

PARLIAMENTARY ASSEMBLY
OF THE
COUNCIL OF EUROPE

18 March 1991

Doc. 6403

REPORT

on concerted European policies for health

(Rapporteur : Mrs HELGADOTTIR,
Iceland, Conservative)

Summary

Health is a basic attribute of quality of life. The Council of Europe and the World Health Organisation (WHO) are among the organisations which seek to respond to the various problems of health which present themselves in Europe.

It is essential that our various efforts be concerted. Co-operation must be focused on the achievement of objectives such as those defined by the World Health Organisation, and the Council of Europe should direct its efforts to questions of environment and health, to housing and health, to the fight against pharmaco-dependency, against addictions to tobacco and drugs, and to helping the development of adequate health systems in Central and Eastern Europe.

I. Draft recommendation

1. Health is a prerequisite for quality of life as well as an integral component of social, economic and cultural development. Health promotion is an ambitious aim to be pursued by the adoption of common European action.

2. The right of all people to health protection is recognised in the Social Charter of the Council of Europe (Article 11) and many other of that treaty's provisions concern the health of all categories of the population, such as those on working conditions (Articles 2 and 3), social security benefits (Article 12), social and medical assistance (Article 13) or social protection of elderly persons (Article 4 of the Protocol to the Charter).

3. Much work has already been done by the Council of Europe on hygiene and health education, health care and meeting the challenges of epidemics, new technologies and living conditions, in accordance with its humanist and ethical principles.

ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE
DU
CONSEIL DE L'EUROPE

18 mars 1991

Doc. 6403

RAPPORT

sur des politiques européennes de santé concertées

(Rapporteur : M^{me} HELGADOTTIR,
Islande, conservateur)

Résumé

La santé est un préalable à la qualité de la vie. Le Conseil de l'Europe et l'Organisation mondiale de la santé œuvrent tous deux, entre autres, dans ce domaine pour apporter des réponses aux nombreux problèmes de santé qui se posent en Europe.

La concertation des différents efforts est indispensable. Il convient donc de coopérer à la réalisation des objectifs tels que définis par l'OMS et, pour ce qui concerne le Conseil de l'Europe, d'axer ses travaux sur l'environnement et la santé, le logement et la santé, la lutte contre la pharmaco-dépendance, le tabagisme et la drogue, ainsi qu'à aider au développement de systèmes de santé adéquats en Europe centrale et orientale.

I. Projet de recommandation

1. La santé est un préalable à la qualité de la vie et fait partie intégrante du développement social, économique et culturel : la promouvoir est un objectif ambitieux qui demande une action européenne concertée.

2. Le droit de toute personne à la protection de la santé est reconnu dans la Charte sociale du Conseil de l'Europe (article 11) et bien d'autres dispositions de ce traité touchent à la santé de toutes les catégories de la population, comme celles relatives aux conditions de travail (articles 2 et 3), aux prestations de sécurité sociale (article 12), à l'aide médicale et sociale (article 13) ou encore à la protection sociale des personnes âgées (article 4 du Protocole à la Charte).

3. Nombre d'autres réalisations sont également à l'actif du Conseil de l'Europe dans les domaines de l'hygiène et de l'éducation sanitaire, des soins et des réponses à apporter aux défis que posent les épidémies, les technologies et les conditions de vie nouvelles, conformément aux principes éthiques et humanistes de l'Organisation.

4. The preamble to the World Health Organisation's Constitution states that "the enjoyment of the highest obtainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being"; a great effort of co-ordination has been made between the Council of Europe and the WHO Regional Office for Europe in matters of common interest, and joint activities are undertaken.

5. Close contacts must be maintained, and harmonised co-operation continued, between the Council of Europe and the World Health Organisation to promote the "health for all" policy adopted at world level by WHO and, in particular, the "European strategy of health for all by the year 2000", adopted at European regional level.

6. Endorsing the ideas behind this strategy, the Assembly accordingly calls on the governments of Council of Europe member states to ensure that the principles and objectives of the above-mentioned strategy are borne in mind in the preparation and implementation of health policies and legislation. This effort should concentrate more especially on :

i. development and improvement of measures, especially primary measures, for the prevention of illness, and substantial reduction of accidents, including accidents at work, at home and on the roads ;

ii. health promotion and education, not least by media awareness campaigns emphasising the impact of lifestyle and behaviour on health and fitness and developing an individual sense of responsibility for one's own health and that of others ;

iii. a multisectoral approach to health protection and promotion — for example in the field of nutrition ;

iv. quality and effectiveness of health care ;

v. equal access to health care, including to new techniques, treatment and products.

7. The Assembly recommends that the Committee of Ministers draw on this strategy in the Council of Europe's work on concerted European health policies and focus the future activities on :

i. the close links between health and environment, and the duty of all societies to regulate their activities so that air, water, foodstuffs and workplaces do not endanger the individual's health ;

ii. education for health, in schools and in the community as a whole ;

4. Dans son préambule, la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé déclare que «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain» ; de grands efforts de coordination ont été accomplis entre le Conseil de l'Europe et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur les questions d'intérêt commun, et des activités sont conjointement menées.

5. Des contacts étroits et une coopération harmonieuse entre le Conseil de l'Europe et l'Organisation mondiale de la santé doivent se poursuivre pour la promotion de la politique de «santé pour tous», adoptée au niveau mondial par l'OMS, et plus particulièrement de la «stratégie européenne de la santé pour tous en l'an 2000», adoptée sur le plan de la région européenne.

6. Aussi, approuvant les idées à la base de cette stratégie, l'Assemblée en appelle aux gouvernements des Etats membres du Conseil de l'Europe pour que les responsables des politiques et législations de santé, qu'il s'agisse de leur préparation ou de leur mise en œuvre, gardent à l'esprit les principes et les buts de la stratégie précitée, et fassent porter leurs efforts plus particulièrement sur :

i. le développement et l'amélioration des mesures de prévention, notamment primaire, des maladies, et la réduction substantielle des accidents, y compris des accidents du travail, des accidents domestiques et des accidents dus à la circulation automobile ;

ii. une promotion de la santé et de l'éducation dans ce domaine, en particulier par le biais de campagnes de sensibilisation en association avec les médias, qui soulignent l'impact des modes de vie et des comportements sur la santé et l'intégrité physique, et développent le sens des responsabilités de l'individu à l'égard de sa propre santé et de celle des autres ;

iii. une approche multisectorielle de la protection et de la promotion de la santé — par exemple dans le domaine de l'alimentation ;

iv. la qualité et l'efficacité des soins ;

v. l'égalité dans l'accès aux soins de santé, y compris aux techniques, aux thérapies et aux produits nouveaux ;

