

TALSMANDENS GRUPPE
SPRECHERGRUPPE
SPOKESMAN'S GROUP
GROUPE DU PORTE-PAROLE
GRUPPO DEL PORTAVOCE
BUREAU VAN DE WOORDVOERDER

INFORMATION
INFORMATISCHE AUFZEICHNUNG
INFORMATION MEMO

NOTE D'INFORMATION
NOTA D'INFORMAZIONE
TER DOCUMENTIE

Brussels, November 1978

HEALTH CARE IN THE MEMBER STATES

The Commission has submitted to the Council of Ministers a series of studies on various aspects of health care in the Community. These working documents drawn up partly by the Commission services and partly by independent experts should serve as a basis for discussions at the meeting of the Health Committee on 16 November 1978. The documents have been produced at the request of the first meeting of the Health Committee on 13 December 1977.

The reports refer to the following subjects:

- The cost of health care in the Member States.
- A comparative study of hospital costs which is a model study not intended to produce conclusions.
- Pharmaceutical consumption, including both the cost and the health aspects.
- The use of drugs, particularly in sport.
- A summary of policies in the Member States in the area of protection and immunization against contagious diseases.
- Information policy in relation to foodstuffs and the misuse of tobacco.

At the same time the Commission services are drawing up a list of the means and possibilities of medical help in cases of disaster within the Community - with a view to possible future agreements between the Member States concerning mutual assistance in the case of disasters and epidemics.

I. PHARMACEUTICAL CONSUMPTION

In all the Member States, the cost of pharmaceutical consumption increased in real terms from 1966 to 1975. This is shown in a study produced by experts at the Commission's request.

The share of pharmaceutical consumption (including tax) in the national income has during this period increased slightly in most countries, has hardly changed at all in some others and has even fallen slightly in the United Kingdom. In all the countries for which statistics are available there is a reduction in pharmaceutical consumption expressed as a percentage of total expenditure on health care. (See in each case the tables in the Annex.)

Expert analysis of the policies pursued by the Member States and their effects do not lead to any precise conclusions concerning the influence of these policies on the cost of pharmaceutical consumption in each of the countries concerned.

Nevertheless it appears that in the pharmaceutical sector the measures taken are based on two different considerations. First of all the concern for public health which plays a major part at various levels in an effort to ensure the quality, effectiveness and safety of the products etc. Then the burden of the cost of pharmaceutical consumption is a subject of concern as regards the portion of this cost borne by the public authorities. An examination of the policies pursued over a ten-year period (1966-1975) shows that the Member States have attempted to exert some influence on prices and the volume of products which together make up the cost. Most of the countries have introduced measures aimed to bring consumption into line with patients' requirements (restrictions on the length of treatment or the possibility of renewing prescriptions). Nevertheless, the experts consider that controls on prescriptions represent a problem which has not been satisfactorily solved. Many drugs prescribed are not used, but any solution involving restrictions on drugs which can be prescribed is regarded as an attack on individual liberty and needs delicate handling. Consequently the problem is political as well as technical.

The studies carried out by the Commission on the organization, financing and cost of health care which have not yet reached final conclusions show that in percentage terms health care has increased considerably since 1966 in all the Member States of the Community (see Table).

I. Annexe 1

Estimation de la consommation totale de produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance (taxes comprises), en pourcentage des estimations du coût total des services sanitaires (1) (taxes comprises) - C.F.E. 1955 - 1975

Pourcentage

	Danemark	République Fédérale d'Allemagne	France	Italie(2,3)	Luxembourg(2)	Pays-Bas(4)	Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles uniquement)
1956	12.6	14.3	24.3	51.1	39.2	-	12.4
1957	12.9	-	24.5	49.4	39.6	-	12.3
1968	12.8	15.6	24.8	49.7	39.8	-	12.0
1969	12.5	-	24.2	47.4	40.1	-	12.1
1970	12.0	16.0	24.3	42.6	34.7	(11.0)	11.8
1971	12.0	-	24.4	39.9	38.1	-	11.8
1972	11.8	14.9	23.8	37.8	36.6	(11.0)	12.0
1973	10.9	-	22.7	38.6	36.0	(10.6)	11.8
1974	10.4	13.9	21.8	28.9	34.2	(9.9)	10.9
1975	10.6	13.3	21.0	34.5	26.1	(9.7)	10.5

(1) à l'exclusion des produits fabriqués par les pharmaciens

(2) y compris les coûts des services pharmaceutiques des hôpitaux, en tout ou en partie

(3) comprend uniquement les produits agréés pour ce qui est des médicaments obtenus sans ordonnance

(4) non compris les médicaments prescrits à l'hôpital.

