

Congress of Local and Regional Authorities of Europe

3rd Session (Addendum)

Recommendation 26 (1996)¹ on "Health and citizenship: care for the poorest in Europe"

The Congress,

bearing in mind the proposal of the Chamber of Local Authorities, and after having taken note of the opinion of the Chamber of Regions,

Having noted

1. the conclusions and Final Declaration adopted at the close of the Conference on "Health and citizenship: care for the poorest in Europe" held in Strasbourg on 8 and 9 February 1996 on the initiative of the CLRAE;²
2. the report presented by Ms Brodnianska (Slovak Republic) after the Conference;

Recalling

1. the texts adopted and initiatives taken by the CLRAE to establish the citizenship of the poorest in Europe, including:
 - Resolution 243 (1993) on Citizenship and Extreme Poverty: the Charleroi Declaration;
 - Resolution 244 (1993) on the Right to Housing and its Implementation by Local and Regional Authorities;

1. Discussed and approved by the Chamber of Local Authorities on 18 November 1996, and adopted by the Standing Committee of the Congress on 19 November 1996 (see Doc. CPL (3) 10, draft Recommendation presented by Mrs K. Brodnianska, Rapporteur).

2. The Final Declaration is appended. The following regions and cities were Rapporteurs at the Conference: Budapest (Hungary), Bratislava (Slovak Republic), Charleroi (Belgium), Göteborg (Sweden), Frankfurt am Main (Germany), London Borough of Newham (United Kingdom), Strasbourg and the Bas-Rhin (France), Tirana (Albania) and Vienna (Austria). The NGOs present included: the National League of Local Authorities (Rome), the International Movement ATD Fourth World (Brussels and Paris), the European Union of General Practitioners (UEMO) and the "Health" Grouping of NGOs holding consultative status with the Council of Europe.

Congrès des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe

3^e Session (Addendum)

Recommandation 26 (1996)¹ sur «Santé et citoyenneté: l'accès aux soins des plus démunis en Europe»

Le Congrès,

saisi de la proposition de la Chambre des Pouvoirs Locaux, et après avoir pris note de l'avis de la Chambre des Régions,

Ayant pris connaissance

1. des conclusions et de la Déclaration Finale adoptée à l'issue de la Conférence «Santé et citoyenneté: l'accès aux soins des plus démunis en Europe», organisée à Strasbourg les 8 et 9 février 1996 à l'initiative du CPLRE;²
2. du Rapport présenté par M^{me} Brodnianska (République Slovaque) à la suite de cette Conférence;

Rappelant

1. les textes adoptés et les initiatives prises par le CPLRE pour assurer la citoyenneté des plus démunis en Europe et notamment:
 - la Résolution 243 (1993) sur la citoyenneté et la grande pauvreté: la Déclaration de Charleroi;
 - la Résolution 244 (1993) sur le droit au logement et les conditions de sa mise en œuvre par les autorités locales et régionales;

1. Discussion et approbation par la Chambre des Pouvoirs Locaux le 18 novembre 1996 et adoption par la Commission Permanente du Congrès le 19 novembre 1996 (voir Doc. CPL (3) 10, projet de Résolution présenté par Mme K. Brodnianska, Rapporteur).

2. La Déclaration Finale est annexée. Ont participé à la Conférence, en qualité de Rapporteurs, les régions et villes suivantes: Budapest (Hongrie), Bratislava (République Slovaque), Charleroi (Belgique), Göteborg (Suède), Francfort sur le Main (Allemagne), London Borough of Newham (Royaume-Uni), Strasbourg et Bas-Rhin (France), Tirana (Albanie), Vienne (Autriche). Parmi les ONG présentes: la Ligue nationale des autonomies locales (Rome), le Mouvement International ATD Quart Monde (Bruxelles et Paris), l'Union Européenne de Médecins Omnipraticiens (UEMO), le Regroupement «Santé» des ONG ayant statut consultatif auprès du Conseil de l'Europe.

– Resolution 40 (1996) on “Unemployment/ Employment: New Activities and Occupations” – Issues and Prospects for the Local Dimension;¹

2. Recommendation No. R (86) 5 of the Committee of Ministers to member states on making medical care universally available;

3. Articles 11 and 13 of the European Social Charter and the revised European Social Charter, in particular Articles 30 and 31;²

Observes

1. that the poorest individuals, families and groups experience more health problems than others and come up against more obstacles to health care;

2. that their access to care is hampered by statutory or administrative barriers and a variety of obstacles (the complex formalities required, differences in care provision, financial and personal or cultural obstacles);

3. that when it comes to improving the state of health of the poorest, the effectiveness of health policies in all areas (prevention, promotion, care, rehabilitation, reintegration) is limited by factors such as malnutrition, poor housing, unemployment, lack of resources and illiteracy;

Draws attention

1. to the danger of regarding the social difficulties of the poorest as medical or even psychiatric problems;

2. to national, regional and local initiatives which demonstrate that it is possible to curb and remedy the decline in the health of the poorest and to reverse the multi-factor process of which poor health is but one of the consequences;

1. Other relevant texts are:

- Resolution 236 (1992) on the European Charter on the participation of Young People in Municipal and Regional Life;
- Resolution 255 (1994) on HIV/AIDS – Activities of local and regional authorities;
- Recommendation 5 (1994) on Europe and its elderly people: towards a pact between generations and Conclusions of the Siena Conference;
- Resolution 15 (1995) on Local Democracy: a Civic Project.

