.3.2. Enfants vivant dans des zones rurales isolées

34. On constate aussi des différences significatives entre les populations urbaine et rurale pour ce qui est de l'accès à des services essentiels de grande qualité, comme les services de santé. Les informations disponibles indiquent aussi des disparités concernant la présence et le nombre de professionnels de santé qualifiés, la proximité de grands hôpitaux, l'efficacité des services d'urgence, la qualité des infrastructures et les responsabilités des professionnels de santé. D'autres inégalités sont à signaler, par exemple dans l'accès aux services spécialisés ou aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que les obstacles financiers[40]. Le dernier rapport sur le «Panorama de la santé: Europe 2014» publié par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) confirme que dans tous les pays membres, la densité de médecins est bien plus importante en milieu urbain[41].

35. Dans ce contexte, le Royaume-Uni a par exemple instauré une pratique politique encourageante pour garantir un meilleur accès aux services de santé dans les régions isolées: «Rural proofing – policy maker's checklist»[42] (Evaluation rurale – liste de contrôle du décideur politique) qui permet de veiller à ce que les besoins des populations rurales soient pris en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et des programmes. En 2013, le ministère de l'Environnement, de l'Alimentation et des Affaires rurales (*DEFRA*) a publié des lignes directrices nationales de contrôle qui apportent un soutien et des conseils aux agents du gouvernement[43]. Cependant, la portée de ce rapport n'a pas permis d'examiner en détail la mise en œuvre de ces politiques et leurs véritables effets.

3.3.3. Enfants handicapés

36. Les enfants qui ont des besoins spéciaux en raison d'un handicap physique ou mental constituent une autre catégorie vulnérable. Selon l'OMS, les personnes handicapées déclarent qu'elles recherchent davantage de soins de santé mais que leurs besoins sont moins satisfaits. Les activités de prévention en matière de santé sont rarement destinées aux personnes handicapées[44]. Pour les enfants et les adolescents handicapés, même les affections qui sont traitées facilement comme la fièvre ou la diarrhée peuvent mettre leur vie en danger si elles ne sont pas soignées; certains enfants ne parviennent pas à l'âge adulte parce qu'ils n'ont pas accès à des établissements de soins primaires; les services de réadaptation sont souvent concentrés dans les zones urbaines et sont onéreux, ce qui les rend inaccessibles pour beaucoup; les enfants handicapés doivent souvent être confiés à des institutions par leurs parents afin de recevoir leurs traitements, ce qui peut avoir des répercussions psychologiques profondes[45].

---

36. World DataBank, Indicateurs du développement dans le monde, Dépenses de santé (% du PIB) pour la Moldova, http://databank.banquemondiale.org/data/reports.aspx?source=2&country=MDA&series=&period.
37. Turcanu, Domente, Buga Richardson, Republic of Moldova: health system review, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Health System in Transition, vol. 14, No. 7, 2012.
38. UNICEF, Rapport annuel 2014: Moldova, Genève 2014.
39. UNICEF, République de Moldova, enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), 2012, http://mics.unicef.org/surveys.
40. Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Rural poverty and health systems in the WHO European Region, 2010, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/130726/e94659.pdf.
41. OCDE, Panorama de la santé: Europe 2014, Paris, 2014.
42. Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Rural poverty and health systems in the WHO European Region, *op. cit.*
43. Gov.UK, Planning and development – guidance: Rural proofing guidance, https://www.gov.uk/guidance/rural-proofing-guidance, consulté le 6 juin 2016.
44. Voir l'aide-mémoire n° 352 de l'OMS intitulé «Handicap et santé»: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/.
45. Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Digest n° 13: Promote the Rights of Children with Disabilities, Florence, 2007, www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf (anglais uniquement).

37. Les pays devraient mettre au point des programmes spécifiques pour garantir un meilleur accès aux services et l'intégration des enfants handicapés et trouver des solutions pour réduire les dépenses à la charge des familles. Il conviendrait d'améliorer l'autonomie des enfants grâce à l'information et au soutien par les pairs, tandis que les professionnels devraient suivre des formations spécifiques et recevoir des outils pour leur permettre notamment de surmonter les difficultés de communication rencontrées par certains enfants.

