DÉCISION DE LA COMMISSION

du 10 février 2006

adoptant le programme de travail 2006 pour la mise en œuvre du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), y compris le programme de travail annuel en matière de subventions

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)

(2006/89/CE)

LA COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES,

vu le traité instituant la Communauté européenne,

vu le règlement (CE, Euratom) nº 1605/2002 du Conseil du 25 juin 2002 portant règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes [1], et notamment son article 110,

vu le règlement (CE, Euratom) de la Commission nº 2342/2002 du 23 décembre 2002 établissant les modalités d'exécution du règlement (CE, Euratom) nº 1605/2002 du Conseil portant règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes [2], et notamment son article 166,

vu la décision nº 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) [3], et notamment son article 8, paragraphe 1,

vu la décision 2004/858/CE de la Commission du 15 décembre 2004 instituant une agence exécutive dénommée «Agence exécutive pour le programme de santé publique» pour la gestion de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique — en application du règlement (CE) nº 58/2003 du Conseil [4], et notamment son article 6,

considérant ce qui suit:

(1) L'article 110 du règlement (CE, Euratom) nº 1605/2002 prévoit que les subventions font l'objet d'une programmation annuelle, publiée en début d'exercice.

(2) Conformément à l'article 166 du règlement (CE, Euratom) nº 2342/2002, le programme de travail annuel en matière de subventions précise l'acte de base, les objectifs, le calendrier des appels à propositions avec leur montant indicatif et les résultats attendus.

(3) Conformément à l'article 15, paragraphe 2, de la décision de la Commission du 15 mars 2005 relative aux règles internes sur l'exécution du budget général des Communautés européennes (section Commission), le programme de travail annuel visé à l'article 110 du règlement financier vaut décision de financement au sens de l'article 75 du règlement financier, pour autant qu'il constitue un encadrement suffisamment précis.

(4) L'article 8 de la décision nº 1786/2002/CE prévoit l'adoption par la Commission d'un programme de travail annuel pour la mise en œuvre du programme, fixant les priorités à respecter et les actions à entreprendre, y compris la répartition des ressources.

(5) Le programme de travail pour l'année 2006 doit donc être adopté.

(6) Les mesures prévues par la présente décision sont conformes à l'avis rendu par le comité du programme.

(7) Conformément l'article 6 de la décision 2004/858/CE de la Commission, l'Agence exécutive pour le programme de santé publique reçoit une subvention inscrite au budget général de l'Union européenne,

DÉCIDE:

Article unique

Le programme de travail 2006 pour l'application du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), tel que présenté en annexe, est adopté.

Le directeur général de la DG Santé et Protection des consommateurs veille à l'application de ce programme.

Fait à Bruxelles, le 10 février 2006.

Par la Commission

Markos KYPRIANOU

Membre de la Commission

---

[1] JO L 248 du 16.9.2002, p. 1.
[2] JO L 357 du 31.12.2002, p. 1.
[3] JO L 271 du 9.10.2002, p. 1.
[4] JO L 369 du 16.12.2004, p. 73.

ANNEXE

ACTION COMMUNAUTAIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE PUBLIQUE

(2003-2008)

PLAN DE TRAVAIL 2006

1. CONTEXTE GENERAL

1.1. **Ligne d'action et contexte juridique**

L'article 152, paragraphe 1, du traité prévoit qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et l'application de toutes les politiques et actions de la Communauté.

Le 23 septembre 2002, le Parlement européen et le Conseil ont adopté une décision établissant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) ([1]) (ci-après la «décision établissant le programme»).

Le principal but visé durant les trois premières années du programme consistait à jeter les bases d'une méthode globale et cohérente s'articulant autour de trois grandes priorités: information sur la santé, menaces pour la santé et déterminants de la santé. Ensemble, ces trois volets doivent contribuer à un niveau élevé de santé physique et mentale et de bien-être dans l'UE. Les actions menées étaient conçues pour donner naissance à des mécanismes autonomes qui permettraient aux États membres de coordonner leurs activités dans le secteur de la santé.

Plus de 200 projets ont été retenus pour financement jusqu'ici ([2]), ce qui constitue une base solide pour de futures actions. L'analyse de la concrétisation des programmes de travail de 2003 à 2005 a débouché sur une rationalisation des activités prévues pour 2006, de façon à englober des secteurs précédemment négligés. On veillera à la synergie et à la complémentarité avec les travaux entrepris par les organisations internationales qui s'occupent de la santé, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Conseil de l'Europe et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La coopération avec ce type d'organisations sera encore renforcée en 2006.

1.2. **Nouvelles priorités pour 2006**

De nouvelles priorités ont été définies dans le programme de travail 2006, sur la base des priorités déjà mentionnées dans les programmes de travail précédents. Les priorités pour 2006 recentreront certaines actions clés déjà entamées et couvriront également de nouveaux domaines:

(1) Pour l'information en matière de santé:

— Nouveau thème: indicateurs de la santé (ECHI) au niveau régional, achèvement de la base de données sur les blessures, portail européen de la santé publique.

— Nouvelles priorités: problèmes de santé spécifiques à chaque sexe, groupes de patients atteints de maladies rares et réseaux européens de centres de référence.

(2) Pour les menaces pour la santé:

— Nouvelle priorité: préparation et intervention en cas de grippe pandémique.

— Nouveau thème: gestion des risques et communication des menaces pour la santé et des infections nosocomiales, étant donné que le centre européen de prévention et de contrôle des maladies ([3]) est désormais opérationnel et reprend l'évaluation des risques liés aux menaces pour la santé.

([1]) Décision nº 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) (JO L 271 du 9.10.2002).
([2]) Voir http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/project_en.htm
([3]) Règlement (CE) nº 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004 instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (JO L 142 du 30.4.2004, p. 1).

(3) Pour les déterminants de la santé:

— Nouveau thème: nutrition, VIH/SIDA, débanalisation du tabagisme, réduction des dommages résultant de la consommation de drogue, notamment chez les jeunes.

— Nouvelles priorités des présidences de l'UE: Royaume-Uni (inégalités), Autriche (diabète) ([4]), Finlande (santé dans toutes les politiques).

1.3. **Mécanismes de coopération avec les organisations internationales**

Conformément à l'article 11 de la décision établissant le programme ([1]), la coopération avec les organisations internationales compétentes dans le domaine de la santé publique est encouragée lors de la mise en œuvre du programme.

Collaboration avec l'OMS

La coopération avec l'OMS sera régie conformément:

— à l'accord conclu entre les Nations unies et la Communauté européenne sur les principes applicables au financement ou au cofinancement par la Communauté de programmes et de projets administrés par les Nations unies, entré en vigueur le 9 août 1999, et à l'accord sur la clause de vérification conclu entre la Communauté européenne et les Nations unies et entré en vigueur le 1er janvier 1995, tel que modifié;

— à l'échange de lettres entre l'OMS et la Commission des Communautés européennes concernant la consolidation et l'intensification de la coopération (y compris le mémorandum d'accord relatif au cadre et aux modalités de coopération entre l'OMS et la Commission) ([5]).

La contribution financière de la Commission aux activités entreprises par l'OMS sera régie, sauf dispositions contraires adoptées à titre exceptionnel, suivant l'accord-cadre financier et administratif conclu entre la Communauté européenne et les Nations unies et entré en vigueur le 29 avril 2003 (l'OMS est devenue partie à cet accord le 11 décembre 2003).

La coopération avec l'OMS en 2006 s'appuiera sur les initiatives existantes entre les deux organisations et pourrait être étendue à d'autres domaines mentionnés dans le présent programme de travail lorsqu'ils peuvent être repris de la manière la plus appropriée par l'OMS. Les domaines couverts par la coopération seront définis dans une décision spécifique de la Commission.