2. Article 11 – The right to protection of health

Article 13 – The right to social and medical assistance

Article 30 – The right to protection against poverty and social exclusion

Article 31 – The right to housing

– la Résolution 40 (1996) sur «Chômage/emploi: activités et professions nouvelles» – Enjeux et perspectives de la dimension locale;¹

2. la Recommandation n° R (86) 5 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la généralisation des soins médicaux;

3. les articles 11 et 13 de la Charte sociale européenne et la Charte sociale révisée, notamment les articles 30 et 31;²

Constate

1. que les personnes, familles et groupes les plus démunis sont plus atteints que les autres dans leur santé et rencontrent davantage d'obstacles pour se soigner;

2. que leur accès aux soins est entravé par des barrières (législatives, réglementaires ou administratives) et obstacles divers (complexité des démarches à accomplir, diversité de la prise en charge des soins, obstacles financiers et d'ordre relationnel ou culturel);

3. que l'efficacité des politiques de santé dans tous leurs aspects (prévention, promotion, soins, réadaptation, réinsertion) est, en ce qui concerne l'amélioration de l'état de santé des plus démunis, limitée par des facteurs tels que la malnutrition, le mauvais logement, le chômage, l'absence de ressources, l'illettrisme, etc;

Attire l'attention

1. sur le danger de médicalisation voir de psychiatisation des difficultés sociales des plus démunis;

2. sur les initiatives nationales, régionales et locales qui montrent qu'il est possible de freiner la dégradation de la santé des plus démunis, d'y porter remède et même d'inverser le processus multifactoriel dont la mauvaise santé n'est qu'une des conséquences;

1. D'autres textes pertinents sont les suivants:

- la Résolution 236 (1992) sur la Charte européenne de la participation des jeunes à la vie municipale et régionale,
- la Résolution 255 (1994) sur les pouvoirs locaux et régionaux face au SIDA et à la séropositivité;
- la Recommandation 5 (1994) sur l'Europe et ses personnes âgées: vers un pacte inter-génération et Conclusions de la Conférence de Sienne;
- la Résolution 15 (1995) sur Démocratie locale: un projet de citoyenneté;

2. article 11 – Droit à la protection de la santé

article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale

article 30 – Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

article 31 – Droit au logement

Declares

1. that the poor health of impoverished sections of the population amounts to a denial of rights which deprives them of their citizenship;
2. that it is essential to clearly express a political will to improve the health of the poorest while also improving their living conditions;
3. that there will be a real improvement in the care and health of the poorest when they are seen as closely linked to the entire range of public policies (eg housing, employment, resources, education and culture);

*Recommends***I. That the governments of the member states of the Council of Europe**

1. introduce integrated policies which, by taking account of the health needs of the poorest individuals, families and groups as expressed by them, will improve their health with their help and thereby assist their integration or reintegration into society;
2. take account of the Final Declaration adopted at the close of the Conference on "Health and Citizenship: care for the poorest in Europe" (Strasbourg, 8-9 February 1996), in order to:
 - ensure that care is available to the whole population, including and especially the poorest citizens, and improve their state of health;
 - in spite of financial, economic, technological, environmental and other constraints, plan a balanced health policy – both in geographical terms and in terms of the full range of health needs – continuously geared to the population's living conditions and closely linked to other public policies;
 - help local and regional authorities introduce innovative schemes to meet the health needs of all sections of the population more fully;
 - share the financial burden and the formulating of health policies on an appropriate basis and in line with the principles of territorial and personal fairness;
 - consider dovetailing the different public policies and integrating them both vertically and horizontally by establishing across the country networks of activities operating from the bottom up, according to the proximity principle, and spreading horizontally on a federal basis;

Déclare

1. que la mauvaise santé des populations démunies aboutit à un déni de droits qui les exclut de leur citoyenneté;
2. qu'il est nécessaire d'afficher clairement une volonté politique d'améliorer la santé des plus démunis parallèlement à l'amélioration de leurs conditions de vie;
3. que l'accès aux soins et la santé des plus démunis seront réellement améliorés lorsqu'ils seront étroitement liés à l'ensemble des politiques publiques (logement, emploi, ressources, éducation, culture, etc.);