3.3.4. Enfants «en déplacement»

38. En raison de leur exposition au stress résultant des migrations, les enfants «en déplacement» (y compris les migrants et les réfugiés) sont particulièrement vulnérables, notamment parce que leur santé peut rapidement se détériorer lorsqu'ils n'ont pas accès à des soins adaptés[46]. Comme l'a signalé Médecins du Monde, les deux principaux obstacles auxquels font face les enfants sont les difficultés administratives (absence d'accès légal aux soins) et le manque de compréhension ou de connaissance de leurs droits. En outre, ils peuvent être découragés de solliciter des soins à cause des barrières linguistiques ou de la peur d'être arrêtés[47].

39. Les conditions de vie dans les camps de réfugiés peuvent aussi avoir des répercussions sur la santé des enfants, ce qui est très préoccupant, d'autant plus que les services de santé dans les camps sont très limités[48]. Ces services doivent être adaptés aux migrants et aux réfugiés, afin d'éviter d'accroître l'anxiété de certains individus ou de la communauté dans son ensemble, notamment grâce à la formation des professionnels de santé dans la gestion de questions culturellement sensibles et à surmonter les difficultés de communication. Les Etats doivent être conscients que c'est non seulement dans l'intérêt de l'individu de recevoir des soins et d'être soigné convenablement, mais aussi dans leur intérêt de prodiguer ces soins, par exemple pour éviter la propagation de maladies contagieuses.

40. Une bonne pratique a été mise au point au Royaume-Uni, selon laquelle, dans le cadre du système national de santé (*NHS*), les demandeurs d'asile, les réfugiés et les victimes de la traite font partie des groupes exemptés du paiement de tous leurs frais de santé. Le *NHS* vise à garantir un accès gratuit aux soins primaires, aux centres de soins infirmiers, aux soins en cas d'accident ou d'urgence, ainsi qu'au diagnostic et au traitement des maladies infectieuses. Tous les traitements urgents ou immédiatement nécessaires, y compris les soins prénatals, doivent être assurés. Ils peuvent toutefois être facturés par la suite.

41. Malgré les mesures d'assouplissement accordées en faveur des demandeurs d'asile, des réfugiés et des victimes de la traite, les migrants constituent une catégorie particulièrement vulnérable de la population du Royaume-Uni en matière d'accès aux services de santé. Plus particulièrement, le gouvernement est plus réticent à accorder un accès aux soins aux migrants en situation irrégulière, comme le prouve l'adoption du programme de remboursement des frais de santé du NHS pour les migrants et les visiteurs, qui a conduit les hôpitaux à demander de façon habituelle le statut des patients au regard du droit de séjour avant qu'ils soient admis pour recevoir leurs soins. Selon Médecins du Monde, les enfants de migrants sans-papiers constituent l'un des groupes les plus vulnérables au Royaume-Uni, 50 % des enfants qui fréquentent le dispensaire familial de l'organisation n'ayant pas eu accès à des soins de santé, ni même aux vaccinations indispensables[49].

3.3.5. Enfants appartenant à des minorités ethniques

42. Les enfants appartenant à des minorités ethniques et linguistiques, outre le fait qu'ils soient victimes d'inégalités structurelles, vivent souvent dans des conditions difficiles du point de vue socio-économique, ce qui nuit à leur accès à des services de santé adaptés. Les enfants de Roms et de Gens du voyage sont parmi les groupes les plus vulnérables qui aient été identifiés. Les expulsions et les reconduites à la frontière entraînent des interruptions dans les soins, le non-respect des traitements prescrits ainsi que l'inefficacité du contrôle et du suivi médical. Les autres obstacles rencontrés par les Roms et les Gens du voyage, qui posent

---

46. Bureau régional pour l'Europe de l'OMS: Migration et santé: les principaux enjeux, www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292937.
47. Chauvin, Simmonot et Vanbiervliet, Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia, Médecins du Monde, avril 2013.
48. Isakjee, Dhesi et Davies, An Environmental Health Assessment of the New Migrant Camp in Calais, université de Birmingham, septembre 2015, https://www.doctorsoftheworld.org.uk/files/Calais_Health_Report.pdf.
49. Doctors of the World UK, Access to Healthcare for people facing multiple vulnerabilities in the UK, Londres, août 2015, https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/02/leaflet_access-to-healthcare_mdmuk_bd_pages.pdf.

aussi problème à d'autres groupes minoritaires, sont les difficultés linguistiques, le manque de connaissances en matière de santé, la discrimination, l'absence de couverture médicale et les contraintes physiques, comme la mobilité et la distance[50]. Enfin, les informations disponibles sur les communautés minoritaires, et plus particulièrement sur les enfants, sont fragmentaires, ce qui ralentit l'élaboration de politiques d'intégration sociale efficaces[51].