Coopération avec l'OCDE

Il est prévu que les accords d'aide directe conclus entre la Commission européenne et l'OCDE couvrent divers secteurs du Programme de santé publique compatibles avec le plan de travail dans le domaine de la santé publique de l'OCDE pour 2005-2006, en particulier les secteurs liés:

— au perfectionnement et au soutien concernant le développement du système de comptes de la santé et la collecte de données dans les domaines non couverts par le programme statistique communautaire ([6]), en particulier les dépenses de santé par catégories de maladies, par sexe et par âge (les études pilotes existantes devraient être prises en compte pour ces dernières);

— aux questions en rapport avec la mobilité des professionnels de la santé au plan international non couvertes par les actions communautaires existantes.

([4]) http://www.diabeteskonferenz.at/
([5]) http://europa.eu.int/comm/health/ph_international/int_organisations/who_fr.htm
([6]) Décision nº 2367/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2002 relative au programme statistique communautaire 2003-2007 (JO L 358 du 31.12.2002, p. 1).

Coopération avec le CEPCM

Le centre européen de prévention et de contrôle des maladies sera totalement opérationnel en 2006. La collaboration opérationnelle sera poursuivie et renforcée. Dans le domaine des maladies transmissibles, ses responsabilités comprendront l'évaluation des risques, les avis scientifiques et techniques, la surveillance des maladies transmissibles, la coopération des laboratoires et le renforcement des capacités. Grâce à ses capacités scientifiques, le CEPCM apportera un soutien direct à la Commission et aux États membres, ce qui leur permettra de se concentrer davantage sur la gestion des risques. Le présent programme de travail reflète également le mandat du CEPCM. Dans le domaine prioritaire «Apporter une réponse rapide et coordonnée aux menaces pour la santé» (section 2.2), les projets se concentreront sur des thèmes complémentaires à l'action du centre: gestion des menaces spécifiques, plans de préparation générale, sécurité sanitaire et sécurité des substances d'origine humaine.

1.4. **Allocation des ressources**

1.4.1. *Vue d'ensemble du budget*

Les actions au titre du programme doivent contribuer à un haut niveau de protection de la santé et améliorer la santé publique. Un financement peut être alloué à travers des subventions de projets. La Commission peut aussi sous-traiter la mise en œuvre d'actions communautaires dans les domaines couverts par le présent programme de travail en recourant à la passation de marchés publics (appels d'offres). Le présent programme de travail donne une vue d'ensemble des actions qui doivent être lancées en 2006.

La ligne budgétaire pour les crédits opérationnels est la ligne 17 03 01 01 - Santé publique (2003-2008).

La ligne budgétaire pour les crédits administratifs est la ligne 17 01 04 02 - Santé publique (2003-2008) - Dépenses pour la gestion administrative.

La ligne budgétaire pour les crédits administratifs liés à l'Agence exécutive pour la santé publique est la ligne 17 01 04 30.

L'enveloppe financière du programme pour la période 2003-2008 s'élève à 353,77 millions d'euros. Le budget disponible pour 2006 (engagements) est estimé à 53 400 000 EUR [7] (les crédits administratifs liés à l'Agence exécutive pour la santé publique ne sont pas pris en compte). À ce budget, il faut ajouter:

— la contribution des pays membres de l'EEE/AELE, estimée à 1 100 040 EUR [7];

— la contribution des deux pays adhérents (Bulgarie, Roumanie) et d'un pays candidat (Turquie), estimée à 1 317 621 EUR [8].

Le budget total pour 2006 est donc estimé à 55 817 661 EUR [7] [8].

Ce chiffre englobe les ressources destinées au budget de fonctionnement (subventions et appels d'offres) ainsi qu'à l'assistance technique et administrative.

— Le budget de fonctionnement total est estimé à 53 863 521 EUR [7] [8];

— le budget administratif total est estimé à 1 954 140 EUR [7] [8].

Pour ce qui est de l'allocation des ressources, l'équilibre sera préservé entre les différents secteurs prioritaires du programme, de sorte que l'enveloppe financière sera répartie également [9], sauf si des situations d'urgence concernant la santé publique surviennent (grippe pandémique par exemple) et justifient une réaffectation des moyens.

[7] Montant cité à titre indicatif, sous réserve d'approbation par l'autorité budgétaire.
[8] Montant indicatif: il s'agit d'un maximum, qui dépend du montant réel de la contribution payée par ces pays.
[9] Chacun de ces pourcentages pourrait varier d'un maximum de 20 %.

1.4.2. *Subventions*

Les subventions doivent être financées sur la ligne budgétaire 17 03 01 01.

Le total indicatif des subventions, aides directes aux organisations internationales comprises, est estimé à 47 798 344 EUR ([7]) ([8]).

Un appel de propositions «Santé publique — 2006» sera publié au *Journal officiel de l'Union européenne* en janvier 2006 (date indicative).

Les principes et critères généraux pour la sélection et le financement des actions engagées au titre du Programme de santé publique, adoptés par la Commission le 14 janvier 2005, sont énoncés dans un document distinct ([10]). Les principes généraux (point 1), les critères d'exclusion (point 2), les critères de sélection (point 3) et les critères d'attribution (point 4) s'appliquent à l'appel de propositions 2006.

Le montant total indicatif de l'appel de propositions est estimé à 43 018 510 EUR ([7]) ([8]).

Toutes les actions mentionnées dans le présent programme de travail 2006 peuvent bénéficier de subventions.

Les soumissionnaires disposent, pour présenter leurs propositions, d'un délai de trois mois à compter de la date de publication de l'appel de propositions au *Journal officiel de l'Union européenne*. Après la soumission des propositions, cinq autres mois devraient être nécessaires pour appliquer toutes les procédures conduisant à la décision d'assistance financière.

Eu égard au caractère complémentaire et incitatif des subventions communautaires, au minimum 40 % des coûts des projets doivent être financés par d'autres sources. Dès lors, le montant de la contribution financière peut représenter par bénéficiaire (autrement dit bénéficiaire principal et bénéficiaires associés) jusqu'à 60 % des coûts éligibles des projets considérés. La Commission déterminera dans chaque cas particulier le pourcentage maximum à allouer.

Un cofinancement maximal de 80% des coûts éligibles par bénéficiaire (autrement dit bénéficiaire principal et bénéficiaires associés) pourra être envisagé lorsqu'un projet apporte une valeur ajoutée importante sur le plan européen. Le cofinancement de plus de 60 % ne peut pas concerner plus de 10 % du nombre de projets financés.

La durée des projets à cofinancer ne doit normalement pas excéder trois ans.

Une annexe au présent programme de travail fournit des précisions sur l'éligibilité des coûts.

1.4.3. *Subventions destinées aux organisations internationales*

Les subventions destinées aux organisations internationales doivent être financées sur la ligne budgétaire 17 03 01 01. Les tâches concernées sont réalisées dans le cadre d'une gestion directe centralisée.

Les subventions qui peuvent être engagées par des accords d'aide directe conclus avec des organisations internationales (OMS, OCDE, etc.) ne peuvent dépasser 4 779 834 EUR ([7]) ([8]). Les accords d'aide directe amélioreront les synergies et la capacité de réaction de la Commission européenne et des organisations internationales pour diverses actions conjointes. Ces organisations possèdent des capacités liées à leurs missions et responsabilités spécifiques, ce qui leur confère une aptitude particulière à mener certaines des actions définies dans le présent programme et pour lesquelles des accords d'aide directe apparaissent comme la procédure la plus appropriée.