*Recommande***I. Aux Gouvernements des Etats membres du Conseil de l'Europe**

1. de mettre en place des politiques intégrées qui, en prenant en compte les besoins de santé des personnes, familles et groupes les plus démunis tels qu'exprimés par eux, améliorent avec eux leur santé et facilitent, de ce fait, leur insertion ou leur réinsertion sociale;
2. de prendre en considération la Déclaration Finale adoptée à l'issue de la Conférence «Santé et citoyenneté: l'accès aux soins des plus démunis en Europe» (Strasbourg, 8-9 février 1996), en vue:
 - d'assurer l'accès aux soins et améliorer l'état de santé de toute la population, y compris et surtout des citoyens les plus démunis;
 - d'envisager une politique de santé équilibrée, en dépit des contraintes financières, économiques, technologiques, environnementales, etc., tant sur le plan territorial qu'en ce qui concerne l'ensemble des besoins sanitaires, constamment en prise avec les conditions de vie de la population et en liaison étroite avec les autres politiques publiques;
 - d'aider les autorités locales et régionales à mettre en œuvre des actions novatrices pour mieux répondre aux besoins de santé de tous les groupes de la population;
 - de partager convenablement et selon des critères d'équité territoriale et individuelle le fardeau financier ainsi que la conception des politiques sanitaires;
 - d'envisager une articulation des différentes politiques publiques et leur intégration tant verticale qu'horizontale, fondée sur la mise en réseau sur le territoire d'une pluralité d'actions qui viennent d'en bas selon un principe de proximité et qui s'étendent selon un principe fédératif;

- thus include associations, NGOs, the voluntary movement and the poorest citizens in the actual formulation of public policies and in monitoring and evaluating them;
 - devise national health plans drawn up according to this decentralised, partnership-based, interlinked and pluralist approach;
3. take all the necessary steps to ensure that the faculties, schools and specialist institutions concerned prepare students, professionals, administrative staff and policy-makers to work with individuals, families and groups whose poverty relegates them to the fringes of society;

II. That the European Union

1. help Europe's regions and towns
 - to introduce innovative approaches in order to meet the health needs of the poorest more fully, in line with the method proposed in the Final Declaration adopted at the close of the Conference on "Health and Citizenship: care for the poorest in Europe" (Strasbourg, 8-9 February 1996);
 - to pool their experience in this area, especially with the Central and East European countries;
2. design a special programme based on the same arrangements for European countries applying for membership of the European Union;

III. That the Committee of the Regions of the European Union

bear in mind this Recommendation and Resolution 41 (1996) with a view to considering, together with the CLRAE, any initiatives and activities which might be of use in this area;

IV. That the Parliamentary Assembly of the Council of Europe

consider, in partnership with the CLRAE, a large-scale joint initiative focusing on "Europe and Citizenship Policies" at the start of the third millennium;

V. That the Committee of Ministers of the Council of Europe

1. instruct the European Health Committee (CDSP) to take into consideration the results of the conference of Strasbourg on Health and Citizenship, in the framework of its works on access to health care;

- d'intégrer ainsi les associations, les ONG, le volontariat et les plus démunis de nos concitoyens dans la conception même des politiques publiques, dans leur suivi et dans leur évaluation;
 - de concevoir des plans sanitaires nationaux élaborés selon cette méthode décentralisée, partenariale, articulée et pluraliste;
3. de prendre toute mesure utile afin que les Facultés, les Ecoles et les Institutions spécialisées préparent les milieux étudiants, professionnels, administratifs et politiques à travailler avec les personnes, familles et groupes qui, à cause de leur pauvreté sont en situation d'exclusion sociale;

II. A l'Union Européenne

1. d'aider les régions et villes européennes
 - à mettre en œuvre des approches novatrices pour mieux répondre aux besoins de santé des plus démunis, selon la méthode proposée dans la Déclaration Finale adoptée à l'issue de la Conférence «Santé et citoyenneté: l'accès aux soins des plus démunis en Europe» (Strasbourg, 8-9 février 1996);
 - à échanger leurs expériences dans ce domaine, notamment avec les pays de l'Europe centrale et orientale;
2. de concevoir pour les pays européens candidats à l'Union Européenne un programme spécial basé sur les mêmes modalités;

III. Au Comité des Régions de l'Union Européenne

de garder à l'esprit la présente Recommandation ainsi que la Résolution 41 (1996) en vue d'envisager, en liaison avec le CPLRE, toute initiative et action utiles dans ce domaine;

IV. A l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe

d'envisager en partenariat avec le CPLRE, une initiative commune d'envergure, à l'aube du troisième millénaire, sur l'«Europe et les politiques de citoyenneté»;

V. Au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe

1. de charger le Comité européen de la santé (CDSP), de prendre en considération les résultats de la conférence de Strasbourg sur la santé et la citoyenneté, dans le cadre de ses travaux sur l'accès aux soins;

2. ask the Committee of Senior Officials in charge of preparing the European Conference of Ministers responsible for Regional Planning to take account of the methodological proposals made by the CLRAE in several of its recent texts (in particular Resolutions 243 (1993), 244 (1993) and 40 (1996), and Recommendation 25 (1996)) and reiterated in this Recommendation, Resolution 41 (1996) and the Opinion of the Chamber of Regions;

3. refer this Recommendation and Resolution 41 (1996) for an opinion to the Steering Committees CDPS and CDSS and for information to the CDDH and CC-HER.