7. L'Assemblée recommande au Comité des Ministres de s'inspirer de cette stratégie dans les travaux du Conseil de l'Europe relatifs à la concertation des politiques européennes de santé et d'axer les activités futures sur :

i. les liens étroits entre la santé et l'environnement, et le devoir pour toute société de réglementer son activité afin que l'air, l'eau, les produits alimentaires et le lieu de travail ne soient pas une menace pour la santé des individus ;

ii. l'éducation à la santé, à l'école et dans l'ensemble de la société ;

iii. a. mental health, especially amongst young people ;

b. the need for research on special health problems of old age such as Alzheimer's disease ;

c. improvement of care for the dependent old and chronically ill, with a special concern for the severe lack of nursing staff ;

d. development of palliative medicine and appropriate care of the dying ;

e. active participation in joint efforts at European and international levels to combat Aids ;

iv. giving health priority in various sectors of activity, so as to make possible co-ordination of efforts for health promotion ;

v. the issue of healthy housing according to income and family size, and the opportunity of including a right to decent housing among the social rights recognised in the Social Charter of the Council of Europe and its protocol ;

vi. continuous efforts to combat effectively dependence on drugs, alcohol and tobacco (bearing in mind that heavy tobacco smoking is on the increase amongst women, with accelerating lung cancer), in implementation of the various proposals already made by the Parliamentary Assembly on that subject ;

8. The Assembly recommends moreover that the Committee of Ministers emphasise the "health" dimension in co-operation with the countries of Central and Eastern Europe. At a time when most of these countries are seeking to restructure their health services, it is urgently necessary to familiarise them with the policies adopted by the member states and with the Council of Europe's guidelines and work on such questions as emergency care, the training of health staff, the prevention of hospital infections, blood transfusion and organ transplants, and to associate them with these activities in a practical and immediate way by arranging courses, seminars and exchanges of experts for their benefit.

II. Explanatory memorandum

by Mrs HELGADOTTIR

1. The Parliamentary Assembly's Social, Health and Family Affairs Committee has already tackled health issues and has usually chosen to deal with quite specific issues.¹ The present approach is more general, being an attempt as it

1. For example : Recommendation 1080 (1988) on a co-ordinated European health policy to prevent the spread of Aids in prisons ; Recommendation 1085 (1988) on the fight against drugs ; or Recommendation 1136 (1990) on a European policy on alcohol.

iii. a. la santé mentale, particulièrement parmi les jeunes ;

b. la nécessaire recherche sur des problèmes de santé spécifiques au vieillissement comme la maladie d'Alzheimer ;

c. l'amélioration des soins aux personnes âgées dépendantes et aux malades chroniques, avec pour préoccupation particulière le manque cruel de personnel infirmier ;

d. le développement de la médecine de soins palliatifs et appropriés aux mourants ;

e. une participation active aux efforts communs déployés aux niveaux européen et international pour lutter contre le sida ;

iv. l'octroi d'une priorité à la santé dans les différents secteurs d'activité pour assurer la coordination des efforts déployés pour la promouvoir ;

v. la question des logements salubres appropriés à la dimension et aux revenus des familles, et l'opportunité d'inclure le droit à un logement décent parmi les droits sociaux fondamentaux reconnus dans la Charte sociale du Conseil de l'Europe et son protocole ;

vi. une lutte efficace et constante contre la pharmacodépendance, l'alcoolisme et le tabagisme (compte tenu de l'augmentation de ce dernier parmi les femmes et de son action sur le cancer des poumons), notamment dans le cadre des suites à donner aux diverses propositions déjà adoptées à ce sujet par l'Assemblée parlementaire ;

8. Par ailleurs, l'Assemblée recommande au Comité des Ministres d'insister sur la dimension «santé» dans sa coopération avec les pays de l'Europe centrale et orientale. Alors même que ces pays, pour la plupart, cherchent à restructurer leurs services de santé, il est urgent de leur faire connaître les différents choix des Etats membres dans ce domaine, ainsi que les orientations et travaux du Conseil de l'Europe — tels que ceux portant sur les soins d'urgence, la formation des personnels de santé, la prévention des infections hospitalières, la transfusion sanguine ou encore la transplantation d'organes — et de les y associer, de façon concrète et immédiate, en organisant à leur intention des cours, des séminaires ou des échanges d'experts.

II. Exposé des motifs

par M^{me} HELGADOTTIR

1. La commission des questions sociales, de la santé et de la famille de l'Assemblée parlementaire a abordé les questions de santé à plusieurs reprises ; le plus souvent, elle a choisi de traiter des questions très spécifiques¹. Ici, la démarche est

1. Par exemple la Recommandation 1080 (1988) relative à une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du sida dans les prisons, la Recommandation 1085 (1988) relative à la lutte contre les drogues ou encore la Recommandation 1136 (1990) relative à une politique européenne à l'égard de l'alcool.

were to deal with health in general throughout Europe. This attempt was initiated by the committee at its meeting in Copenhagen in May 1988 where a joint declaration of the committee and the European Regional Office of WHO was adopted (see appendix).

2. It should be recalled that the Parliamentary Assembly has been actively involved in the drafting of the Council of Europe's Social Charter and its protocol which, in addition to Article 11 which specifically refers to the rights of all persons to health protection, contains a number of provisions either directly or indirectly concerned with health (for example, Articles 2 and 3 on working conditions and health and safety at work, Article 12 on the right to social security, etc.).

A. Major health problems in Europe

3. What are the real health problems of modern West European societies? The lifestyles of Europeans are now changing in dramatic ways — many people smoke, eat too much, exercise too little, drink excessively, abuse psychotropic drugs and live more stressful lives. Road accidents too frequently leading to death are far too many.

The hoped-for decrease in industrial accidents looks unlikely to be achieved; in some countries, indeed, industrial accidents are on the increase. For various reasons — increasingly going out to work, often having to use work stations designed for men, type of employment, and having homes to run as well — women are particularly vulnerable to industrial accidents, though this is something that has not been much investigated.

4. Unemployment is likely to remain a major problem with its accompanying evils. Migrants encounter special problems regarding their living conditions.

Insanitary housing, without even basic facilities, continues to exist. The phenomenon of homelessness is reappearing, too many live in poverty. Thus, even in our prosperous, developed Europe, the basic pre-conditions for a public health policy are not all satisfied for certain population categories.

Aids continues to spread at the same speed as previously.

The rapidly growing number of elderly people is a challenge to our ability to protect their human dignity and ensure a meaningful, active, social role for them, while the increasing number of very old persons will place a heavy burden on health and social services in the future.

plus générale puisque le sujet retenu revient à vouloir traiter en quelque sorte la santé en général et dans l'ensemble de nos pays européens. L'initiative de cette démarche se trouve dans une réunion de la commission à Copenhague en mai 1988 et l'adoption d'une déclaration commune (annexe).