Estimation de la consommation totale de produits pharmaceutiques (taxes comprises) - C.F.P. 1966 - 1976

Millions d'unités de monnaie

	Belgique (1)	Danemark	République Fédérale d'Allemagne	France	Italie (2,3)	Luxembourg (2)	Fays-Bas (1)	Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles uniquement) (4)
	FB	Cour. Dan.	D.M.	F.F.	Lires	Flux.	Flor.	£
1966	10016	498	5360	8103	663592	341	-	236
1967	10659	582	-	9052	74349	380	-	253
1968	12704	667	6860	9780	827034	340	600	268
1969	14358	758	-	11547	890209	484	-	295
1970	15809	841	8500	13229	1000339	523	800	319
1971	17468	958	-	14969	1140099	592	-	356
1972	18122	1101	10740	16549	1282433	634	1200	397
1973	22188	1157	-	18444	1573222	701	1300	445
1974	24770	1359	13381	20743	1700543	773	1700	516
1975	28152	1539	14570	24615	2103500	861	1900	650

En pourcentage de produit national brut

1966	1.10	0.59	1.09	1.52	1.72	0.96	-	0.78
1967	1.09	0.63	-	1.58	1.77	1.06	-	0.79
1968	1.21	0.66	1.27	1.55	1.75	1.10	(0,63)	0.78
1969	1.24	0.66	-	1.60	1.71	1.07	-	0.81
1970	1.22	0.65	1.24	1.64	1.72	0.98	(0,70)	0.79
1971	1.23	0.68	-	1.67	1.80	1.09	-	0.78
1972	1.15	0.69	1.29	1.65	1.85	1.04	(0,82)	0.77
1973	1.24	0.64	-	1.61	1.91	0.95	(0,77)	0.74
1974	1.18	0.67	1.34	1.57	1.72	0.89	(0,82)	0.72
1975	1.21	0.68	1.40	1.70	1.89	1.03	(0,80)	0.75

(1) à l'exclusion des produits fabriqués par les pharmaciens

(2) y compris les coûts des services pharmaceutiques des hôpitaux, en tout ou en partie

(3) comprend uniquement les produits agréés pour ce qui est des médicaments obtenus sans ordonnance

(4) comprend uniquement les médicaments prescrits en dehors des hôpitaux.

II. INFORMATION CONCERNING NUTRITION AND TOBACCO ABUSE

In the course of this year the governments of the Member States completed Commission questionnaires concerning the provision of health information in respect of nutrition and tobacco abuse. From these questionnaires the following data and conclusions emerged:

- all Member States have made attempts to include education on nutrition in basic education; nevertheless it seems that school-going children should receive more extensive education on this subject;
- since nutrition is important as regards the occurrence of cardiac and vascular disorders, it is considered regrettable that not all general practitioners in the Community receive extensive training in the field of food information;
- the training of social workers is considered to be insufficient except in the Netherlands;
- all countries attach great importance to nutritional information for pregnant women;
- one or more specialized dieticians should be attached to each hospital;
- Community support for the numerous national initiatives in the field of health information would increase the efficacy thereof.

Tobacco abuse

In all Member States legal provisions exist whereby smoking in public places, schools, trains and buses, hospitals and the like is either forbidden or restricted. Initially these measures were taken for safety reasons; it is only in the last three or four years that more stringent provisions have entered into force in order to protect public health.

The obligation on tobacco manufacturers to include a health hazard warning on their products has become more widespread in the Community, but the print in which these warnings are given is too small and the information in respect of the most dangerous properties of specific cigarettes (high nicotine content, lack of filter, etc.) is inadequate.