Appendix

Health and citizenship
Care for the poorest in Europe
 Strasbourg, 8-9 February 1996

FINAL DECLARATION

The participants (European and national political figures, mayors, elected representatives of several cities, municipalities and regions of Europe, representatives of associations, experts and European citizens) in the Conference on "Health and Citizenship: Care for the Poorest in Europe", when they met in Strasbourg on 8 and 9 February 1996, on the initiative on the CLRAE,

After examining and discussing the policies on care for the poorest (evaluation of needs, current experiments and prospects) adopted by the following cities and local authorities: Strasbourg and the Bas-Rhin (Lower Rhine) Department (France), Gothenburg (Sweden), London Borough of Newham (United Kingdom), Frankfurt am Main (Germany), Budapest (Hungary), Charleroi (Belgium), Vienna (Austria), Bratislava (Slovakia) and Tirana (Albania),

and after taking part in a Round Table discussion of general conditions for care (citizenship in the service of health) as well as specific conditions (health as a factor in citizenship);

A. NOTE:

In respect of care

1. In all the countries of Europe, at different levels, of course, but always with the same consequences, some individuals, families and population groups are encountering varying degrees of difficulty in gaining access to care systems organised within national health systems. Various obstacles prevent, limit or curb. Most are financial,

2. de demander au Comité de hauts fonctionnaires chargés de préparer la Conférence Européenne des Ministres responsables de l'Aménagement du Territoire, de prendre en considération les propositions méthodologiques formulées par la/le CPLRE dans plusieurs de ses textes récents (notamment dans la Résolution 243 (1993), 244 (1993), 40 (1996), et dans la Recommandation 25 (1996)) et réitérées dans la présente Recommandation, la Résolution 41 (1996) et l'Avis de la Chambre des Régions.

3. de transmettre, pour avis, la présente Recommandation, ainsi que la Résolution 41 (1996) aux Comités Directeurs CDPS et CDSS et, pour information, aux CDDH et CC-HER.

Annexe

Santé et citoyenneté
L'accès aux soins des plus démunis en Europe
 Strasbourg, 8-9 février 1996

DÉCLARATION FINALE

Les participants (personnalités politiques européennes et nationales, maires, élus de plusieurs villes, communes et régions d'Europe, délégués d'associations, experts et citoyens européens) à la Conférence « Santé et citoyenneté: l'accès aux soins des plus démunis en Europe », réunis à Strasbourg les 8 et 9 février 1996, à l'initiative du CPLRE,

Après avoir examiné et discuté les politiques menées dans le domaine de l'accès aux soins des plus démunis (évaluation des besoins, expériences en cours et perspectives) des villes et collectivités locales suivantes: Strasbourg et Bas-Rhin (France), Göteborg (Suède), London Borough of Newham (Royaume-Uni), Francfort-sur-le-Main (Allemagne), Budapest (Hongrie), Charleroi (Belgique), Vienne (Autriche), Bratislava (Slovaquie) et Tirana (Albanie),

et après avoir participé à une Table Ronde sur les conditions de caractère général pour l'accès aux soins (la citoyenneté au service de la santé) et les conditions de caractère spécifique (la santé facteur de citoyenneté);

A. CONSTATENT:

En ce qui concerne l'accès aux soins

1. Dans tous les pays européens, certes à des niveaux différents, mais toujours avec les mêmes conséquences, des personnes, des familles et des groupes de population rencontrent des difficultés plus ou moins importantes à accéder aux systèmes de soins organisés dans le cadre du système national de santé. Divers obstacles empêchent,

institutional and cultural, in combinations which vary from one country and one person to another;

2. These difficulties and obstacles constitute a denial of the rights recognised in states' constitutions and legislation and in international Conventions, including the European Social Charter of the Council of Europe¹; they have more serious effects on individuals, families and groups in the categories which are socially and politically weakest and financially and culturally poorest, in a word, the most impoverished and most vulnerable parts of the European population;

3. The inaccessibility of some or all care leads to underutilisation of health services by a not inconsiderable proportion of Europe's population who, in fact, would need these services most; and this may give rise to pathological processes detrimental to the physical or psychological integrity of individuals, families or groups, particularly among those most impoverished;

4. The difficulty which the poorest people in Europe have in obtaining care also reveals the inappropriateness of health systems to the specific problems of the poorest. In practice, while not usually revealing specific pathologies, several surveys and studies carried out recently in several places in Europe have reported above-average mortality and life expectancy several years below the national average among those at the bottom of the social scale, a high morbidity rate, and particularly a resurgence of diseases – such as tuberculosis – thought to have been eradicated, a higher incidence of psychological disorders, persistent fatigue, accelerated physical and mental decline, in short, a quality of life which is also diminished.