2. Il faut rappeler que l'Assemblée parlementaire a collaboré, en son temps, à la rédaction de la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe et de son protocole qui, outre une disposition, l'article 11, spécialement consacrée à la reconnaissance à toute personne du droit à la protection de la santé, contient un certain nombre de dispositions touchant directement ou même indirectement à la santé (par exemple les articles 2 et 3 sur les conditions de travail et sur la sécurité et l'hygiène dans le travail, l'article 12 sur le droit à la sécurité sociale, etc.).

A. Problèmes de santé majeurs en Europe

3. Quels sont en réalité les problèmes de santé de nos sociétés européennes occidentales modernes? Les modes de vie des Européens sont en train de changer de manière spectaculaire: nombreux sont ceux qui fument, mangent trop, ne font guère d'exercice, boivent à l'excès, abusent de médicaments psychotropes et sont soumis à une tension nerveuse plus forte. Les accidents de la circulation entraînant souvent la mort sont de loin trop nombreux.

Les accidents du travail ne paraissent pas devoir connaître la régression espérée; dans certains pays, au contraire, leur nombre est en augmentation. L'insertion des femmes sur le marché du travail, souvent à des postes de travail conçus pour des hommes, la nature de l'emploi occupé ou le fait de leur double journée fait apparaître leur particulière vulnérabilité à ce risque, phénomène encore peu ou mal connu.

4. Le chômage restera selon toutes probabilités un problème important avec sa cohorte de maux spécifiques. Les migrants se heurtent à des difficultés propres à leurs conditions de vie.

Les logements insalubres ou ne disposant pas des commodités élémentaires subsistent. Le phénomène des sans-logis resurgit; trop d'individus vivent dans la pauvreté. Ainsi, même dans notre Europe prospère et développée, les conditions fondamentales préalables à une politique de santé publique ne sont pas, pour certaines catégories de la population, toutes et partout réunies.

Le sida continue de se répandre au même rythme qu'auparavant.

Le nombre des personnes âgées en progression rapide remet en questions notre aptitude à protéger leur dignité et leur assurer un rôle social significatif et actif, tandis que l'augmentation du nombre de grands vieillards constitue un défi pour les services sanitaires et sociaux.

Preparation for old age needs seems to be neglected; and arrangements for attending the dying and providing palliative care are insufficiently known or developed.

5. Modern industry is turning out 200 to 300 new chemicals every year and the processing of toxic wastes causes pollution of air, water, soil and food, creating potential hazards for millions of people in Europe.

As a result, average life expectancy for middle-aged men has not improved; it even decreased in almost half of all European countries from 1960 to 1980. Cardio-vascular diseases are still the principal cause of death in people under 65. There is an accelerating rise in mortality from cancer.

These health problems come with rapid urbanisation; with the weakening of family ties and other social networks; and above all, with the massive cultural changes engendered by a new, fast spreading leisure and culture industry, concentrating on the young but touching other age groups as well.

6. In Eastern Europe, all available indicators for the 1980s show that the situation is worse than in Council of Europe countries, and is deteriorating in most cases. For example, average life expectancy at birth in the countries of Central and Eastern Europe is considerably lower than in Western Europe. The situation is similar for life expectancy at the age of 65. The East-West gap is also widening in the mortality rate from cardio-vascular diseases. For cancer, mortality rates are among the highest in these countries and the rate of increase is considerable. Comparative data on women's health are a cause for concern. For example, the cancer mortality rate between 1970 and 1985 has been falling steadily among women between 25 and 54 years of age in West European countries. The corresponding figures for Eastern Europe remain static. The infant mortality rate is two to three times higher in the East than in the rest of Europe and this disparity does not seem likely to diminish. Massive environmental pollution, unhealthy lifestyles and lack of resources also characterise the health picture in these states. Improvements are certainly possible, and potential exists in present health networks and human skills. Most of these countries — for example Bulgaria, the Czech and Slovak Federal Republic, Hungary, etc., have embarked on a radical restructuring of their health systems and look to the rest of Europe for help.

La préparation à la vieillesse semble chose négligée, et les mesures d'accompagnement des mourants et la médecine de soins palliatifs restent insuffisamment connues et développées.

5. Chaque année, l'industrie moderne émet 200 à 300 nouveaux produits chimiques et le traitement des déchets toxiques entraîne une pollution de l'air, des eaux, des sols et des denrées alimentaires, et crée des risques potentiels pour des millions d'Européens.

Il en résulte que l'espérance de vie moyenne pour les hommes d'âge mûr ne s'est pas améliorée et qu'elle a même diminué dans près de la moitié des pays européens de 1960 à 1980. Les maladies cardio-vasculaires restent la cause principale de décès chez les moins de 65 ans. On constate une accélération dans l'augmentation de la mortalité due au cancer.

Ces problèmes de santé accompagnent les courants rapides d'urbanisation, l'affaiblissement de la famille et autres réseaux sociaux, et surtout les changements culturels massifs engendrés par une industrie nouvelle orientée vers les loisirs et la culture, qui se développe très vite et qui, quoique concentrée sur les jeunes, touche également les autres groupes d'âge.

6. En Europe de l'Est, tous les indicateurs disponibles pour les années 80 montrent une situation défavorable comparée à celle des pays du Conseil de l'Europe, qui va en se dégradant dans la plupart des cas. Par exemple, l'espérance de vie moyenne à la naissance dans les pays de l'Europe centrale et orientale est considérablement moins élevée qu'en Europe occidentale. La situation est similaire quant à l'espérance de vie à l'âge de 65 ans. L'écart Est-Ouest va croissant également quant aux taux de mortalité pour les maladies cardio-vasculaires. Dans les cas de cancer, les taux de mortalité sont parmi les plus élevés dans ces pays et les taux d'augmentation sont considérables. Les données comparatives sur la santé des femmes sont préoccupantes. Par exemple, les taux de décès du fait de cancer de 1970 à 1985 ont été en diminution constante parmi les femmes de 25 à 54 ans dans les pays de l'Europe de l'Ouest. Les taux correspondants en Europe de l'Est restent stationnaires. Les taux de mortalité infantile sont deux à trois fois plus élevés à l'Est que dans le reste de l'Europe et il ne semble pas que cette disparité doive aller en diminuant. Pollution massive de l'environnement, modes de vie malsains et ressources insuffisantes sont également des caractéristiques de la carte sanitaire de ces Etats. Des améliorations sont certes possibles, en germe d'ailleurs dans les réseaux sanitaires existants et dans les capacités du personnel. Ces pays, pour la plupart, comme la Bulgarie, la République tchèque et slovaque, la Hongrie, etc., sont engagés à l'heure actuelle dans une restructuration radicale de leur système de santé et se tournent vers le reste de l'Europe pour quérir son aide.