D'autres décisions concernant des accords d'aide directe avec des organisations internationales doivent être prises en juin pour l'OMS et l'OCDE, qui devraient recevoir ces aides directes en septembre.

En ce qui concerne ces accords, les principes généraux ainsi que les critères d'exclusion, de sélection et d'attribution adoptés par la Commission le 14 janvier 2005 ([10]) sont d'application.

([10]) Décision de la Commission C(2005) 29 du 14 janvier 2005 adoptant le programme de travail 2005 pour la mise en œuvre du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), y compris le programme de travail annuel en matière de subventions et les principes généraux et critères applicables à la sélection et au financement d'actions au titre du programme «santé publique».

1.4.4. *Subvention destinée à l'Agence exécutive pour le programme de santé publique*

La subvention destinée à l'Agence exécutive doit être financée sur la ligne budgétaire 17 01 04 30.

Un montant global de 5 800 000 EUR devrait être prévu au titre des crédits administratifs destinés à l'Agence exécutive pour le programme de santé publique créée par décision du 15 décembre 2004 ([11]).

Un programme de travail doit être adopté pour l'Agence exécutive en janvier 2006.

1.4.5. *Appels d'offres*

Les marchés publics de services doivent être financés sur les lignes budgétaires 17 01 04 02 et 17 03 01 01.

Il est proposé de consacrer moins de 10 % du budget opérationnel aux appels d'offres. Le montant total indicatif des appels d'offres pourrait atteindre 5 310 927 EUR ([7]) ([8]).

Des appels d'offres faisant référence à une ou plusieurs sections spécifiques du programme de travail seront publiés.

Une nouvelle décision de financement concernant les marchés publics doit être adoptée en février 2006.

1.4.6. *Comités scientifiques*

Les comités scientifiques concernés par le programme de santé publique doivent être financés sur la ligne budgétaire 17 03 01 01.

Un montant global de 254 250 EUR sera consacré au paiement des indemnités aux participants aux réunions liées aux travaux des comités scientifiques et des rapporteurs pour l'élaboration des avis des comités scientifiques dans le cadre des comités scientifiques ([12]). Ces indemnités couvriront tous les domaines liés au programme de santé publique, à savoir 100 % de ces coûts pour le CSRSE (comité scientifique des risques sanitaires et environnementaux) et 50 % (pourcentage indicatif) pour le CSRSEN (comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux) et la coordination.

1.4.7. *Subdélégation à la DG Eurostat*

La subdélégation doit porter sur la ligne budgétaire 17 03 01 01.

Une subdélégation d'un montant maximal de 500 000 EUR sera donnée à la à la Direction générale Eurostat. Au moyen de subventions de financement, Eurostat mettra en œuvre les actions ci-après:

(1) aide aux autorités statistiques nationales pour la mise en œuvre, en 2006-2008, des modules de l'enquête européenne restreinte par interview concernant la santé (ECHIS) (tels que définis dans le programme statistique 2006);

(2) aide aux autorités statistiques nationales pour la mise en œuvre de certains modules spéciaux/complémentaires (tels que définis par le comité directeur SANCO/Eurostat pour le système européen d'enquêtes de santé) pour les mêmes enquêtes sur la santé;

(3) aide aux autorités statistiques nationales pour la mise en œuvre et l'extension du système des comptes de la santé dans l'UE (en coopération avec l'OCDE et l'OMS);

(4) aide au développement du système des comptes de la santé dans les domaines non couverts par les accords d'aide directe conclus avec l'OCDE.

([11]) Décision 2004/858/CE de la Commission du 15 décembre 2004 instituant une agence exécutive dénommée «Agence exécutive pour le programme de santé publique» pour la gestion de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique — en application du règlement (CE) nº 58/2003 du Conseil (JO L 369 du 16.12.2004, p. 73).

([12]) Décision de la Commission 2004/210/CE du 3 mars 2004 instituant des comités scientifiques dans le domaine de la sécurité des consommateurs, de la santé publique et de l'environnement (JO L 66 du 4.3.2004, p. 45).

Pour les actions liées aux activités ci-dessus, les principes généraux ainsi que les critères d'exclusion, de sélection et d'attribution adoptés par la Commission le 14 janvier 2005 ([10]) sont d'application pour l'appel de propositions mis en œuvre par la Direction générale Eurostat. Toutefois, pour les actions mentionnées aux points 1), 2) et 3), les subventions couvriront 80 % des coûts éligibles par bénéficiaire (au maximum) et pourront concerner un seul pays éligible.

Les actions proposées produiront les résultats suivants:

— traduction, essai et préparation de la mise en œuvre, dans les enquêtes nationales réalisées entre 2006 et 2008 selon les États membres, des modules d'enquête sur la santé adoptés en 2006 par le système statistique européen (modules de base sur les déterminants de la santé, les soins de santé et les variables liées au contexte) et le comité directeur du système européen d'enquêtes de santé (modules spéciaux);

— aide à la mise en œuvre de la collecte de données commune Eurostat-OCDE-OMS du système des comptes de la santé, par exemple par l'inventaire des sources et des méthodes de calcul en utilisant la feuille de route, la formation, le développement de la collecte de données pour les secteurs non couverts par le systèmes des comptes de la santé dans certains pays (par exemple le secteur privé de la santé), la mise au point de supports pour l'extraction de données à partir de différentes sources administratives, etc.

Ces actions doivent avoir pour résultat final des collectes de données statistiques nationales de qualité à partir des modules de l'enquête européenne sur la santé et du système des comptes de la santé. *Ces données seront transmises à Eurostat qui en assurera la diffusion (site Web, publications, calcul des indicateurs de santé de la Communauté européenne correspondants).*

2. DOMAINES PRIORITAIRES POUR 2006

Toutes les propositions devront démontrer, s'il y a lieu, que des synergies peuvent être mises en place avec des activités de recherche correspondantes, en particulier dans le domaine du soutien scientifique aux politiques. Des synergies devront être développées avec le sixième programme-cadre de la Communauté européenne pour des actions de recherche ([13]) et avec ses activités ([14]). Les tâches en rapport avec la santé publique se trouvent dans le programme spécifique de recherche, de développement technologique et de démonstration «Intégrer et renforcer l'Espace européen de la recherche (2002-2006) ([15])», à la rubrique «Recherche axée sur les politiques», volets 1 «Gestion durable des ressources naturelles en Europe» et 2 «Assurer la santé, la sécurité et l'avenir des Européens». Par ailleurs, il est probable que des synergies puissent être mises en place avec des projets existants/propositions négociées dans le cadre de la priorité 1 «Sciences de la vie, génomique et biotechnologie pour la santé» ([16]), de la priorité 5 «Sûreté alimentaire» et de la priorité 6 «Développement durable, changement planétaire et écosystèmes».

2.1. **Information sanitaire**

Le programme de santé publique vise à fournir des informations comparables sur la santé et les comportements en matière de santé. Les projets réalisés dans le cadre de ce volet doivent contribuer à la définition d'indicateurs, à la collecte, à l'analyse et à la diffusion de données, à l'échange de bonnes pratiques (évaluation de l'incidence sur la santé, évaluation des technologies de la santé). Des rapports réguliers à caractère général ou spécifique utiliseront les données et les informations produites ainsi qu'une diffusion élargie de l'information et les liens vers les sources d'information grâce au portail sur la santé publique.

Les informations statistiques sur la santé seront élaborées en collaboration avec les États membres, en recourant si nécessaire au programme statistique communautaire ([6]).