Television advertisements for tobacco products are gradually disappearing but they still continue to be shown in cinemas. There are few or no provisions governing billboard notices; magazines should be prohibited from carrying advertisements for tobacco products.

Although all Member States do have information programmes discouraging smoking, these programmes do not devote sufficient attention to pregnant women.

Despite all the information programmes, no really considerable reduction of smoking is discernible. Among women there has been a slight increase in the use of tobacco products; among young people it remains constant, and in the case of men there has been a tendency to cut down.

In France, and particularly in the United Kingdom, research is being carried out on the real reasons for addiction. Joint and coordinated research at European level would be desirable.

III. SMOKING ON THE WANE ONLY IN FRANCE AND IN THE UNITED KINGDOM

Despite all the anti-smoking publicity in the Community there has not been a widespread tendency to cut down on smoking. A fairly general trend is that the use of tobacco is decreasing slightly among men, increasing among women and remaining stable in the case of young people.

France and the United Kingdom are exceptions. In France, the publicity campaign has brought about a reduction of 3% in the number of smokers; the use of tobacco decreased by 15% in the case of adults and by 16% in the case of young people. For the first time in a decade the sale of tobacco products has dropped by 1.9%. In the early seventies 43-44% of the adult population of France were smokers; in October 1977 the figure had dropped to 40%.

In the United Kingdom, the total sales of cigarettes dropped from 137 000 million in 1974 to 124 200 million in 1977. The number of smokers dropped from 19 500 000 in 1974 to 18 200 000 in 1976. Smokers in the United Kingdom show an ever-increasing concern about the tar content of cigarettes. According to government statistics the average tar content of cigarettes dropped from 20.8 mg per cigarette in 1972 to 16.1 mg in 1977.

In the Federal Republic of Germany the use of tobacco reflects the general picture. Between 1973 and 1976 the youngest and oldest age groups showed a slight decrease in the number of habitual smokers; the middle age group, however, showed a slight increase. Since the excise duty on cigarettes was increased there has been a marked rise in the use of shag tobacco.

In Denmark the use of tobacco has remained constant for the last twenty-five years. An ever greater share of tobacco consumption is accounted for by cigarette smoking. The percentage of men who smoke is gradually dropping but the number of women who smoke is increasing at the same rate. The number of heavy smokers is increasing rapidly. Only among boys of 15-19 there has been a marked decline in smoking; strangely enough this tendency is not discernible in the case of girls in the same age group.

In Denmark it has also been established that the greatest number of deaths due to lung cancer occur in the area around the capital. The next highest number occur in the provincial towns and the lowest in rural areas. This distribution coincides exactly with the geographical breakdown of smoking habits.

In the Netherlands, the consumption of tobacco in 1976 dropped slightly in comparison with the consumption in 1975, probably as a result of the anti-smoking campaign on television. In 1977, however, the use of cigarettes increased again. There has been no appreciable decrease in the total number of smokers. From the available statistical data it emerges that smokers are consuming ever greater quantities.

From Ireland it is reported that the total quantity of tobacco available for consumption in that country fell from 14 070 million lb in 1975 to 12 620 million lb in 1977. It is also stated that it is difficult to draw conclusions from the available data.

In Italy no statistics on smoking are yet to hand and in Luxembourg the anti-smoking publicity campaign has not been running long enough for any conclusions to be drawn. As regards the latter country, moreover, the pattern of consumption is distorted as a result of the fact that foreigners, especially inhabitants of frontier areas, buy vast quantities of tobacco products in Luxembourg in order to profit from the low excise duties there.

IV. PROTECTION AND VACCINATION AGAINST TRANSMISSIBLE DISEASES

The free movement of persons in the Community, the ever increasing mobility on the part of nationals of non-member countries, and mobility due to tourism call for concerted and uniform measures to ensure effective health controls at Community level. These include the prevention of transmissible diseases and harmonization of vaccination regulations and vaccination programmes, which are at present far from uniform in the Member States.

The following important conclusions emerge from a Commission investigation into the policy being pursued by Member States concerning vaccination and protection against transmissible diseases:

The present compulsory nature of smallpox vaccination should be reconsidered in all Member States in view of the fact that smallpox, for the time being at least, has been eradicated. Vaccine stocks should be maintained; the strains still available in some laboratories should be destroyed, or at any rate their number kept as few as possible.