In respect of health systems

1. The health deficits of the poorest and the rise in the morbidity rate reveal both the inadequacy of preventive action and – in spite of the series of reforms to which virtually all European countries' health systems have been subjected – their chronic inability to meet the health needs of the most impoverished people in Europe;

2. The general or specific shortcomings of health systems have particularly serious consequences for the most vulnerable groups already facing severe economic and social problems, aggravating their situation and constituting an additional restriction on the normal performance of the activities of every kind which human beings are usually destined to carry out. As a result they make participation in voluntary activities and civic commitment more difficult and impeded the full exercise of citizenship.

1. cf Article 11 – The right to protection of health, and Article 13 – The right to social and medical assistance.

limitent ou retardent l'accès aux soins. Ils sont essentiellement de nature financière, institutionnelle et culturelle et se combinent de façon variable selon les pays et les personnes;

2. Ces difficultés et ces obstacles constituent un déni des droits reconnus dans les constitutions et les législations des Etats ainsi que dans les conventions internationales, notamment dans la Charte Sociale européenne du Conseil de l'Europe;¹ ils frappent plus sévèrement les personnes, familles et groupes qui appartiennent aux couches socialement et politiquement les plus faibles de la société, les plus démunies sur le plan financier et culturel, bref les éléments les plus pauvres et les plus vulnérables de la population européenne;

3. Le nonaccès total ou partiel aux soins se traduit par une sous-utilisation des services de santé par une partie non négligeable de la population européenne, et qui, de fait, en aurait le plus besoin; ceci peut enclencher des processus pathologiques portant atteinte à l'intégrité physique ou psychique de personnes, familles ou groupes, en particulier parmi les plus pauvres;

4. Le difficile accès aux soins des plus démunis en Europe traduit d'autre part l'inadaptation des systèmes de santé aux problèmes spécifiques des plus démunis. En effet, bien qu'en général elles ne révèlent pas de pathologies spécifiques, plusieurs enquêtes et recherches menées récemment dans plusieurs endroits en Europe signalent l'existence d'une mortalité supérieure à la moyenne et d'une espérance de vie inférieure de plusieurs années à la moyenne nationale pour ceux qui se trouvent en bas de l'échelle sociale, une morbidité accrue, avec en particulier la résurgence de maladies – comme la tuberculose – que l'on croyait définitivement vaincues, une incidence supérieure de troubles psychiques, des états de fatigue persistante, une usure accélérée des corps et des esprits, en un mot une qualité de vie également diminuée.

En ce qui concerne les systèmes de santé

1. Les déficits de santé des plus démunis et l'évolution de la morbidité mettent en évidence à la fois l'insuffisance des actions de prévention et – en dépit de réformes successives de la quasi-totalité des systèmes de santé des pays européens – leur incapacité chronique à répondre aux besoins de santé des plus démunis;

2. Les carences générales ou spécifiques des systèmes de santé pèsent avant tout sur les groupes les plus vulnérables déjà confrontés à de graves difficultés économiques et sociales. Elles aggravent leur situation et constituent une entrave supplémentaire à l'exercice normal des activités de toute sorte auxquelles sont généralement appelés les êtres humains. De ce fait, elles rendent plus difficiles vie associative et engagement civique et font obstacle au plein exercice de la citoyenneté.

1. cf. Article 11 – Droit à la protection de la santé et Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale.

In respect of the other factors crucial to health

1. The poor health and difficulties in obtaining care experienced by the most impoverished individuals, families and groups coincide with serious problems in relation to nutrition, housing illiteracy, isolation and unemployment; these deficiencies in the most fundamental areas of life fuel each other and increase each other's effect. As a result neither the removal of obstacles to care, in itself both necessary and urgent, nor the reform of health systems will be able to achieve its purpose, namely an improvement in the health of the poorest people, without the help of other public policies, and especially without an overall, coherent concept of the effort to combat poverty and to prevent poverty from arising;
2. The lack of comprehensive consideration and of a multi-sectoral policy against poverty compromises from the outset efforts to improve the care and health of the poorest. Thus there is a great danger of unsolved social problems being considered medical, and even of the distress stemming from unacceptable living conditions being regarded as a psychiatric problem.