The Council of Europe has already set up co-operation with those countries, though its efforts seem meagre when set against the scale and urgency of their health needs. The co-operation needs stepping up, speeding up and translating into practical action. Even though the states concerned are not yet eligible for full Council of Europe membership, we should be acquainting them with the results of our work, helping them to apply them, and ourselves taking the opportunity to implement Council of Europe recommendations and resolutions on health matters.

7. How can we tackle the factors which are producing ill-health in the first place?

In the first place we must adopt a far broader and more sophisticated health policy. Promotion of health and primary prevention must be improved and attention given to such matters as lifestyles and health, environment and health, the quality and effectiveness of health services rather than their quantity, and their implications for human resources development and national health policy-making.

B. The four pillars of a European health policy

i. Lifestyle and health

8. A priority must be to promote and maintain health. This is not a slogan; it is the result of an analysis of health development in European countries over the last thirty years. These studies reveal the simple fact that most serious health problems in Europe are a direct result of behaviour and lifestyles. For example, alcohol abuse is involved in half of all road traffic deaths in Europe. Increasing consumption of fat in our daily diets together with a decline in physical activity makes our overfed and underexercised bodies easy prey to heart diseases and other ills that go with unhealthy nutrition and a sedentary life. Drug abuse — whether the over-consumption of psychoactive licensed drugs or the consumption of illicit drugs — ravages the personal and social integrity of countless victims, not least in our urban societies. Tobacco addiction also provides a clear example, with serious results in the years to come.

Unfortunately, hundreds of thousands of people will die now, next year and in the years to come. What is more, the numbers will increase if current habits persist, and by the year 2025 about two million Europeans, half a million of them women, will be killed by smoking each year. About half of

Une coopération a d'ores et déjà été instaurée par le Conseil de l'Europe avec ces Etats; elle semble cependant bien timide au regard de l'ampleur et de l'urgence de leurs besoins dans le domaine de la santé. Cette coopération demande à être accrue, accélérée et concrétisée; alors même que ces Etats ne sont et ne peuvent pas encore être membres à part entière du Conseil de l'Europe, il convient de leur faire connaître nos travaux, de les aider à les appliquer et de profiter de l'occasion pour donner suite aux différentes recommandations et résolutions du Conseil de l'Europe souscrites dans le domaine de la santé.

7. Comment s'attaquer aux facteurs qui conditionnent un mauvais état de santé?

Tout d'abord, la réussite implique l'adoption de politiques de santé beaucoup plus larges et complexes. Il conviendrait d'améliorer la promotion de la santé et la prévention primaire, et d'accorder plus d'attention à des questions telles que les modes de vie et la santé, l'environnement et la santé, la qualité et l'efficacité des services sanitaires plutôt que leur quantité, et les incidences de ces mesures pour le développement des ressources humaines et l'élaboration des politiques nationales de santé impliquant les différents secteurs de la société.

B. Les quatre piliers de la politique sanitaire européenne

i. Style de vie et santé

8. Favoriser et maintenir la santé est une préoccupation prioritaire. Ce n'est pas là une affirmation gratuite: c'est le résultat d'une analyse de l'évolution de la santé, dans les pays européens, depuis une trentaine d'années. Ces études ont révélé le simple fait que la plupart des problèmes sanitaires sérieux, en Europe, sont la conséquence directe du comportement et du style de vie. Par exemple, l'abus d'alcool rend compte de la moitié des accidents mortels de la circulation de notre continent. L'accroissement de la consommation de matières grasses dans notre alimentation quotidienne, avec la diminution de l'activité physique, rend nos cœurs suralimentés et privés d'exercice très vulnérables aux maladies cardiaques et aux autres affections qui accompagnent un régime malsain et une vie sédentaire. La toxicomanie — qu'il s'agisse de surconsommation de drogues psycho-actives permises ou de consommation de drogues illicites — ravage l'intégrité personnelle et sociale d'innombrables victimes, notamment dans les sociétés urbaines. Le tabac fournit également un exemple convaincant, qui aura de graves conséquences dans les années à venir.

Des centaines de milliers de personnes en mourront maintenant, l'année prochaine et l'année suivante. En outre, ce nombre ne fera qu'augmenter: si les habitudes présentes se maintiennent, environ deux millions d'Européens, dont un demi-million de femmes, seront vers l'an 2025 tués

these people will die in middle age (40-69 years) and will, on average, lose twenty years of life. Increased smoking among women is a world-wide problem.

9. The behaviour of each one of us is influenced by all kinds of outside pressures, whether from society, family or friends — or from advertisers. Therefore, measures must be taken to support health promotion by use of marketing and advertising techniques. Thus the decision of people concerning their own individual lifestyle can be influenced by positive measures and information, inducing more responsibility for one's own health. On the other hand, it is of little use to impose on people a certain behaviour pattern. But concerned information based on the best available scientific knowledge should constantly be provided as a basis for individual choice of lifestyle.

10. It is of course possible to implement ethically acceptable and cost-beneficial programmes that really can improve people's lifestyles, decrease the health risks, reduce the incidence of cardiovascular diseases and cancer and improve people's own perception of the quality of life. This obviously requires that not only the health sector but also society as a whole, including other sectors such as agriculture, industry, culture and the media, take the health message seriously. As a consequence health must be a government priority in order to reach all sectors.

ii. *Environment*

11. One challenge is to reduce the chemical pollution of air, water, soil and food in order to diminish the toxic, carcinogenic or other effects on the health of millions of people throughout Europe. At the other end of the spectrum, the challenge of environmental health in Europe today raises the fundamental issue of creating a day-to-day human environment — work-places, houses, neighbourhoods, cities and regions — that is not only safe and reasonably free of pollution, but is directly conducive to healthy living. This also means environments that help to strengthen family life and other social networks, that create a feeling of togetherness and shared values, and can stimulate local action programmes on health and other social issues.

iii. *Equity*

12. Analyses conducted by many European countries have shown that as we approach the end

chaque année par le tabagisme. Près de la moitié de ces personnes mourront à un âge moyen (40 à 69 ans) et perdront en moyenne vingt ans de vie. L'aggravation du tabagisme parmi les femmes est un problème mondial.

9. Notre comportement, à tous, subit l'influence de toutes sortes de pressions extérieures, de la société, de la famille, des amis, voire de la publicité. Il faut donc prendre des mesures pour l'encouragement de la santé, en utilisant les techniques du marketing et de la publicité. Ainsi, les décisions des gens au sujet de leur style de vie personnel peuvent être orientées par des mesures positives et une information propres à faire prendre en main, par chacun, le soin de sa santé. Il ne serait guère utile d'imposer des comportements, mais il importe de fournir constamment une information fondée sur les meilleures connaissances scientifiques disponibles, afin d'aider chacun à choisir son style de vie.