The spread of rabies presents a serious problem which needs to be investigated in collaboration with veterinary surgeons in particular.

The question of vaccine standardization is by no means straightforward; it is necessary to lay down control procedures, standards and regulations in order to enable vaccine strains to circulate freely in the Member States of the European Community. An attempt must be made to harmonize the immunological controls - likewise a complex problem.

There seems to be a distinct possibility of complications following whooping cough vaccination. It is necessary to look closely into the advisability of carrying out this vaccination on a routine basis. On the other hand it is recognized that the incidence of whooping cough would increase significantly if this vaccination were phased out. It is not yet possible to adopt a definitive position in view of the seriousness of this disease in babies and infants.

In general, poliomyelitis vaccine is tolerated very well; as a result of this vaccine poliomyelitis has been virtually eliminated.

The measures taken as regards vaccination of girls and seronegative women against rubella must be continued.

V. THE FIGHT AGAINST DRUG-TAKING

In 1967 The Council of Europe adopted a Resolution inviting Member States to take measures to prevent the taking of drugs by athletes but the action taken to comply with this Resolution is insufficient. This conclusion is set out in a working document in which the competent Departments of the Commission report on an investigation into the policy being pursued in the Community to prevent the taking of drugs.

According to information available to the Commission, three Member States namely, Belgium, France and Italy, have adopted a law against the taking of drugs. This legislation is aimed solely at drug taking by competitors in sporting events. In the Federal Republic of Germany and in the Grand Duchy of Luxembourg the sports associations have issued directives concerning the taking of drugs.

For the purposes of the working document, drug-taking means the use of any product intended to increase the performance of an individual but liable to damage his health. The report recommends that within the European Community measures should be planned with a view to improving collaboration and the exchange of information between the responsible authorities of the Member States.

TALSMANDENS GRUPPE
SPRECHERGRUPPE
SPOKESMAN'S GROUP
GROUPE DU PORTE-PAROLE
GRUPPO DEL PORTAVOCE
BUREAU VAN DE WOORDVOERDER

INFORMATION
INFORMATORIZIONE
INFORMATION MEMO

NOTE D'INFORMATION
NOTA D'INFORMAZIONE
TER DOCUMENTIE

Bruxelles, novembre 1978

LES SOINS DE SANTE DANS LA COMMUNAUTE

La Commission a transmis au Conseil de Ministres une série d'études consacrées à divers aspects de la santé dans la Communauté. Ces documents de travail, élaborés en partie par les services de la Commission et en partie par des experts indépendants, pourront servir de base de discussion au Conseil des Ministres de la Santé du 16 novembre 1978. C'est à la demande du premier Conseil des Ministres de la Santé, qui s'est tenu le 13 décembre 1977, que les documents en question ont été préparés.

Les rapports traitent des sujets suivants :

- Coût des soins de santé dans les Etats membres.
- Etude comparative des frais hospitaliers; il s'agit d'une étude qui se contente de donner des exemples, sans tirer de conclusions.
- Consommation des produits pharmaceutiques (aspects financiers et sanitaires).
- Recours au dopage, surtout dans le domaine du sport.
- Inventaire de la politique suivie par les Etats membres en matière de protection et de vaccination contre les maladies transmissibles.
- Information en matière d'alimentation et d'abus du tabac.

Les services de la Commission préparent en outre un inventaire des moyens et des possibilités d'organiser une assistance médicale en cas de catastrophe dans la Communauté - et cela compte tenu des accords d'assistance réciproque qui pourraient être conclus entre les Etats membres en cas de catastrophe ou d'épidémie.

Vous trouverez un résumé de ces documents dans les annexes à la présente note.

I . LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

Dans tous les pays membres, le coût de la consommation pharmaceutique a augmenté en termes absolus de 1966 à 1975. Ceci ressort de l'étude établie par des experts à la demande de la Commission.

La part de la consommation pharmaceutique (taxes comprises) dans le revenu national a, au cours de ces deux périodes, augmenté légèrement dans la plupart des pays, peu évolué dans certains autres et même légèrement diminué au Royaume-Uni. Dans tous les pays pour lesquels on dispose de statistiques, il y a diminution de la consommation pharmaceutique exprimée en pourcentage des dépenses totales des soins de santé. (Voir pour toutes ces constatations les tableaux en annexe).