In respect of possible solutions

1. However, the present deterioration is not inevitable. Many initiatives, at national, but more often at regional or local, level – in towns and cities, for example – show that it is possible to curb and remedy the decline in the health of the poorest individuals, families and groups, and even to reverse the multi-factor process of which poor health is but one of in this respect the consequences; a clearly expressed political will in this respect is nonetheless required;
2. An analysis of initiatives of this kind shows the great benefit of neighbourhood services and the vital importance of taking account of the experience and views of impoverished people, of giving them an active part to play – individually, or, better still, in groups – in the preparation, implementation and evaluation of all projects and programmes intended to improve their health, and of promoting their involvement in the voluntary sector, an important element of citizenship. It also reveals the need, for the sake of the completeness of the care process, for long-term back-up, respecting people's privacy and the confidentiality of the relationship;
3. Experience of this kind benefits the whole community, through an improvement in health indicators dragged down by the poor health of the most impoverished, through the savings made thanks to better use of preventive resources and health services, and through the restoration of citizenship to people previously deprived of it by unacceptable living conditions. After due evaluation, such experience could be exchanged among towns, cities and local and regional authorities facing the same problems;
4. This acknowledgement of the dignity of the most impoverished represents a considerable social and moral enrichment for society as a whole. Contributing to this by improving the care and health of the impoverished individuals, families and groups is, for all concerned –

En ce qui concerne les autres déterminants de la santé

1. La mauvaise santé et les difficultés d'accès aux soins des personnes, familles et groupes les plus pauvres coexistent avec de sérieux problèmes en matière de nutrition, de logement, d'illettrisme, d'isolement, de chômage; ces carences dans les domaines les plus fondamentaux de l'existence s'entrelient et se potentialisent mutuellement. Il en résulte que ni la levée des obstacles à l'accès aux soins, en soi nécessaire et urgente, ni la réforme des systèmes de santé, ne pourront atteindre leurs buts, à savoir l'amélioration de la santé des plus démunis, sans le concours des autres politiques publiques et notamment sans une conception d'ensemble et cohérente de la lutte contre la pauvreté et de sa prévention;
2. L'absence d'une réflexion globale et d'une politique multisectorielle de lutte contre la pauvreté compromet à l'avance les efforts faits pour améliorer l'accès aux soins et la santé des plus démunis. Le danger est alors grand de médicaliser les problèmes sociaux non résolus, voire de psychiatriser le mal-être résultant de conditions de vie inacceptables.

En ce qui concerne les éléments de solution

1. Cependant, l'évolution péjorative actuelle n'est pas inéluctable. De nombreuses initiatives nationales, mais plus souvent régionales ou locales – au niveau des villes par exemple – montrent qu'il est possible de freiner la dégradation de la santé des personnes, familles et groupes les plus démunis, d'y porter remède et même d'inverser le processus multifactoriel dont la mauvaise santé n'est qu'une des conséquences; il y faut toutefois une volonté politique clairement affichée;
2. L'analyse de telles initiatives montre le grand intérêt des services de proximité et l'extrême importance de prendre en compte le vécu et la parole des gens en situation de pauvreté, de les faire participer activement – individuellement, ou mieux, en groupe – à l'élaboration, l'exécution et l'évaluation de tout projet ou programme visant à améliorer leur santé, de favoriser leur vie associative, élément important de la citoyenneté. Elle révèle également la nécessité, pour aller jusqu'au bout du processus de soins, d'un accompagnement durable, respectueux de la vie privée des personnes et de la confidentialité de la relation;
3. De telles expériences bénéficient à l'ensemble de la collectivité, par l'amélioration des indicateurs de santé tirés vers le bas par la mauvaise santé des plus pauvres, par les économies réalisées en faisant meilleur usage des moyens de prévention et des services de santé, et par la restitution de leur citoyenneté à ceux que des conditions de vie inacceptables en avaient dépouillés. Dûment évaluées, ces expériences pourraient être échangées entre villes et collectivités territoriales confrontées aux mêmes problèmes;
4. Reconnaître ainsi la dignité des plus pauvres représente un enrichissement social et moral considérable pour la société tout entière. Y contribuer en améliorant l'accès aux soins et la santé des personnes, familles et groupes les plus pauvres est pour tous – responsables

those who bear political responsibility, health and social service managers and staff, associations, NGOs, and volunteers – both a civic duty and an ethical necessity.

B. DECLARE:

1. That states bear primary responsibility for ensuring that care is available to the whole population, including and especially the poorest citizens; that the state of health of the whole population is improved, including and especially the most disadvantaged categories; that a balanced health policy, is pursued, in spite of financial, economic, technological, environmental and other constraints, both at the local and regional level and in terms of all the health needs of all citizens, including the most impoverished;

2. That local and regional authorities¹ bear responsibility for closely monitoring (in application of the proximity principle) changes in citizens' state of health; drawing attention to deficiencies in health systems; for introducing, with the help of national authorities, innovations in order better to meet the health needs of all groups of the population; for publicising such innovations to promote exchanges of experience between authorities faced with the same problems;