10. Il est naturellement possible de mettre en œuvre des programmes éthiquement acceptables, présentant un bon rapport coût-avantages, des programmes qui peuvent réellement améliorer les styles de vie des gens, diminuer les menaces contre la santé, réduire la fréquence des maladies cardiovasculaires et du cancer, et améliorer l'idée que se font les gens de la qualité de la vie. Il faut évidemment pour cela que non seulement le secteur sanitaire, mais l'ensemble de la société, c'est-à-dire d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'industrie, la culture et les médias, prennent le message sanitaire au sérieux. Par conséquent, la santé doit être un domaine prioritaire à l'échelle gouvernementale, afin d'intéresser tous les secteurs.

ii. *L'environnement*

11. L'un des défis consiste à réduire les risques de pollution chimique de l'air, des eaux, des sols et des denrées alimentaires, afin de diminuer les effets nocifs pour la santé, toxiques, cancérigènes et autres, qui menacent des millions de personnes dans toute l'Europe. A l'autre extrémité de la gamme des mesures nécessaires, le défi que représente l'hygiène de l'environnement dans l'Europe d'aujourd'hui pose une question fondamentale, la création d'un environnement humain de vie quotidienne — lieux de travail, d'habitation, quartiers, villes et régions — en d'autres termes, un milieu qui ne se caractérise pas seulement par la sécurité et une absence raisonnable de pollution, mais qui incite directement à une vie saine. La notion englobe des environnements favorables au renforcement de la vie familiale et autres réseaux sociaux, créateurs du sentiment d'appartenir à une communauté et de partager des valeurs, et stimulants pour les programmes locaux d'actions sanitaire et sociale.

iii. *Équité*

12. L'analyse à laquelle beaucoup de gouvernements européens ont procédé montre qu'à la fin

of the twentieth century the variations among health indicators for different social groups are still, to a dismaying degree, the most accurate barometer available. In several European countries (even those with highly developed welfare systems), people on the lowest incomes simply live less long — by five years or more — and have disabilities four to five times more serious than privileged social groups. This is no longer acceptable and each country should try to improve its standard of health, particularly among the disadvantaged social classes, by 25% by the year 2000.

iv. *Quality of health care*

13. Every country should have a highly skilled health service with sufficient capacity to deal with all major health problems and all sections of the population. It should continuously exploit new scientific developments whether in medicine, biology or technology, so as to have an impact on the population's health.

A reminder is necessary of measures that have to be taken because of severe lack of nurses and other people to take care of the aged and those suffering from chronic illnesses. A change of attitude is required leading to a new respect for those traditionally female professions.

14. Greater efficiency is needed in the use of resources; a stronger emphasis on preventing disease and promoting health; and better balance and co-operation between the hospital sector and local health services. European health policy should place an obligation on health services to deliver high quality care for everyone who needs it. That applies to diagnosis and treatment, rehabilitation and care for the individual patient and to health promotion and prevention of illness. A European health policy requires that the quality of care, in addition to the medical aspects, also involves such matters as humane and compassionate treatment of patients.

15. It is important not to take a dogmatic stand as between public and private health care organisations. Obviously, in Europe good health care can be provided equally well by public or private means. The fundamental issue is for both to prove that this is so by establishing continuous monitoring systems to measure the quality of care provided and the resources used, so providing objectively quantifiable information on system standards and cost/benefit ratios.

du XX^e siècle, les variations entre indicateurs de santé selon les groupes sociaux restent, à un degré consternant, le baromètre le plus fiable en la matière. Dans plusieurs pays européens (même ceux dont les systèmes d'aide sociale sont hautement développés), la durée de vie est tout simplement plus brève — de cinq ans ou davantage — et les incapacités quatre à cinq fois plus graves dans les catégories sociales aux revenus les plus faibles que dans les groupes privilégiés. Cette situation n'est plus acceptable et chaque pays devrait s'efforcer d'améliorer le niveau de la santé, notamment dans les catégories sociales défavorisées, de 25 % avant l'an 2000.

iv. *Qualité des soins*

13. Tout pays devrait être doté d'un service de santé extrêmement compétent et doté d'une capacité suffisante pour prendre en charge tous les problèmes de santé importants et tous les citoyens. Il faut donc qu'un tel service exploite en permanence l'innovation scientifique, que ce soit en médecine, en biologie ou dans les secteurs techniques, afin d'en tirer un impact sur la santé de la population.

Il importe de rappeler les mesures qu'il faut prendre par suite de la grave pénurie d'infirmières et d'autres personnes qui puissent prendre soin des vieux et de ceux qui souffrent de maladie chronique. Il faut un changement d'attitude menant à une considération nouvelle pour ces professions traditionnellement féminines.

14. Nous devons atteindre une efficacité accrue dans l'emploi des ressources, mettre davantage l'accent sur la prévention de la maladie et promouvoir la santé, trouver l'équilibre et améliorer la coopération entre le secteur hospitalier et les services de santé locaux. La politique européenne en la matière doit imposer une condition aux services de santé; ils ont pour tâche de dispenser véritablement des soins de qualité à tous ceux qui en ont besoin. Cette condition vaut pour le diagnostic et le traitement, la réadaptation et les soins aux malades individuellement, ainsi que pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Une politique européenne de la santé implique que la qualité des soins englobe, outre les aspects médicaux, des questions telles qu'un traitement des malades empreint d'humanité et de compassion.

15. Il importe de ne pas adopter une position dogmatique en opposant organes de santé publics et privés. De toute évidence, des soins satisfaisants peuvent être apportés en Europe par des moyens aussi bien publics que privés. La question fondamentale consiste pour les deux systèmes à démontrer qu'il en est ainsi, en établissant des mécanismes de contrôle continu quant à la qualité des soins dispensés et aux ressources employées, de telle sorte que nous disposions d'informations objectivement mesurables sur leur qualité et leur rapport coût-efficacité.

16. However, this is one of the weakest elements in European health services today; it would be hard to find any country in Europe with an acceptable system for continuously monitoring the results of health care. It is beginning to emerge that when this analysis is conducted — covering not only the medical but also the cost/benefit and patient satisfaction aspects — in a number of instances former thinking about the appropriateness of medical procedures is having to be revised.

17. A shift is now occurring in Europe from an emphasis on high technology hospital care to primary health care. The process is very slow, however, because of resistance to a re-allocation of resources, and of insufficient training of health personnel in disease prevention, health promotion and community action. It is also becoming more and more important to motivate consumers, professionals and managers to improve the quality and efficiency of services. The local population must also be involved in the process of improving health: action at local level is ultimately the most important.

C. The Council of Europe and the World Health Organisation

18. The relationship between international organisations is growing in importance. One of the best examples is the longstanding fruitful collaboration which exists between the Council of Europe and the WHO Regional Office for Europe since an agreement signed as long ago as 1952.