L'analyse des experts des politiques menées par les Etats membres et de leurs effets ne permet pas de dégager de conclusions précises quant à l'influence de ces politiques sur les coûts de la consommation pharmaceutique dans chacun de ces Etats.

Il apparaît néanmoins que dans le domaine pharmaceutique, les mesures prises sont inspirées par deux préoccupations différentes. Les préoccupations sanitaires jouent, tout d'abord, à plusieurs niveaux assurant la qualité, l'efficacité et la sécurité des produits, etc. Ensuite le poids du coût de la consommation pharmaceutique est, en ce qui concerne la partie prise en charge par la collectivité, un sujet de préoccupation. Un examen de la politique menée pendant dix ans (1966-75) montre que les Etats membres ont essayé d'intervenir sur les prix et le volume, ceux-ci composant le coût. La plupart des pays ont pris des mesures visant l'adéquation de la consommation aux besoins des patients (limitation de la durée du traitement ou des possibilités de renouvellement). Toutefois les experts estiment que la prescription et son contrôle posent un problème qui est mal résolu. De nombreux médicaments prescrits ne sont pas utilisés, mais toute solution limitant la possibilité des prescriptions est ressentie comme une atteinte à la liberté individuelle et rend nécessaire un contrôle délicat. Le problème est, dès lors, politique autant que technique.

Il ressort des études des services de la Commission sur l'organisation, le financement et le coût des soins sanitaires - études qui d'ailleurs n'aboutissent pas à des conclusions - que le pourcentage des soins sanitaires dans tous les pays-membres de la Communauté a augmenté considérablement depuis 1966 (voir tableau).

I. Annexe 1

Estimation de la consommation totale de produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance (taxes comprises), en pourcentage des estimations du coût total des services sanitaires (1) (taxes comprises) - C.F.E. 1955 - 1975

Pourcentage

	Danemark	République Fédérale d'Allemagne	France	Italie(2,3)	Luxembourg(2)	Pays-Bas(4)	Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles uniquement)
1956	12.6	14.3	24.3	51.1	39.2	-	12.4
1957	12.9	-	24.5	49.4	39.6	-	12.3
1968	12.8	15.6	24.8	49.7	39.8	-	12.0
1969	12.5	-	24.2	47.4	40.1	-	12.1
1970	12.0	16.0	24.3	42.6	34.7	(11.0)	11.8
1971	12.0	-	24.4	39.9	38.1	-	11.8
1972	11.8	14.9	23.8	37.8	36.6	(11.0)	12.0
1973	10.9	-	22.7	38.6	36.0	(10.6)	11.8
1974	10.4	13.9	21.8	28.9	34.2	(9.9)	10.9
1975	10.6	13.3	21.0	34.5	26.1	(9.7)	10.5

(1) à l'exclusion des produits fabriqués par les pharmaciens

(2) y compris les coûts des services pharmaceutiques des hôpitaux, en tout ou en partie

(3) comprend uniquement les produits agréés pour ce qui est des médicaments obtenus sans ordonnance

(4) non compris les médicaments prescrits à l'hôpital.

Estimation de la consommation totale de produits pharmaceutiques (taxes comprises) - C.F.P. 1966 - 1976

Millions d'unités de monnaie

	Belgique (1)	Danemark	République Fédérale d'Allemagne	France	Italie (2,3)	Luxembourg (2)	Fays-Bas (1)	Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles uniquement) (4)
	FB	Cour. Dan.	D.M.	F.F.	Lires	Flux.	Flor.	£
1966	10016	498	5360	8103	663592	341	-	236
1967	10659	582	-	9052	74349	380	-	253
1968	12704	667	6860	9780	827034	340	600	268
1969	14358	758	-	11547	890209	484	-	295
1970	15809	841	8500	13229	1000339	523	800	319
1971	17468	958	-	14969	1140099	592	-	356
1972	18122	1101	10740	16549	1282433	634	1200	397
1973	22188	1157	-	18444	1573222	701	1300	445
1974	24770	1359	13381	20743	1700543	773	1700	516
1975	28152	1539	14570	24618	2103500	861	1900	650