3. That although local and regional elected representatives bear political responsibility for the state of health of all citizens, particularly the most impoverished, their actual powers in respect of planning, implementation and management are very often residual; in consequence, states must not devolve their responsibilities to municipalities, particularly to large towns and cities, and rely on local elected representatives' sense of responsibility and commitment, without sharing the financial burden and the formulating of health policies on an appropriate basis and in accordance with the principles of territorial and personal fairness; this equally applies to all public policies, particularly those that most affect people's health, and especially that of the poorest;

4. That the development of a health system must be guided by a policy that might well list its way if it is not constantly related to people's living conditions; on the other hand, health policy is at its most meaningful if it works with other public policies;

5. That the dovetailing of public policies and their integration, both vertically (municipalities, regions and central government) and horizontally between citizens, can only come about through the establishment on the ground networks of activities operating from the bottom up and spreading horizontally on a federal basis. A local and regional dimension and multi-sectoral participation are the two key preconditions for the integration, co-ordination and coherence of public policies;

6. That such an approach offers an important role to citizens, associations, NGOs, the voluntary movement

politiques, administrateurs et professionnels des services sanitaires et sociaux, associations, ONG, et aussi bénévoles – une responsabilité civique en même temps qu'une exigence éthique.

B. DÉCLARENT:

1. qu'il appartient en tout premier lieu aux Etats d'assurer l'accès aux soins de toute la population, y compris et surtout des citoyens les plus démunis; l'amélioration de l'état de santé de toute la population, y compris et surtout des couches les plus défavorisées; une politique de santé équilibrée, en dépit des contraintes financières, économiques, technologiques, environnementales, etc., tant sur le plan territorial qu'en ce qui concerne l'ensemble des besoins sanitaires de tous les citoyens, y compris les plus pauvres;

2. qu'il appartient aux autorités locales et régionales¹ de suivre de près (selon l'application du principe de proximité) l'évolution de l'état de santé des citoyens; de signaler les carences des systèmes de santé; de mettre en œuvre, avec l'aide des autorités étatiques, des actions novatrices pour mieux répondre aux besoins de santé de tous les groupes de la population; de les faire connaître pour favoriser l'échange d'expériences entre collectivités confrontées aux mêmes problèmes;

3. que si la responsabilité politique des élus locaux et régionaux est engagée en ce qui concerne l'état de santé de tous les citoyens et notamment des plus pauvres, leurs compétences réelles sur le plan de la conception, de la mise en œuvre et de la gestion sont très souvent résiduelles; par conséquent, les Etats ne doivent pas se décharger sur les municipalités, notamment celles des grandes villes, en se reposant sur la responsabilité et l'engagement des élus locaux, sans partager convenablement, et selon des critères d'équité territoriale et individuelle, le fardeau financier mais aussi la conception des politiques sanitaires; ceci vaut également pour l'ensemble des politiques publiques, notamment celles qui conditionnent le plus l'état de santé des populations, en particulier des plus démunies;

4. que l'évolution d'un système de santé doit être pilotée par une politique qui risque de perdre son orientation si elle n'est pas constamment en prise avec les conditions de vie de la population; par contre la politique de santé prend tout son sens quand elle opère en liaison étroite avec les autres politiques publiques;

5. que l'articulation des politiques publiques, leur intégration tant verticale (communes, régions, état) qu'horizontale entre les citoyens ne peut venir que de la mise en réseaux sur les territoires d'une pluralité d'actions partant de la base vers le haut et s'étendant horizontalement selon un principe fédératif. La dimension territoriale et la participation multisectorielle sont les deux conditions essentielles de l'intégration, de la coordination et de la cohérence des politiques publiques;

6. qu'une telle approche offre un espace important aux citoyens, aux associations, aux ONG, au volontariat,

1. cf. the European Charter of Local Self-Government.

1. cf. la Charte européenne de l'autonomie locale.

and all others who defend the most vulnerable and poorest of our fellow citizens. This enables the latter to be included, as partners, in the very formulation of public policies and in monitoring and evaluating them;

7. That an effort must be made to devise local, regional and, finally, national health plans, drawn up according to this pluralist, partnership-based and inter-linked approach, based on opportunities to express, listen to and exchange views and on decentralised information, education, discussion and consultation structures of varying degrees of formality, responsible for assessing progress and making proposals;

8. That any medium or long-term "project" is an ongoing matter of general civic responsibility, enabling a distinction and links to be made between short-term solutions (urgent responses to urgent situations) and medium and long-term solutions (development projects). The solution of health and social problems depends on "acting together", and if this puts an end to rigid structures and ineffective processes, if it encourages initiative and innovation, especially involving the poorest, if it means "acting politically" it can redress the exclusion of a growing number of our fellow citizens.¹

C. RECOMMEND:

1. That states introduce integrated policies which, taking into account the health needs of the poorest individuals, families and groups as expressed by them, will improve their health through co-operation with them and thereby foster their integration or reintegration into society; and make the necessary resources available to the local and regional authorities, bodies, associations, etc, working to this end;