2.1.1. *Développement et coordination du système d'information et de connaissances en matière de santé (article 3, paragraphe 2, point d), et annexe, points 1.1 et 1.3)*

Les éléments qui doivent être réalisés, en étroite collaboration avec EUROSTAT, sont les suivants:

— mise au point technique de l'outil de présentation existant des indicateurs de santé de la Communauté européenne (la «liste succincte ECHI»);

([13]) Décision nº 1513/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 juin 2002 (JO L 232 du 29.8.2002, p. 1).
([14]) Voir également 6e programme cadre «Appui scientifique aux politiques», 5e appel, SSP-5A Domaines 2.1 & 2.2: http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage&ID_ACTIVITY=500
([15]) Décision nº 2002/834/CE du Conseil du 30 septembre 2002 arrêtant un programme spécifique de recherche, de développement technologique et de démonstration: «Intégrer et renforcer l'Espace européen de la recherche» (2002-2006) (JO L 294 du 29.10.2002, p. 1).
([16]) La page Web du site CORDIS consacrée à la priorité 1 du 6e programme-cadre est consultable à l'adresse suivante: http://www.cordis.lu/lifescihealth/ssp.htm

— définition des priorités du travail technique et scientifique consacré aux indicateurs de santé de la Communauté dans les domaines non couverts jusqu'ici;

— mise en œuvre du système ECHI au niveau infranational ou régional dans une base de données publique utilisant une application Web.

2.1.2. *Exploitation du système d'information et de connaissances en matière de santé (article 3, paragraphe 2, point d), et annexe, points 1.1 et 1.4)*

Cette action doit soutenir les réseaux et les groupes de travail qui développent l'information sur la santé dans des domaines prioritaires spécifiques.

Une attention particulière doit être accordée à l'élaboration de rapports sur:

— les problèmes de santé spécifiques à chaque sexe (y compris l'infertilité);

— d'autres domaines présentant un intérêt tels que les jeunes, les personnes âgées, les migrants, les minorités ethniques, les problèmes particuliers des groupes sociaux à faible niveau de vie;

— la santé sexuelle et génésique.

2.1.3. *Développement de mécanismes d'élaboration de rapports et d'analyse sur les questions sanitaires, et de production de rapports sur la santé publique (article 3, paragraphe 2, point d) et annexe, points 1.3 et 1.4)*

Afin de garantir la qualité et la comparabilité nécessaires des informations, la priorité en matière d'amélioration des mécanismes d'établissement de rapports sur la santé sera accordée aux actions suivantes:

— soutien aux analyses approfondies des statistiques sur les causes de décès visant à jeter une lumière nouvelle sur les courbes de la mortalité et à suivre l'évolution dans l'Union;

— mise au point du système européen d'enquêtes de santé. Mise au point et utilisation de modules d'enquête destinés à collecter les données nécessaires à l'établissement des indicateurs de santé de la Communauté européenne. Une enquête pilote pourrait être réalisée;

— maintien, actualisation et extension du système d'inventaire des sources d'informations en matière de santé de manière à ce qu'il fonctionne à moyen terme de façon systématique;

— développement d'un système d'information global, en associant la base de données sur les blessures à d'autres sources concernant les décès et les handicaps, en étendant ce système à l'ensemble des États membres, des pays de l'EEE et des pays candidats, en stabilisant la collecte de données sur les blessures compte tenu de la base existante dans les pays qui déclarent déjà les blessures et en répondant à la nécessité d'une évaluation des risques en ce qui concerne la sécurité des produits et des services dans la base de données sur les blessures;

— collecte d'informations dans le domaine des déterminants de la santé, notamment sur la base d'études représentatives de la population;

— mise au point d'instruments pour évaluer les niveaux d'activité physique dans différents groupes de population;

— amélioration de la collecte, l'analyse, la déclaration et la diffusion de l'information sur la santé et l'environnement, notamment en se concentrant sur la mise en œuvre du plan d'action 2004-2010 en faveur de l'environnement et de la santé ([17]), et en créant, le cas échéant, des synergies avec le groupe de travail sur l'environnement et la santé du programme de santé publique et l'agence européenne pour l'environnement ([18]);

— soutien aux initiatives en faveur de la mise en œuvre de la recommandation du Conseil limitant l'exposition de la population aux champs magnétiques (0 Hz à 300 GHz), en établissant des rapports d'information et une révision.

([17]) Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, et au Comité économique et social européen — Plan d'action européen 2004-2010 en faveur de l'environnement et de la santé [SEC(2004) 729] – COM/2004/416 Vol. I final.

([18]) Règlement (CEE) nº 1210/90 du Conseil, du 7 mai 1990, relatif à la création de l'agence européenne pour l'environnement et du réseau européen d'information et d'observation pour l'environnement (JO L 120 du 11.5.1990, p. 1).

2.1.4. *Élaboration de stratégies et mécanismes de prévention, d'échange d'informations et de réaction orientés vers les menaces liées aux maladies non transmissibles, y compris les menaces pour la santé liées aux maladies rares ou spécifiques aux hommes ou aux femmes (article 3, paragraphe 2, point d), et annexe, point 2.3)*

L'établissement des indicateurs et la collecte des données concernant les maladies non transmissibles doivent s'inscrire dans une perspective à long terme et durable, en tenant compte de la stratégie ECHI et des normes d'Eurostat. Les propositions devraient contenir des suggestions et des méthodes permettant de tenir un registre régulier ainsi qu'une base d'enquête, ou être fondées sur les futurs modules du système européen d'enquêtes de santé ou sur une combinaison de sources.

— Les domaines prioritaires qui doivent être abordés et/ou bénéficier d'une attention particulière sont les suivants: la mise en place ou l'amélioration de la collecte régulière à long terme d'informations et de données sur les maladies pour lesquelles il existe une définition stable de la batterie d'indicateurs ([19]); l'utilisation de ces informations pour l'évaluation des programmes dans le domaine de la santé publique;

— aspects de l'information sur les maladies qui ne sont pas encore couverts ([20]);

— informations et définition d'indicateurs concernant les maladies neurodégénératives, les troubles du développement neurologique et les maladies cérébrales non psychiatriques en ce qui concerne la prévalence, les traitements, les facteurs de risque, les stratégies de réduction du risque, le coût de la maladie et l'aide sociale ([21]);

— informations et définition d'indicateurs sur les effets des perturbateurs endocriniens sur la santé;

— informations et définition d'indicateurs pour améliorer l'information concernant les problèmes de santé gynécologiques et ménopausiques (par exemple l'endométriose);

— soutien à l'élaboration de rapports et à la définition d'un consensus sur les points précités;

— propositions contribuant à la stratégie sur la santé mentale pour l'UE, élaborée conformément au livre vert de la Commission sur la santé mentale ([14]) ([22]):

  a) davantage de données sur les différents déterminants de la santé mentale dans la population de l'UE et harmonisation internationale des indicateurs de la santé mentale;

  b) davantage d'informations (situation sanitaire, sociale, économique) sur les groupes vulnérables exposés au risque de maladies mentales et/ou de suicide dans l'UE (par exemple: chômeurs, migrants et réfugiés, minorités sexuelles et autres minorités). Les informations fournies doivent prendre la forme d'une génération de données.