19. In May 1977 in Geneva, the WHO World Health Assembly, representing more than 140 WHO member states, adopted the first "health for all" resolution which stated that it was each country's duty to ensure a "socially productive life" for all its citizens. The European Health For All policy was adopted in 1980, leading to a Health For All (HFA) strategy in 1984, including thirty-eight regional HFA targets together with a plan of action and a list of regional educators. That strategy also urged each country to modify its own policy accordingly. The needs and priorities can of course differ slightly from country to country.

20. In 1988 a milestone was reached when the Social, Health and Family Affairs Committee of the Parliamentary Assembly decided to spend two days at the WHO Regional Office in Copenhagen to study the European Health for All policy and the office's work to support it. A joint declaration was signed by Dr Foschi, committee Chairman, and Dr Asvall, WHO Regional Director, in which the committee undertook to propose to the Council of Europe the adoption of the European Health

16. Toutefois, cet élément est l'un des plus faibles des services européens de santé pour l'instant; il serait difficile de trouver un pays européen possédant un système acceptable quant au contrôle permanent des résultats des soins. Selon les informations qui commencent à apparaître, lorsqu'une telle analyse est menée — en tenant compte des aspects non seulement médicaux mais aussi de coût-efficacité et de satisfaction du malade — dans nombre de cas les idées anciennes concernant les procédures médicales les plus adaptées doivent, de toute évidence, être révisées.

17. Il y a lieu de noter, dans l'Europe d'aujourd'hui, la tendance à accorder moins d'importance aux soins hospitaliers à haute technologie, au profit des soins primaires. Toutefois, le processus est très lent à cause des résistances tenant à la réaffectation des ressources et à la formation insuffisante du personnel quant à la prévention des maladies, la promotion de la santé et l'action communautaire. En outre, il importe de plus en plus de mobiliser les consommateurs, les professionnels et les gestionnaires pour améliorer la qualité et l'efficacité des services. Les populations doivent aussi participer au processus d'amélioration de la santé, puisque l'action au niveau local est la plus importante en dernier ressort.

C. Le Conseil de l'Europe et l'Organisation mondiale de la santé

18. Les relations entre organisations internationales prennent une importance croissante. L'un des exemples les plus marquants à cet égard est la collaboration fructueuse et de longue date qui existe entre le Conseil de l'Europe et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, puisqu'un accord a été signé dès 1952.

19. En mai 1977, à Genève, l'Assemblée mondiale sur la santé, qui a réuni plus de 140 Etats membres de l'OMS, a adopté la première résolution «santé pour tous», d'après laquelle il est du devoir de chaque pays d'assurer à tous ses ressortissants une «vie économiquement et socialement productive». Les travaux ont conduit à l'adoption en 1980 de la politique européenne de santé pour tous, qui s'est traduite en 1984 en une stratégie comprenant trente-huit objectifs régionaux, ainsi qu'en un plan d'action et une liste d'éducateurs régionaux. Dans le même temps, cette stratégie incitait chaque pays à modifier sa politique selon les objectifs précités, les besoins et les priorités pouvant bien entendu être légèrement différents.

20. Un élément marquant est intervenu en 1988, date à laquelle la commission des questions sociales, de la santé et de la famille de l'Assemblée parlementaire s'est réunie deux jours au Bureau régional de l'OMS à Copenhague, afin d'étudier la politique européenne de santé pour tous et les travaux du Bureau tendant à la mettre en œuvre. Une déclaration commune a été signée par le Dr Foschi, président de la commission, et le Dr Asvall, directeur régional de l'OMS; la commission s'est

for All policy, stressing the need for endorsement of ideas of the European Health For All policy and targets by the Council of Europe, as this would be an extremely important step forward in promoting better health in Europe and in the individual member states.

21. The WHO Regional Office organised the 1st European Conference on Environment and Health in Frankfurt on 7 and 8 December 1989. The main aim was to create a common framework for the 1990s for co-operation in environment and health between European states, WHO and other organisations such as the Council of Europe. It was felt that WHO could not discharge its responsibility in the field of environment and health without very close and active co-operation with other international organisations. On that occasion a "European Charter on the Environment and Health" was adopted with the support of representatives of all the member states. Let us hope that it will become a useful tool as a unifying set of principles that national governments and parliaments could accept, and provide a framework for the work of international organisations in this field.

22. The Parliamentary Assembly of the Council of Europe adopted Recommendation 1101 (1989) on the protection of non-smokers, in which it approved Resolution EUR/RC37/R9 of the WHO Regional Committee for Europe, unanimously adopted in September 1987, which encouraged member states to take steps to protect non-smokers, in view of WHO's goal of "Health for All by the year 2000".

23. Recently, the Committee of Ministers addressed to the member governments Recommendation No. R (89) 4 on the collection of epidemiological data on primary health care, in which it expressly referred to the World Health Organisation's indicators for "Health For All by the year 2000". The need for European co-operation in collecting and analysing epidemiological data was expressly acknowledged.

24. At its 24th Session from 7 to 9 March 1989, the Standing Conference of Local and Regional Authorities of Europe adopted Resolution 206 (1989) on health in towns. It welcomed co-operation with WHO and recommended that it continue in a variety of ways: meetings, exchange of information, training, continuing education, and co-operation with other intergovernmental and non-governmental organisations.

25. Last September the Council of Europe, the European Community and WHO Regional

engagée à proposer au Conseil de l'Europe l'adoption de la politique européenne de santé pour tous, en soulignant la nécessité d'une approbation des principes de base et objectifs de cette politique par le Conseil de l'Europe, ce qui constituerait un pas extrêmement important dans la promotion d'une meilleure santé, au niveau européen et dans chacun des Etats membres.

21. Le Bureau régional de l'OMS a organisé la 1^{re} Conférence européenne sur l'environnement et la santé à Francfort, les 7 et 8 décembre 1989. L'objectif principal était de donner un cadre commun à la coopération des années 90 en matière d'environnement et de santé, pour les pays européens, l'OMS et d'autres organisations telles que le Conseil de l'Europe. On a estimé que l'OMS ne pouvait assumer ses responsabilités dans les domaines de l'environnement et de la santé sans une coopération très étroite et active avec d'autres organisations internationales. A cette occasion, une charte européenne de l'environnement et de la santé a été adoptée avec le soutien des représentants de tous les Etats membres. On peut espérer qu'elle sera un instrument utile, car elle représente une série unificatrice de principes que les gouvernements et les parlements peuvent accepter, et elle offre une structure aux travaux pertinents des organisations internationales.

22. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté la Recommandation 1101 (1989) relative à la protection des non-fumeurs dans laquelle elle approuve la Résolution EUR/RC37/R9 du Comité régional pour l'Europe de l'OMS, unanimement adoptée en septembre 1987, qui encourageait les gouvernements des Etats membres à prendre des mesures de protection des non-fumeurs, conformément à l'objectif de la «stratégie européenne de la santé pour tous en l'an 2000» de l'OMS.