En pourcentage de produit national brut

1966	1.10	0.59	1.09	1.52	1.72	0.96	-	0.78
1967	1.09	0.63	-	1.58	1.77	1.06	-	0.79
1968	1.21	0.66	1.27	1.55	1.75	1.10	(0,63)	0.78
1969	1.24	0.66	-	1.60	1.71	1.07	-	0.81
1970	1.22	0.65	1.24	1.64	1.72	0.98	(0,70)	0.79
1971	1.23	0.68	-	1.67	1.80	1.09	-	0.78
1972	1.15	0.69	1.29	1.65	1.85	1.04	(0,82)	0.77
1973	1.24	0.64	-	1.61	1.91	0.95	(0,77)	0.74
1974	1.18	0.67	1.34	1.57	1.72	0.89	(0,82)	0.72
1975	1.21	0.68	1.40	1.70	1.89	1.03	(0,80)	0.75

(1) à l'exclusion des produits fabriqués par les pharmaciens.

(2) y compris les coûts des services pharmaceutiques des hôpitaux, en tout ou en partie.

(3) comprend uniquement les produits agréés pour ce qui est des médicaments obtenus sans ordonnance.

(4) comprend uniquement les médicaments prescrits en dehors des hôpitaux.

5

I. ANNEXE 3

SOINS DE SANTÉ EN % du P.N.B.

	Belgique	Danemark	R.F. Allemagne	France	Irlande	Italie	Luxembourg	Pays-Bas	Royaume-Uni
1966	4,5 (*)	3,8	4,8	5,1	3,6	3,2	2,1	5,3 (**)	4,3
1975	6,2	6,1	8,0	6,7	6,6	5,2	3,5	8,6	5,4
évolution (indice) :	137,77 (3 ans)	160,52 (10 ans)	165,66 (10 ans)	231,37 (10 ans)	183,33 (10 ans)	162,50 (10 ans)	166,66 (10 ans)	162,66 (8 ans)	125,58 (10 ans)
taux de croissance annuel	11,2	4,8	5,2	2,8	6,3	4,5	5,2	6,3	2,3
croissance en valeur absolue	1,7	2,3	3,2	1,6	3,0	2,0	1,4	3,3	1,1

(*) chiffres pour 1973.

(**) chiffres pour 1968.

II INFORMATION ALIMENTATION ET ABUS DU TABAC

Cette année, à la demande de la Commission, les gouvernements des Etats membres ont rempli des questionnaires relatifs à l'information en matière d'alimentation et d'abus du tabac. Cette initiative a permis de réunir les renseignements ci-après et d'en tirer les conclusions suivantes :

- Tous les Etats membres s'efforcent d'organiser une information alimentation dans l'enseignement primaire; il semble néanmoins que les écoliers devraient recevoir en la matière un enseignement plus important.
- Etant donné que l'alimentation peut avoir des effets sur l'apparition de maladies cardiaques et vasculaires, il est dommage que tous les médecins (de famille) de la Communauté ne bénéficient pas d'une formation très étendue dans le domaine de l'alimentation.
- La formation des travailleurs sociaux est considérée comme insuffisante, sauf aux Pays-Bas.
- Tous les pays accordent une attention particulière à l'information en matière d'alimentation de la femme enceinte.
- Tous les hopitaux devraient s'assurer les services d'un ou de plusieurs diététiciens spécialisés.
- Une aide de la Communauté aux nombreuses initiatives nationales dans le domaine de l'information en matière d'alimentation améliorerait l'efficacité de cette information.