— Pour les maladies rares, la priorité a été accordée aux réseaux de généralistes pour améliorer l'information, le suivi et la surveillance. Les actions prioritaires seront:

  a) le renforcement des échanges d'informations déjà pratiqués dans le cadre des réseaux européens d'information existants sur les maladies rares et l'amélioration de la classification et de la définition;

  b) l'élaboration de stratégies et de mécanismes d'échange d'informations entre les personnes atteintes d'une maladie rare, ou les volontaires et les professionnels concernés;

  c) la définition des indicateurs de santé correspondants et le développement de données épidémiologiques comparables à l'échelon de l'UE;

  d) l'organisation d'une deuxième conférence européenne sur les maladies rares en 2007 ou 2008;

([19]) C'est le cas pour les maladies mentales, la santé bucco-dentaire, l'asthme et les maladies respiratoires obstructives chroniques, les troubles musculosquelettiques (en particulier l'ostéoporose et les affections arthritiques et rhumatismales) et les maladies cardiovasculaires.

([20]) Notamment les inventaires des sources et la définition d'indicateurs, conformément à la stratégie ECHI, pour ce qui concerne les maladies hématologiques (y compris l'hémophilie), les troubles immunologiques, les allergies à l'exception de l'asthme, les maladies génito-urinaires et les troubles néphrologiques, les maladies gastro-entérologiques, les maladies endocrinologiques, les troubles oto-rhino-laryngologiques, les troubles ophtalmologiques et les maladies dermatologiques ainsi que les maladies liées à des facteurs environnementaux.

([21]) Cela concerne les maladies qui ne sont pas encore couvertes par le programme de santé publique telles que la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, l'épilepsie, la sclérose latérale amyotrophique, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, le retard cognitif et le dérèglement des fonctions motrices, perceptives, langagières et socio-émotionnelles. Cela concernera aussi l'apoplexie, les troubles migraineux et la douleur chronique (par exemple le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie).

([22]) COM(2005) 484 du 14 octobre 2005. Livre Vert — Améliorer la santé mentale de la population — Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne. Voir: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

e) la mise en place de réseaux européens de centres de référence pour les maladies rares;

f) l'aide technique à l'échange de bonnes pratiques et à l'élaboration de mesures en faveur des groupes de patients.

— Dans le domaine de la mortalité, priorité a été donnée au développement et à l'analyse des pratiques de codification concernant les causes de décès lorsque les pratiques nationales sont différentes ou lorsqu'une agrégation adéquate pose problème (par ex. décès liés au tabagisme).

2.1.5. *La santé en ligne (article 3, paragraphe 2, point d), et annexe, points 1.7 et 1.8)*

Les propositions concernant des conférences sur la santé en ligne qui s'appuient sur les conclusions de manifestations précédentes et qui peuvent aboutir à des initiatives ou des programmes Web concrets sont encouragées. Ces propositions peuvent porter notamment sur un travail préparatoire des experts et doivent tenir compte de la volonté politique d'associer toutes les parties intéressées au processus. Les questions de confidentialité lors de l'échange de données doivent être abordées.

— Amélioration de la fiabilité des informations communiquées au public par les sites Internet en étudiant les bonnes pratiques et en proposant des solutions communes.

— Soutien aux projets d'appréciation, d'évaluation et de développement des bonnes pratiques concernant les dossiers médicaux électroniques, l'orientation des patients vers un spécialiste par voie électronique ([23]) et les prescriptions électroniques au plan national et international.

— Soutien aux activités centrées sur la promotion du portail européen de la santé publique, notamment les liens vers les sources d'informations pertinentes, en vue d'améliorer la disponibilité d'une information factuelle sur la santé à l'intention des professionnels et des citoyens bien informés.

— Amélioration de la communication en temps opportun d'informations fiables sur les causes de décès; actions visant à étudier la possibilité d'introduire, au niveau de l'Union, un certificat de décès électronique.

— Soutien au développement d'une ontologie sémantique de promotion de la santé et de prévention destinée à être utilisée dans les outils informatiques liés à la santé, notamment pour permettre la fourniture «d'informations intelligentes» aux praticiens et citoyens.

— Soutien aux initiatives existantes en ce qui concerne le suivi et le développement des feuilles de route des États membres en matière de télésanté et étude, par exemple lors d'ateliers, des moyens permettant aux États membres de trouver des sources de financement et de soutenir et favoriser leurs investissements dans la santé en ligne.

2.1.6. *Soutenir les échanges d'informations et d'expériences sur les bonnes pratiques (article 3, paragraphe 2, point d), et annexe, point 1.7)*

La priorité doit être donnée:

— aux actions d'accompagnement visant à harmoniser les pratiques d'information sur l'activité hospitalière, en vue notamment d'améliorer la qualité et la comparabilité des informations liées à la codification des procédures médicales, et d'évaluer et de recenser l'utilisation des mécanismes financiers appropriés (tels que les groupes homogènes de malades) dans l'UE;

— à l'étude de l'utilisation de la classification internationale des soins primaires dans l'UE. Si les propositions traitent également des dépenses de santé, il y a lieu d'envisager des liens vers le système des comptes de la santé;

([23]) Système d'orientation des patients d'un spécialiste vers un autre par voie électronique, y compris l'orientation transfrontalière ([14]).

— à l'échange de bonnes pratiques, à l'établissement de contacts entre les patients et les soignants et à la formation correspondante pour les maladies mentionnées au point 2.1.4 (par ex. sclérose en plaques et maladie de Parkinson). Des liens seront établis, à travers la méthode ouverte de coordination, avec les travaux en cours au sein du comité de la protection sociale sur les soins de santé et la prise en charge de longue durée liés au vieillissement.

2.1.7. *Évaluation de l'incidence sur la santé (article 3, paragraphe 2, point c), et annexe, point 1.5)*

Sur la base de la méthode d'évaluation des incidences sur la santé à l'échelon communautaire définie précédemment pour la Commission, les travaux se concentreront sur la mise au point de méthodes et leur application à des propositions et domaines d'action particuliers ainsi que sur la mise en place d'une structure d'appui adéquate fournissant des éléments et des données en vue de l'étude d'impact.

2.1.8. *Coopération entre les États membres (article 3, paragraphe 2, point d), et annexe, point 1.5)*

Des travaux seront réalisés dans le prolongement du processus de réflexion de haut niveau concernant la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne, à l'appui des travaux du groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux. Ils concerneront en particulier le développement de cadres pour l'acquisition et la fourniture de soins de santé transfrontaliers, les projets pilotes pour les réseaux européens de centres de référence, les questions liées à la mobilité des professionnels de la santé, la mise au point et l'expérimentation de méthodes d'étude d'impact sur les systèmes de santé, l'échange de bonnes pratiques et d'expertise en matière de sécurité des patients, et le soutien aux travaux sur d'autres thèmes offrant des possibilités de coopération européenne, tels que les soins palliatifs ou le bon usage des médicaments. Des actions peuvent aussi être entreprises en ce qui concerne la fourniture de données et de connaissances complémentaires sur la mobilité des patients et des professionnels ainsi que les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée en général. Les priorités seront les suivantes:

— renforcer l'information et les connaissances sur la qualité des systèmes de santé, en particulier la sécurité des patients, en d'autres termes mettre en place les mécanismes appropriés pour améliorer la sécurité des patients dans l'UE, notamment le renforcement des réseaux et de l'échange de bonnes pratiques dans ce domaine;

— analyser les incidences financières de la mobilité des patients pour les pays d'origine et d'accueil, et l'impact sur la viabilité financière des systèmes de soins de santé concernés; financer des études sur la mobilité des patients qui se concentrent sur les motivations des patients pour se faire soigner à l'étranger et étudient la nécessité pour les établissements de soins d'acquérir des traitements pour leurs patients à l'étranger ([24]);

— recueillir et fournir des informations sur les soins transfrontaliers, en particulier sur la qualité, la sécurité, la sensibilité et la continuité des soins, les droits des patients, les questions de compétences et de responsabilité;