23. Le Comité des Ministres a aussi adressé récemment aux gouvernements des Etats membres la Recommandation n° R (89) 4 sur la collecte de données épidémiologiques sur les soins de santé primaires, dans laquelle il mentionne expressément les indicateurs de l'Organisation mondiale de la santé pour «la santé pour tous en l'an 2000». La nécessité d'une coopération européenne pour le rassemblement et l'analyse des données épidémiologiques a été expressément reconnue.

24. La Conférence permanente des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe, lors de sa 24^e Session tenue du 7 au 9 mai 1989, a adopté la Résolution 206 (1989) sur la santé dans les villes. Elle se félicite de sa coopération avec l'OMS et recommande de la poursuivre par différents moyens: réunions, communication d'informations, formation, éducation permanente, coopération avec d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales.

25. En septembre dernier, le Conseil de l'Europe, la Communauté européenne et le Bureau

Office held a joint conference in Strasbourg on education for health based on eleven pilot projects. It stressed the need for co-operation of school pupils, parents and communities in education in health.

The 4th Conference of European Ministers of Health was held in Cyprus on 19 to 21 October of this year with the topic "Health manpower, changes and challenges". Nearly all participants stressed the severe lack of nurses in Europe.

D. Conclusions

26. In a fast-moving world, Europe has a unique role to play in promoting health as a part of social development. These goals deserve the closest attention. The interdependence of health and socio-economic development is a fact. The broad vision of health is a challenge to the Council of Europe to stimulate the development of new policies at national level. Since the European WHO health policy was adopted, several members have undertaken efforts to reorient their own national health policies to correspond to that. Appropriate action has to be taken accordingly in order not to miss any opportunity for practical action. It is becoming clearer all the time that this ideal cannot be met by working in isolation and that intersectorial support and co-ordination of effort, not least between the Council of Europe and WHO, are a key element of success.

27. The health problems which face modern society are well known, and very often solutions are available. Furthermore, it is better to prevent difficulties. Many many examples exist to show that this can be done. The examples of tobacco dependency accompanied by lung cancer and that of Aids speak for themselves. However, most of the time neither the preventive measures nor the solutions to problems lie in the hands of the health sector alone. Effective action can be on an international level. Parliamentarians have possibilities of stimulating actions for that purpose and especially of working for better co-ordination of health-affecting actions between various sectors in government and society. Health has to become a priority in more sectors than those under the health ministries. What is most important is that all governments must show a strong and lasting political determination, supported by legislative action, to concentrate their efforts on improving the health of the people. That could make it possible to reach the following European aims of WHO at the beginning of the next century :

— a 10% increase in the average number of years people live free from major diseases or disabilities ;

régional de l'OMS ont tenu une conférence commune à Strasbourg, sur l'éducation pour la santé, par une action se fondant sur onze projets pilotes. Elle a souligné la nécessaire coopération dans ce domaine des écoliers, des parents et de la communauté.

La 4^e Conférence des ministres européens responsable de la Santé s'est tenue à Chypre du 19 au 21 octobre de cette année, et a porté sur «le personnel sanitaire : changements et défis». Presque tous les participants ont souligné les sévères carences en personnel infirmier.

D. Conclusions

26. Dans un monde en rapide évolution, l'Europe a un rôle unique à jouer pour l'encouragement de la santé en tant qu'élément du développement social. Ces objectifs méritent la plus grande attention. L'interdépendance de la santé et du développement socio-économique est un fait. Une conception large de la santé comporte un défi pour le Conseil de l'Europe, qui doit susciter de nouvelles mesures à l'échelle nationale. Depuis l'adoption de la politique sanitaire européenne de l'OMS, plusieurs Etats membres ont entrepris des efforts pour réorienter leur politique sanitaire nationale dans le même sens que la politique européenne précitée. Il faut donc mener l'action appropriée afin de ne laisser passer aucune chance de progrès pratique. Il est de plus en plus clair que cet idéal ne peut se réaliser dans l'isolement et qu'une coordination et un soutien intersectoriels des efforts, notamment du Conseil de l'Europe et de l'OMS, sont des éléments essentiels du succès.

27. Les problèmes sanitaires qui se posent à la société moderne sont bien connus et ont bien souvent trouvé leur solution. Mieux vaut cependant prévenir les difficultés. De très nombreux exemples montrent que c'est possible. L'exemple du tabagisme, qu'accompagne souvent le cancer du poulmon, et celui du sida sont éloquentes. Mais la plupart du temps, ni les mesures préventives ni la solution du problème n'incombent au seul secteur sanitaire. Une action efficace peut devoir faire appel au niveau international. Les parlementaires peuvent stimuler une action en ce sens et encourager en particulier une meilleure coordination des mesures sanitaires prises par divers secteurs de l'Etat et de la société. La santé doit devenir une préoccupation prioritaire dans des secteurs autres que ceux qui dépendent du ministère de la Santé. Le plus important est que tous les gouvernements fassent preuve d'une détermination politique forte et durable, appuyée par une action législative, afin de déployer tous leurs efforts pour améliorer la santé de la population. Ainsi pourrait-on atteindre les objectifs européens suivants de l'OMS pour le début du siècle prochain :

— une augmentation de 10 % du nombre moyen d'années que l'être humain peut vivre sans maladie ou invalidité importante ;

— a 15% decrease in circulatory deaths and cancer deaths in those under 65 years of age and a 25% reduction in deaths from accidents ;

— a significant decrease in health damaging behaviour such as overuse of alcohol and pharmaceutical products, use of illicit drugs and dangerous chemical substances, and dangerous driving and violent social behaviour ;

— provision of air, water and food quality that does not pose a threat to human health ;

— provision of better opportunities to live in houses and settlements which provide a safe and healthy environment.

APPENDIX

Joint declaration

of the Social and Health Affairs Committee
of the Parliamentary Assembly
of the Council of Europe

and the World Health Organization
Regional Office for Europe

"On the occasion of the Meeting of the Social and Health Affairs Committee of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe at the WHO Regional Office for Europe in Copenhagen, on 26 and 27 May 1988, the following joint declaration was issued.

Health and quality of life are intimately linked together.

The health of individuals, groups and societies in Europe is increasingly linked to modern lifestyles and to the physical, social, cultural and economic characteristics of the environment in which people live, work and play.

It is necessary for European countries to recognize this much more explicitly in their national policies, and to make health and quality of life an issue not only in the health sector but in other sectors of society as well.

The health services in Europe must continue to benefit from new scientific developments, but more attention needs to be paid to the appropriate use of those new technologies and to the assurance of a human approach to care and to better provision of health services at local level throughout Europe.

The Council of Europe and the World Health Organization share the same preoccupations and concern for improving the health of the people of Europe.