Abus du tabac

- Dans tous les Etats membres, il existe des dispositions légales en vue d'interdire ou de limiter l'usage du tabac dans les lieux publics, écoles, trains et bus, hôpitaux, etc. Au début, ces mesures ont surtout été prises en réponse à des considérations de sécurité; c'est au cours des trois ou quatre dernières années seulement que des dispositions plus sévères ont été arrêtées en vue de protéger la santé de la population.
 - L'obligation de mentionner sur l'emballage des paquets de tabac ou de cigarettes le caractère nocif de ce tabac ou de ces cigarettes se généralise dans la Communauté, mais les mises en garde sont imprimées en caractères trop petits et l'information relative aux caractéristiques les plus dangereuses de certaines cigarettes (teneur élevée en nicotine, absence de filtre, etc.) est insuffisante.
 - La publicité pour le tabac disparaît progressivement des écrans de télévision mais non des cinémas. Les dispositions en matière d'affichage sont pratiquement inexistantes. La publicité pour le tabac devrait être interdite dans les journaux.
 - L'information anti-tabac existe dans tous les pays de la Communauté mais nulle part une attention suffisante n'est consacrée aux femmes enceintes.
 - En dépit des actions d'information, nulle part on ne constate une diminution vraiment sensible de l'usage du tabac. La consommation des femmes est même en légère augmentation; chez les jeunes elle reste stable et une tendance à la baisse se manifeste chez les hommes.
 - En France et surtout en Grande-Bretagne, des recherches sont effectuées sur les conséquences de l'usage du tabac et sur les causes profondes de cet esclavage.
- Il serait souhaitable que des enquêtes communes et coordonnées soient effectuées au niveau européen.

III L'USAGE DU TABAC N'EST EN RECUL QU'EN FRANCE ET AU ROYAUME-UNI

En dépit de l'information diffusée dans la Communauté contre l'usage du tabac, il s'en faut de beaucoup qu'une diminution générale de l'usage du tabac puisse être constatée. La tendance générale est que l'usage du tabac diminue chez les hommes, augmente chez les femmes et reste stable chez les jeunes.

La France et le Royaume-Uni constituent des exceptions. En France, la campagne d'information a eu pour effet de diminuer le nombre de fumeurs de 3 %; l'usage du tabac a diminué de 15 % chez les adultes et de 16 % chez les jeunes. Pour la première fois depuis une dizaine d'années, les ventes de produits à base de tabac ont diminué de 1,9 %. Au début des années 70, 43 à 44 % des adultes français fumaient, en octobre 1977 ils n'étaient plus que 40 %.

Au Royaume-Uni, les ventes totales de cigarettes sont passées de 137 milliards en 1974 à 124,2 en 1977. Le nombre de fumeurs est passé de 19,5 millions en 1974 à 18,2 millions en 1976. Les fumeurs prennent de plus en plus conscience au Royaume-Uni de la teneur en goudron de leurs cigarettes. La teneur moyenne en goudron des cigarettes est passée, selon les statistiques officielles, de 20,8 mg par cigarette en 1972 à 16,1 mg en 1977.

En République fédérale d'Allemagne, la situation est conforme à la situation générale. De 1973 à 1976, les groupes d'âge le plus jeune et le plus âgé ont accusé une légère diminution du nombre des fumeurs réguliers mais le groupe d'âge moyen accuse pour sa part un léger accroissement. Depuis l'augmentation des taxes sur les cigarettes, l'usage du tabac à cigarettes a beaucoup augmenté.

Au cours des 25 dernières années, l'usage du tabac est resté constant au Danemark. La consommation de cigarettes prend une part de plus en plus importante dans l'usage du tabac. Le pourcentage des fumeurs masculins baisse lentement mais celui des fumeurs féminins augmente au même rythme. Le nombre de gros fumeurs augmente rapidement. Seuls les jeunes garçons de 15 à 19 ans fument nettement moins mais il est surprenant de ne pas constater une diminution correspondante chez les jeunes filles du même âge.

Au Danemark, on a en outre constaté que c'est dans la région située autour de la capitale que l'on enregistre le nombre le plus élevé de décès par cancer du poumon; c'est ensuite dans les villes de province que l'on relève le plus grand nombre de décès par cancer des poumons, ce nombre étant le plus faible à la campagne : cette répartition correspond à la carte géographique des habitudes en matière de consommation de tabac.

La consommation de tabac aux Pays-Bas a diminué en 1976 par rapport à 1975, vraisemblablement à la suite d'une campagne de dissuasion de la télévision. En 1977, la consommation de cigarettes a toutefois de nouveau augmenté. Le nombre total de fumeurs ne diminue pas sensiblement. Il ressort par contre des données statistiques disponibles que les fumeurs consomment des quantités de tabac de plus en plus grandes.