— recenser, analyser et soutenir des projets pilotes concernant les centres de référence fondés sur les lignes directrices, les critères et les domaines d'étude définis par le groupe de travail sur les centres de référence du groupe de haut niveau;

— soutenir le réseau européen d'évaluation des technologies de la santé;

— échanger des informations sur la valeur ajoutée thérapeutique des nouveaux médicaments et élaborer un modèle comprenant une base de données européenne en vue d'une hiérarchisation efficiente des médicaments et des technologies médicales ([25]). Améliorer l'information sur les médicaments orphelins (prescription, efficacité, efficience et prix) et les liens avec les maladies rares ([26]);

— évaluer les liens entre l'économie et la santé, l'investissement dans la santé et l'incidence d'une meilleure santé sur la croissance économique;

— recueillir et fournir des informations sur un système d'information concernant les activités et les ressources dans le secteur des soins primaires en vue d'améliorer la comparabilité des données et de créer une base destinée à la collecte systématique de données;

([24]) Voir également les travaux de recherche en cours dans le domaine de la mobilité des patients et des stratégies d'amélioration de la qualité. Voir: http://www.iese.edu/en/events/Projects/Health/Home/Home.asp et http://www.marquis.be/Main/wp1114091605/wp1119867442 Voir également 6e programme cadre «Appui scientifique aux politiques», 5e appel, SSP-5A Domaines 2.1 & 2.2: http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage&ID_ACTIVITY=500

([25]) Référence à la plateforme technologique sur les médicaments novateurs. Voir : http://europa.eu.int/comm/research/fp6/index_en.cfm?p=1_innomed

([26]) Compte tenu des actions menées dans le cadre du règlement (CE) nº 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins et des activités du Comité des médicaments orphelins (COMP) de l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments.

— recueillir et fournir des informations sur les activités et les ressources dans le domaine des soins à domicile et résidentiels en vue d'améliorer la comparabilité et de développer des séries chronologiques;

— recueillir et fournir des informations sur les bonnes pratiques concernant les soins palliatifs.

2.2. **Apporter une réponse rapide et coordonnée aux menaces pour la santé**

Les activités de cette section doivent contribuer au développement des capacités pour la préparation et la réaction rapide aux menaces pour la santé publique et aux situations d'urgence. Les activités viendraient soutenir, en particulier, la coopération mise en œuvre au titre du réseau communautaire de surveillance des maladies transmissibles ([27]) et d'autres textes législatifs communautaires dans le domaine de la santé publique; elles pourraient compléter les activités du programme cadre de recherche européen.

Étant donné que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM)[3] ([3]) est opérationnel depuis 2005, les activités d'évaluation des risques qui étaient financées au titre du programme en matière de santé publique et relèvent maintenant du CEPCM (par exemple la surveillance) ne seront plus financées dans le présent appel. Cet appel, élaboré en consultation avec le CEPCM, vise au contraire à promouvoir les activités en faveur de l'évaluation des risques. La Commission et le CEPCM veilleront à éviter la répétition d'activités identiques.

Les activités destinées à contrecarrer la menace de dissémination volontaire d'agents biologiques seront entreprises en liaison avec les activités en cours sur les maladies transmissibles. Ces dernières, ainsi que les activités concernant la dissémination volontaire d'agents chimiques, sont actuellement mises sur pied conformément aux conclusions du Conseil des ministres de la santé du 15 novembre 2001 et au «programme de coopération visant à renforcer l'état de préparation et la capacité de réaction en cas d'attaque par des agents biologiques et chimiques» (sécurité sanitaire) ([28]).

2.2.1. *Capacité de lutte contre une pandémie de grippe et contre des menaces particulières pour la santé (article 3, paragraphe 2, point a) et annexe, points 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.8.)*

Cette action vise à favoriser la mise en place de capacités et de stratégies destinées à aider les États membres, les pays candidats et les pays de l'AELE/EEE, ainsi que la Communauté dans son ensemble, à faire face à des menaces particulières pour la santé. **Une priorité spécifique est accordée à la menace d'une pandémie de grippe et aux activités concernant la prévention/gestion de la grippe, les stratégies communes de communication en situation d'urgence et de préparation ainsi que la conception et la mise en commun d'outils et d'informations de qualité sur la santé et l'impact socio-économique d'une pandémie et des mesures de lutte correspondantes**, en coordination avec les activités du programme cadre de recherche européen ([29]). Les autres priorités sont les suivantes:

— menaces liées aux maladies non transmissibles telles que celles associées à des problèmes d'ordre chimique et environnemental nécessitant une intervention rapide;

— poursuite du développement du système d'alerte rapide sur les agents chimiques et des activités sur la traçabilité concernant le transport transfrontalier de substances dangereuses pour la santé publique;

— aspects de la gestion des maladies transmissibles concernant la santé des migrants et aspects transfrontaliers;

— analyse des risques et des menaces associés aux maladies infectieuses émergentes, notamment aux pathogènes zoonotiques, en complément des travaux du CEPCM.

([27]) Décision nº 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998 instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté (JO L 268 du 3.10.1998, p. 1).
2000/57/CE: Décision de la Commission, du 22 décembre 1999, concernant le système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles prévu par la décision nº 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil [notifiée sous le numéro C(1999) 4016] (JO L 21 du 26.1.2000, p. 32).
2000/96/CE: Décision de la Commission, du 22 décembre 1999, concernant les maladies transmissibles que le réseau communautaire doit couvrir sur une base progressive en application de la décision nº 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil [notifiée sous le numéro C(1999) 4015] (JO L 28 du 3.2.2000, p. 50).
2002/253/CE: Décision de la Commission du 19 mars 2002 établissant des définitions de cas pour la déclaration des maladies transmissibles au réseau communautaire en application de la décision nº 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil [notifiée sous le numéro C(2002) 1043] (JO L 86 du 3.4.2002, p. 44).

([28]) Voir http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/Bioterrorisme/bioterrorism01_fr.pdf

([29]) Voir également 6e programme cadre «Appui scientifique aux politiques», 5e appel, SSP-5B INFLUENZA: http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage&ID_ACTIVITY=500

2.2.2. *Préparation et réaction génériques (article 3, paragraphe 2, point a) et annexe, points 2.1, 2.2, 2.3, 2.4)*

Les actions doivent viser à améliorer la préparation du secteur de la santé aux situations de crise et favoriser la collaboration intersectorielle (par exemple avec la protection civile, les secteurs de l'alimentation et de la santé animale) afin de garantir une réaction cohérente en cas de crise. Les activités doivent porter principalement sur la gestion des risques et des crises ainsi que sur la communication sur les risques. Les activités ci-après présentent un intérêt particulier:

— activités facilitant la mise en œuvre de la planification de la préparation générique, par exemple la mise en réseau des hôpitaux pour préparer des événements à grande échelle, un plan de gestion des accidents entraînant un grand nombre de brûlés, la mise en place de plateformes de formation et des initiatives en matière de communication, de gestion de crise et d'informations médicales. D'autres activités sont nécessaires en ce qui concerne la traçabilité, la logistique, la distribution, le transport, les effets psychologiques des crises et l'application des nouveaux diagnostics;

— activités renforçant les capacités permettant des opérations conjointes des autorités chargées de faire respecter la loi et des autorités responsables de la santé;

— activités à l'appui du développement des capacités et de la mise en œuvre nécessaires pour se conformer au règlement sanitaire international adopté par l'Assemblée mondiale de la santé ([30]);

— utilisation d'outils informatiques innovants pour l'analyse des menaces pour la santé tels que les systèmes d'information géographique, l'analyse spatio-temporelle, les nouveaux systèmes d'alerte rapide et de prévision, l'analyse automatique et l'échange de données diagnostiques.