3.3.6. Soins prénatals

43. Comme l'Assemblée l'a déjà souligné dans sa Recommandation 1959 (2011) sur les politiques de prévention en matière de santé dans les Etats membres du Conseil de l'Europe, les soins prénatals sont une condition préalable à la santé de l'enfant. Bien que les pays européens aient pour objectif de mettre en œuvre une couverture médicale universelle, il subsiste des inégalités dans l'accès aux soins de maternité. Ces difficultés comprennent des lacunes dans la couverture obligatoire, des critères d'éligibilité spécifiques ou la limitation de la portée des prestations. Ainsi, il est souvent nécessaire, pour bénéficier d'une protection sociale et d'une protection de la maternité, d'avoir un emploi formel, un contrat à plein temps ou un titre de séjour. Ainsi, les femmes employées à temps partiel ou ayant du mal à intégrer le marché du travail ne remplissent pas tous les critères requis pour pouvoir en bénéficier. Cela signifie que les groupes les plus vulnérables sont souvent exclus du système d'assurance maladie, ce qui les expose davantage à devoir payer directement leurs frais de santé[52].

4. Conclusions et recommandations: mesures à prendre d'urgence et à long terme

44. Après avoir examiné les défis actuels, les normes européennes et les recommandations des experts, je tiens à mettre en avant quelques mesures législatives, politiques et administratives qu'il conviendrait d'adopter pour améliorer l'accès aux services de santé pour tous les enfants, à la fois pour traiter les problèmes les plus urgents et pour engager des changements structurels de manière durable, en vue de les transmettre aux autorités des Etats membres du Conseil de l'Europe.

45. Bien que l'Europe, par rapport à d'autres régions du monde, ait assurément adopté des systèmes de santé, plus ou moins solides, dans lesquels une grande attention est accordée aux besoins spécifiques des enfants, il y a encore des lacunes considérables dans certains domaines et des inégalités au sein des pays européens ainsi que dans toute l'Europe. Dans l'intérêt de nos enfants, il convient de faire de notre mieux pour combler ces lacunes, car leur bien-être, aujourd'hui et à l'avenir, est de la plus haute importance pour nos sociétés dans leur ensemble. Les services de santé destinés aux enfants devraient donc non seulement être disponibles, mais aussi accessibles à tous les enfants dans un pays donné, quels que soient leur situation socio-économique, leur origine ethnique, leur éventuelle origine immigrée, leur situation géographique, leur état de santé ou leur statut juridique. Les services fournis aux enfants devraient donc être des références en matière d'adaptation aux enfants et prévoir de les informer, de les consulter et de les faire participer dans la mesure du possible.

46. Les situations auxquelles il convient de remédier au plus vite sont probablement celles que l'on observe dans les pays où les systèmes de protection sociale et de santé publique ont le plus souffert de la crise économique et des programmes d'austérité adoptés pour y répondre, et qui ont ainsi besoin d'être reconstruits. Les flux considérables de migrants et de réfugiés représentent un défi majeur et, dans ce contexte, les autorités publiques ont pour tâche non seulement d'offrir des conditions de vie saines aux enfants et aux familles, mais aussi de leur fournir des services de santé élémentaires ou spécifiques. A long terme, l'investissement dans des systèmes de soins de santé accessibles et adaptés aux enfants devra se concentrer sur des programmes de prévention qui non seulement feront participer les familles directement, mais seront aussi relayés par les structures prodiguant des soins aux enfants et par les établissements d'enseignement.

---

50. Commission européenne, Roma Health Report: Health status of the Roma population, Data Collection in the Member States of the European Union, Executive Summary (Rapport sur la santé des Roms, état de santé de la population Rom, données recueillies dans les Etats membres de l'Union européenne, Résumé) août 2014, http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_es_en.pdf.

51. UNICEF, Focus on children from ethnic and linguistic minorities in Central and Eastern Europe and Central Asia, 2016, www.unicef.org/ceecis/2016_Children_from_minorities.pdf (anglais uniquement).

52. Bureau international du travail (ILO)/Département de la Sécurité sociale, Social Security Policy Briefings, Paper 8 – Social Security for All, Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of Europe and Central Asia, Xenia Scheil-Adlung et Catharina Kuhl, Global Campaign on Social Security and Coverage for All, Genève 2011: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsoc_25201.pdf (anglais uniquement).

47. Dans ce contexte, les Etats membres du Conseil de l'Europe devraient être invités à appliquer les mesures présentées dans le projet de résolution.