En Irlande, on a constaté une diminution de la quantité totale de tabac destiné à la consommation : elle est passée de 14,07 millions de livres anglaises en 1975 à 12,62 en 1977. Par ailleurs, il est difficile de tirer des conclusions des statistiques disponibles. En Italie, il n'existe encore aucune statistique dans ce domaine et au Luxembourg la campagne d'information contre le tabac a eu lieu trop récemment pour que l'on puisse en tirer des conclusions. Par ailleurs, l'image que l'on pourrait obtenir de la consommation est faussée par le fait que les étrangers, les habitants des régions frontalières surtout, effectuent des achats de tabac massifs au Luxembourg afin de profiter de la modicité des droits d'accise.

IV. PROTECTION ET VACCINATION CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

La libre circulation des personnes dans la Communauté, la mobilité de plus en plus grande des ressortissants de pays tiers ainsi que celle due au tourisme réclament des mesures concertées et uniformes pour assurer un contrôle sanitaire efficace au niveau communautaire. Ceci vaut pour la prévention des affections transmissibles ainsi que pour l'harmonisation des doctrines et programmes de vaccination qui - à l'heure actuelle - sont loin d'être uniformes dans les Etats membres.

Une enquête effectuée par les services de la Commission concernant la politique des Etats membres de la Communauté en matière de vaccination et de protection contre les maladies transmissibles a permis d'arriver aux conclusions suivantes :

- Le caractère actuellement obligatoire de la vaccination antivariolique devrait être reconsidéré dans tous les Etats membres, compte tenu de l'éradication actuelle ou provisoire de la variole. Des stocks de vaccins devraient être maintenus et les souches encore disponibles dans certains laboratoires devraient être détruites ou en tout cas autant que possible réduites en nombre.
- L'expansion de l'épizootie de rage constitue un problème sérieux qui devrait être examiné en coopération surtout avec des vétérinaires.
- La standardisation des vaccins est un problème qui est loin d'être simple; en vue d'assurer la libre circulation des souches dans tous les Etats membres de la Communauté, il est souhaitable de définir des procédures de contrôle, des normes et des protocoles. Il faudra encore chercher à harmoniser les contrôles immunologiques qui constituent eux aussi un problème difficile.
- L'éventualité d'accidents consécutifs à la vaccination coquelucheuse ne semble pas négligeable. Il convient de procéder à un examen approfondi relatif à l'opportunité de recommander une telle vaccination dans la pratique de routine. Toutefois il a été reconnu que l'incidence des cas de coqueluche augmentait de manière significative avec l'abandon progressif de la pratique de cette vaccination. Le caractère grave de cette maladie chez le nourrisson et l'enfant du premier âge ne permet pas actuellement de prendre une attitude tranchée.
- Le vaccin antipoliomyélitique est en général très bien toléré et il a permis de réduire à un niveau quasi nul l'incidence des cas de poliomyélite.
- Les efforts entrepris pour vacciner les jeunes filles et les femmes séronégatives contre la rubéole doivent être poursuivis.

9

V. LUTTE CONTRE LE DOPING

En 1967, le Conseil de l'Europe a adopté une résolution demandant aux Etats membres de prendre des mesures contre le doping des athlètes, mais selon un document de travail dans lequel les services de la Commission exposent le résultat d'une enquête relative à la lutte contre l'usage du doping dans la Communauté, les suites données à cette résolution sont insuffisantes.

Selon les renseignements dont dispose la Commission, trois Etats membres seulement, à savoir la Belgique, la France et l'Italie, ont voté une loi anti-doping. Cette législation vise seulement l'emploi du doping à l'occasion des compétitions sportives. En République fédérale d'Allemagne et au Grand-Duché de Luxembourg, les associations sportives ont arrêté des directives sur la lutte anti-doping.

Le document de travail entend par doping l'utilisation de produits destinés à augmenter le rendement d'un individu et susceptibles de nuire à sa santé. Le rapport recommande d'envisager, dans le cadre de la Communauté européenne, des mesures propres à améliorer l'information réciproque et la collaboration entre les autorités responsables des différents Etats membres.