2.2.3. *Sécurité sanitaire et stratégies concernant la lutte contre les maladies transmissibles (article 3, paragraphe 2, point a) et annexe, points 2.2, 2.4, 2.5, 2.9)*

Plusieurs projets ont été lancés concernant la modélisation et la surveillance de la dissémination volontaire d'agents biologiques ou chimiques. Toutefois, les informations et les connaissances concernant le réexamen, l'élaboration et l'évaluation de stratégies et de plans visant à faire face à des situations sanitaires d'urgence sont encore incomplètes, et des propositions pourront être financées.

Pour être en mesure de lutter contre des maladies transmissibles, il est fondamental de disposer des stratégies et des structures adéquates. Cette action vise à favoriser les activités concernant la mise en œuvre des politiques, les stratégies de préparation (telles que la vaccination ou la constitution de stocks à titre préventif) et celles visant à combattre/éradiquer les maladies transmissibles. Les actions visant à faciliter la communication avec diverses professions extrahospitalières (par exemple médecins généralistes, pharmaciens, vétérinaires et professions non médicales pertinentes) ainsi que la coopération à travers des plateformes et des réseaux seront soutenues. Les autres priorités sont les suivantes:

— activités favorisant l'échange de bonnes pratiques en matière de stratégies de vaccination et d'immunisation;

— échange de bonnes pratiques en matière de sécurité des patients, notamment la gestion et le contrôle des infections associées aux soins de santé et la résistance antimicrobienne;

— activités concernant la lutte contre les effets indésirables (des vaccins, des produits chimiques, des antiviraux, d'autres médicaments et appareils médicaux), en coopération avec l'EMEA;

— études de faisabilité sur la mise en place de laboratoires de référence européens dans le domaine de la santé humaine.

2.2.4. *Sécurité du sang, des tissus et des cellules, ainsi que des organes (article 3, paragraphe 2, point a) et annexe, points 2.6 et 2.7)*

Les activités relatives aux substances d'origine humaine visent à favoriser la qualité, la sécurité et l'autosuffisance non seulement pour prévenir la transmission de maladies, mais aussi pour cautionner leur utilisation thérapeutique au bénéfice des patients.

— Des progrès significatifs ont été accomplis avec l'entrée en vigueur de la législation sur le sang ([31]) ([32]). Il est désormais nécessaire de renforcer la reconnaissance entre les États membres des inspections réalisées dans leurs établissements de transfusion sanguine par la définition et l'application de normes et de critères communs.

([30]) Voir http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf

([31]) Directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 janvier 2003 établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain, et des composants sanguins, et modifiant la directive 2001/83/CE (JO L 33 du 8.2.2003, p. 30).

([32]) Directive 2004/33/CE de la Commission du 22 mars 2004 portant application de la directive 98/2002/CE du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au sang et aux composants sanguins (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) (JO L 91 du 30.3.2004, p. 25).

— Les activités antérieures destinées à favoriser une utilisation optimale du sang ont eu un succès limité. Pour garantir un meilleur usage thérapeutique des substances d'origine humaine, il y a lieu de soutenir le développement d'outils qui favorisent les bonnes pratiques scientifiquement fondées.

— Malgré l'adoption de la directive sur les tissus et les cellules ([33]), les spécifications relatives à leur désignation et à leur usage thérapeutique sont peu harmonisées dans l'UE. Pour faciliter l'échange de substances d'origine humaine et contrôler la santé des donneurs vivants, des actions sont nécessaires en vue d'améliorer les mesures et les procédures, par exemple des terminologies communes et l'élaboration de registres ([14]).

— Il y a lieu d'encourager le don de produits sanguins et leur utilisation optimale. Les actions doivent porter sur l'échange des bonnes pratiques et de l'information concernant le recrutement des donneurs et la formation à l'utilisation des composants sanguins.

2.3. **Déterminants de la santé**

Les projets et actions dans ce domaine visent à soutenir et appuyer les politiques et les activités de l'UE relatives aux déterminants de la santé, favoriser l'intensification des actions destinées à communiquer et échanger les bonnes pratiques, promouvoir les approches transversales et intégrantes portant sur plusieurs déterminants de la santé et encourager et stimuler les activités au niveau national.

En 2006, la priorité sera accordée aux projets qui:

— **lient les actions aux priorités stratégiques**: les projets proposés doivent être clairement rattachés aux politiques et stratégies de l'UE dans le domaine de la santé publique, notamment en matière d'alcool, d'alimentation et d'activité physique. L'accent sera mis sur les **projets concernant les inégalités en matière de santé et les déterminants socioéconomiques au sens large**;

— considèrent **les enfants et les jeunes** comme un groupe cible spécifique d'interventions dans le domaine de la santé publique pour un éventail de déterminants de la santé. Ces projets se concentreront sur les années pendant lesquelles les individus «façonnent» leur mode de vie et s'intéresseront aux facteurs de risque et aux périodes à risques ainsi qu'aux facteurs de protection ayant une incidence sur les modes de vie et les comportements.

Les priorités retenues pour 2006 sont les suivantes:

2.3.1. *Soutien des stratégies communautaires clés concernant les substances entraînant une dépendance*

(1) Afin de soutenir le développement des travaux sur le **tabac**, les propositions de projets devraient se concentrer sur:

— l'examen, l'évaluation et la diffusion des développements et des bonnes pratiques observées récemment dans les États membres dans la lutte contre le tabagisme, surtout par rapport aux jeunes et aux femmes, les stratégies de communication sur la prévention et le sevrage (aspects socio-économiques);

— le développement et la mise en réseau des activités de prévention et d'aide aux fumeurs désireux d'arrêter, en mettant l'accent sur les méthodes innovantes de débanalisation et sur la réduction de l'exposition à la fumée du tabac;

— les autres activités destinées à mettre en œuvre les exigences résultant de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ([34]), par exemple les travaux concernant les ingrédients du tabac, la surveillance ou le commerce illégal de produits du tabac.

(2) En ce qui concerne l'**alcool**, les activités seront liées à l'approche stratégique générale visant à diminuer les dommages qu'il provoque. La priorité sera donnée à la mise en réseau de manière à regrouper un éventail coordonné et complet d'activités dans des domaines tels que la recherche, l'information, la protection des consommateurs, les transports, les communications à caractère commercial et d'autres aspects liés au marché intérieur; les actions menées s'appuieront sur les expériences nationales, pouvant, entre autres, viser à:

— dresser un inventaire des expériences nationales et en développer le suivi;

— procéder à des évaluations d'impact de différentes options stratégiques sur l'économie et la santé;

— développer les capacités nécessaires à une mise en œuvre efficace des programmes et des politiques.

([33]) Directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, relative à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, le stockage et la distribution de tissus et cellules humains (JO L 102 du 7.4.2004, p. 48).

([34]) Décision 2004/513/CE du Conseil du 2 juin 2004 relative à la conclusion de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (JO L 213 du 15.6.2004, p. 8).

(3) En ce qui concerne les **drogues**, conformément à la stratégie antidrogue de l'UE ([35]), au plan d'action ([36]) et à la recommandation du Conseil sur les drogues ([37]), la priorité sera accordée aux propositions qui portent sur:

— la réduction des dommages face aux nouvelles tendances liées aux substances psychoactives, en particulier la consommation d'ecstasy, de cocaïne/crack et de cannabis;

— l'élaboration ou l'amélioration et la mise en œuvre de programmes de prévention conjoints axés sur les groupes socialement défavorisés, dans les services publics, le secteur de l'éducation et les ONG concernées;

— un inventaire des bonnes pratiques concernant le traitement de la toxicomanie et ses effets et couvrant également la réinsertion, dans le prolongement des actions prévues dans le plan d'action.