2. That towns, cities and regions continue and intensify their efforts, through such means as purposeful and innovative activities, particularly in the health and social fields, to promote citizenship for all;

3. That faculties of medicine, health and social work training establishments and further education institutions continue to prepare students and staff to place their activities in their actual socio-economic context, lend an ear to the views and experience of the poorest individuals, families and groups and voice these on their behalf; administrative staff and politicians must also benefit from training in how to work with people in situations of extreme poverty, excluded from society;

4. That the CLRAE encourage exchanges of experience between towns and cities following this path, but also involving other European towns and cities, since all now have a role to play in the health of the most

1. cf Resolution 243 on "Citizenship and Extreme Poverty: the Charleroi Declaration", adopted by the CLRAE at the end of the Conference on "European Municipalities and Democracy: the Exclusion of Poverty through Citizenship" (Charleroi, 5-7 February 1992).

à tous ceux qui défendent les plus vulnérables et les plus démunis de nos concitoyens. De ce fait ceux-ci peuvent être intégrés, en qualité de partenaires, dans la conception même des politiques publiques, dans leur suivi et dans leur évaluation;

7. qu'il faut s'efforcer de concevoir des plans sanitaires locaux, régionaux et finalement nationaux, élaborés selon cette méthode pluraliste, partenariale et articulée, s'appuyant sur des lieux de parole, d'écoute et de dialogue et des structures d'information, de formation, de réflexion et de concertation décentralisées, plus ou moins formalisées, avec une tâche d'évaluation et de proposition;

8. que tout «projet» à moyen et à long terme est une tâche permanente de responsabilité civique générale, qui permet de faire la distinction et l'articulation entre solutions à court terme (réponses d'urgence à des situations urgentes) et à moyen et long terme (projets de développement). La solution des problèmes sanitaires et sociaux passe par un «agir ensemble» qui, s'il met un terme aux structures figées et aux processus inefficaces, s'il encourage initiatives et innovation, en particulier avec les plus démunis, s'il devient «agir politique», peut porter remède à l'exclusion d'un nombre croissant de nos concitoyens.¹

C. RECOMMANDENT:

1. aux Etats, de mettre en place des politiques intégrées qui, prenant en compte les besoins de santé des personnes, familles et groupes les plus démunis tels qu'exprimés par eux, améliorent avec eux leur santé et facilitent, de ce fait, leur insertion ou leur réinsertion sociale; de mettre les ressources nécessaires à la disposition des différents échelons territoriaux, organismes, associations, qui œuvrent dans ce sens;

2. aux Villes et Régions, de poursuivre et d'intensifier leurs efforts en vue de promouvoir, y compris par des actions volontaristes et novatrices, particulièrement dans les domaines sanitaires et sociaux, la citoyenneté de tous;

3. aux Facultés de médecine, aux écoles de travailleurs sanitaires et sociaux, aux Instituts de formation continue de préparer étudiants et professionnels à situer leurs activités dans le contexte socio-économique où elles se déroulent, à être à l'écoute de la parole et du vécu des personnes, familles et groupes les plus démunis, à devenir leurs avocats; administratifs et politiques doivent aussi bénéficier d'une formation au travail avec ceux qui vivent en situation de grande pauvreté, d'exclusion sociale;

4. au CPLRE, de favoriser les échanges d'expériences entre les villes engagées dans cette voie, mais aussi vers les autres villes européennes, puisque toutes sont désormais concernées par la santé des plus pauvres; et de les

1. cf. la Résolution 243 sur «Citoyenneté et grande pauvreté: la Déclaration de Charleroi», adoptée par la CPLRE en 1993 à la suite de la Conférence sur «Communes européennes et démocratie: exclure la pauvreté par la citoyenneté» (Charleroi, 5-7 février 1992).

impoverished ; and continue such exchanges, broadening its discussions and its commitment to the poorest ;

5. That the Council of Europe, as the guarantor of human rights, seek to bind ever more closely during its activity respect for human dignity and the fundamental rights (work, housing and health) without which there can be no true citizenship ; and encourage, by appropriate means, an ever closer partnership between its members as part of a process of international solidarity with the countries where citizens are most affected by poverty.

poursuivre en élargissant sa réflexion et son engagement envers les plus démunis ;

5. au Conseil de l'Europe, en sa qualité de garant des Droits de l'Homme, de lier toujours plus étroitement, dans son action, le respect de la dignité de tous les hommes avec les droits fondamentaux (travail, logement, santé) sans lesquels il n'y a pas de véritable citoyenneté ; et de favoriser, par les moyens adéquats, un partenariat de plus en plus étroit entre ses membres dans une démarche de solidarité internationale au profit des pays les plus touchés par la pauvreté de leurs citoyens.