The Social and Health Affairs Committee of the Council of Europe supports the basic principles of the European health for all policy adopted by the European countries through their representatives at the thirty-fourth session of the WHO Regional Committee for Europe in 1984.

— une réduction de 15 % des décès dus aux affections circulatoires et au cancer, chez les personnes de moins de 65 ans, et une diminution de 25 % des morts par accident ;

— une diminution importante des comportements malsains tels que l'abus d'alcool et de produits pharmaceutiques, l'usage de drogues illicites et de substances chimiques dangereuses, la conduite automobile à risque et un comportement social violent ;

— l'assurance d'une qualité de l'air, de l'eau et des aliments qui ne menace pas la santé humaine ;

— la création de meilleures possibilités de vivre dans des habitations et des agglomérations constituant un milieu sain et sûr.

ANNEXE

Déclaration commune

de la commission des questions sociales et de la santé
de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

et du Bureau régional de l'Europe
de l'Organisation mondiale de la santé

A l'issue de la réunion de la commission des questions sociales et de la santé de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à Copenhague, les 26 et 27 mai 1988, une déclaration commune a été publiée :

La santé et la qualité de la vie sont intimement liées.

La santé des individus, des groupes et des sociétés, en Europe, est de plus en plus tributaire des modes de vie modernes et des caractéristiques physiques, sociales, économiques et culturelles de l'environnement de vie, de travail et de loisir.

Il faut que les pays d'Europe accordent beaucoup plus de place à cette relation dans leurs politiques nationales et fassent en sorte que la santé et la qualité de la vie ne soient pas seulement prises en compte dans le secteur de la santé, mais aussi dans les autres secteurs de la société.

Les services de santé, sans renoncer à tirer avantage des derniers progrès scientifiques, doivent donner plus d'importance au bon usage des nouvelles technologies, à l'aspect humain des soins et à la qualité des prestations au niveau local dans toute l'Europe.

Le Conseil de l'Europe et l'Organisation mondiale de la santé ont l'un et l'autre le souci d'améliorer la santé des populations d'Europe.

La commission des questions sociales et de la santé du Conseil de l'Europe appuie les principes fondamentaux de la politique européenne de la «santé pour tous», adoptés au nom des pays européens par leurs représentants à la 34^e Session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 1984.

The Social and Health Affairs Committee and the Regional Office believe that a formal endorsement of the European health for all policy and targets by the Council of Europe would be a very important step forward in promoting better health in this part of the world as a whole and in the individual member countries.

The Social and Health Affairs Committee and the Regional Office further believe that this would be decisive in coordinating in an optimal way the work of both organizations in the field of health in accordance with the Agreement between the Secretary General of the Council of Europe and the Regional Director of the Regional Office for the World Health Organization, signed on 9 and 12 September 1952, respectively.

To this end, the Social and Health Affairs Committee intends to make a special report on the regional health for all policy to the Council of Europe.

Expressing their agreement to such a policy, the President of the Committee, Dr Foschi, and the WHO Regional Director for Europe, Dr Asvall, have today signed this joint declaration."

Reporting committee: Social, Health and Family Affairs Committee.

Budgetary implications for the Assembly: none.

Reference to committee: Article 11, Social Charter of the Council of Europe; Recommendation 979 (1984).

Draft recommendation adopted by the committee on 16 January 1991 by 12 votes to 0 with 2 abstentions.

Members of the committee: Mr Pini (*Chairman*), Mrs Håvik, Mr Rathbone (*Vice-Chairmen*), MM. Adriaensens, Anastasopoulos, Banks, Bowden, Büchner, Bühler (*Alternate: Niegel*), Dhaille, Eich, Elmas, Eser, Fiandrotti, Foschi (*Alternate: Scovaccicchi*), Fuhrmann, Gouteyron, Mrs Haarstad, Mrs Haas-Berger, Mrs Hacklin, Mrs Haglund, Mrs Haller, Mrs Helgadottir, Mrs Hubinek, MM. Koehl, Koulouris, Joaquim Marques, Morris, Palacios, Pasquino, Psaila Savona, Regenwetter, Roseta, Mrs Rossi, MM. Sainz (*Alternate: Mrs García Manzanares*), E. Smith, Mrs Staels-Dompas, MM. Taylor, van Velzen (*Alternate: Eisma*), N. ... (*Alternate: Hörsik*).

N.B. The names of the members present at the meeting are printed in italics.

See 8th Sitting, 26 April 1991 (adoption of the draft recommendation as amended), and Recommendation 1153.

La commission des questions sociales et de la santé et le Bureau régional sont convaincus que l'adhésion formelle du Conseil de l'Europe à la politique et aux buts européens de la «santé pour tous» ferait considérablement avancer la cause de la santé dans toute la région et dans chaque pays membre.

La commission des questions sociales et de la santé et le Bureau régional sont également convaincus que cette initiative ouvrirait la voie à une coordination optimale des travaux des deux organisations dans le domaine de la santé, dans l'esprit de l'accord signé par le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe et le directeur régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, les 9 et 12 septembre 1952.

En conséquence, la commission des questions sociales et de la santé soumettra au Conseil de l'Europe un rapport spécial sur la politique régionale de la «santé pour tous».

Le président de la commission, le Dr Foschi, et le directeur régional de l'OMS, le Dr Asvall, ont signé aujourd'hui la présente déclaration, exprimant leur accord sur cette politique.

Commission chargée du rapport: commission des questions sociales, de la santé et de la famille.

Implications budgétaires pour l'Assemblée: néant.

Renvoi en commission: article 11 de la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe; Recommandation 979 (1984).

Projet de recommandation adopté par la commission le 16 janvier 1991 par 12 voix à 0 et 2 abstentions.

Membres de la commission: M. Pini (*Président*), M^{me} Håvik, M. Rathbone (*Vice-Présidents*), MM. Adriaensens, Anastasopoulos, Banks, Bowden, Büchner, Bühler (*Remplaçant: Niegel*), Dhaille, Eich, Elmas, Eser, Fiandrotti, Foschi (*Remplaçant: Scovaccicchi*), Fuhrmann, Gouteyron, M^{mes} Haarstad, Haas-Berger, Hacklin, Haglund, Haller, Helgadottir, Hubinek, MM. Koehl, Koulouris, Joaquim Marques, Morris, Palacios, Pasquino, Psaila Savona, Regenwetter, Roseta, M^{me} Rossi, MM. Sainz (*Remplaçant: M^{me} García Manzanares*), E. Smith, M^{me} Staels-Dompas, MM. Taylor, van Velzen (*Remplaçant: Eisma*), N. ... (*Remplaçant: Hörsik*).

N.B.: Les noms des membres présents à la réunion sont indiqués en italique.

Voir 8^e séance, 26 avril 1991 (adoption du projet de recommandation amendé), et Recommandation 1153.