2.3.2. *Approches d'intégration concernant les modes de vie et la santé sexuelle et génésique*

(1) S'agissant de la **nutrition** et de l'**activité physique**, les travaux se concentreront sur l'identification des bonnes pratiques et la mise en réseau concernant ([14]):

— les bonnes pratiques dans la restauration scolaire et les programmes d'éducation nutritionnelle;

— l'évaluation et le soutien pilote à des initiatives de collaboration plurilatérales sur les modes de vie sains dans les collectivités, axées sur des groupes vulnérables spécifiques, notamment les enfants;

— l'efficacité des programmes éducatifs et des campagnes d'information qui sont menés par l'industrie alimentaire, les détaillants, les organisations de consommateurs, etc., et visent à promouvoir une alimentation saine;

— l'étude des interventions efficaces qui aboutissent à une modification du comportement des consommateurs en matière de choix alimentaires et d'activité physique;

— les bonnes pratiques en matière d'architecture et d'urbanisme qui favorisent l'activité physique et un mode de vie sain.

(2) Les travaux concernant la **santé sexuelle et génésique** seront axés sur l'élaboration de stratégies visant à encourager les relations sexuelles protégées et à lutter contre l'augmentation des comportements à risque chez les jeunes.

(3) Les actions de lutte contre le **VIH/Sida** se poursuivront conformément aux stratégies globales ([38]) ([39]) et porteront essentiellement sur des actions de santé publique visant à élaborer des stratégies et à identifier les bonnes pratiques en ce qui concerne:

— la prévention du VIH/Sida dans les populations à haut risque, notamment dans les prisons;

— la sensibilisation des groupes à risque moins élevé et de la population en général à la nécessité d'une prévention;

— l'élaboration d'un ensemble complet de services comprenant des normes et un modèle de calcul des coûts.

(4) En ce qui concerne la **santé mentale**, les actions suivantes seront soutenues:

— définir et appliquer les bonnes pratiques intersectorielles destinées à promouvoir la santé mentale et à prévenir les maladies mentales dans les groupes vulnérables tels que les victimes de catastrophes naturelles et autres, les enfants et les adolescents ainsi que les personnes marginalisées au plan social ([14]);

— déterminer et diffuser les bonnes pratiques facilitant une meilleure protection des droits de l'homme, de la dignité et de l'état de santé général des résidents dans les établissements de soins ou d'assistance sociale pour les malades mentaux, les handicapés mentaux ou les personnes dépendantes ([14]);

— constituer un réseau communautaire d'experts dans le traitement du stress post-traumatique pour les victimes de catastrophes naturelles et autres en vue de développer les capacités et d'organiser et de renforcer les services de santé mentale des autorités sanitaires provinciales et régionales dans ce type de situations. Les informations fournies doivent prendre la forme d'un synopsis des pratiques utilisées.

([35]) Stratégie antidrogue de l'UE [2005-2012]: voir http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/keydo_drug_en.htm
([36]) Plan d'action drogue de l'UE [2005-2008]: voir http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/keydo_drug_en.htm
([37]) Recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie (JO L 165 du 3.7.2003, p. 31).
([38]) Une approche coordonnée de la lutte contre le VIH/Sida dans l'Union européenne et les pays voisins http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/docs/ev_20040916_rd01_fr.pdf
([39]) Communication de la Commission sur la lutte contre le VIH/sida dans l'Union européenne et les pays voisins (en cours d'adoption)

2.3.3. *Actions de santé publique visant les déterminants de la santé au sens large*

(1) Les travaux portant sur les **déterminants sociaux de la santé** se concentreront sur la mise au point d'actions en matière d'élaboration des politiques, d'approches novatrices et d'évaluation:

— recenser les politiques globales de lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé et en évaluer l'efficacité, y compris leur dimension sociale et économique, à l'échelon national et infranational;

— identifier, évaluer et diffuser les bonnes pratiques concernant l'intégration d'une priorité relative aux déterminants sociaux dans les stratégies relatives aux déterminants tels que l'alimentation et l'activité physique, le tabac, la drogue et l'alcool, dans le logement, le développement urbain et la santé, dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux et dans le développement de modes de vie sains;

— définir les bonnes pratiques en matière d'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'adéquation des services sociaux et de santé pour les migrants, les immigrants et les minorités;

— réaliser une analyse économique en vue de quantifier les coûts et les avantages de la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé.

(2) Conformément au plan d'action dans le domaine de l'environnement et de la santé ([40]), les travaux sur les **déterminants environnementaux** porteront sur l'établissement de réseaux et les bonnes pratiques en ce qui concerne:

— les actions et activités dans le domaine de la santé publique concernant la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments, compte tenu des effets combinés des matériaux de construction, des produits chimiques ménagers, de la combustion et de la fumée ambiante du tabac;

— les actions et activités dans le domaine de la santé publique concernant les nuisances sonores;

— l'intégration des questions d'environnement et de santé dans les programmes de formation et de perfectionnement des professionnels de la santé;

— l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques en matière de communication des risques et de sensibilisation aux problèmes d'environnement et de santé.

2.3.4. *Prévention des maladies et des dommages corporels*

(1) Un soutien financier sera accordé à l'élaboration de lignes directrices et de recommandations de bonnes pratiques sur les principales maladies pertinentes en matière de santé publique telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires, sur la base des travaux existants.

(2) Un soutien financier sera accordé à l'échange de bonnes pratiques concernant la sécurité des enfants dans l'ensemble des États membres, des pays de l'EEE et des pays candidats ainsi qu'à la promotion de la sécurité des enfants dans le cadre d'une conférence européenne. Une attention particulière sera accordée à la lutte contre la violence physique et à la communication sur les risques grâce à l'organisation d'activités pratiques de prévention des blessures.

2.3.5. *Développement des capacités*

(1) La priorité sera de promouvoir la coopération entre les établissements d'enseignement en ce qui concerne la définition du contenu des programmes des cours et modules de formation européens communs dans des domaines clés de la santé publique. En outre, la priorité sera accordée à l'élaboration de programmes de formation individualisés, et destinés au personnel chargé des soins de santé et à d'autres professionnels travaillant dans des services qui s'occupent des personnes infectées par le VIH/sida et des populations particulièrement vulnérables au VIH/sida (y compris les consommateurs de drogue par voie intraveineuse et les migrants).

(2) Il conviendra, prioritairement, de soutenir, à court terme, le **développement des capacités** de certains réseaux européens en matière de santé publique au regard de leur importance dans ce domaine et de la valeur ajoutée européenne significative qu'ils apportent en vue de combler des lacunes géographiques ou de développement spécifiques. Une attention particulière sera accordée au développement des capacités des organisations non gouvernementales actives dans le domaine du VIH/sida pour qu'elles participent aux actions en faveur de l'adhésion des personnes à la thérapie antirétrovirale.

([40]) Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, et au Comité économique et social européen — *Plan d'action européen 2004-2010 en faveur de l'environnement et de la santé*. COM(2004) 416 du 9 juin 2004).

Annexe au programme de travail 2006

Éligibilité des frais de voyage et de séjour

Ces instructions s'appliquent au remboursement des frais de voyage et de séjour:

— du personnel employé par le bénéficiaire (bénéficiaire principal et bénéficiaires associés) de *subventions* et des experts invités par le bénéficiaire à participer à des groupes de travail;

— lorsque ces frais sont explicitement prévus dans des *marchés de services*.

(1) Les **indemnités de séjour forfaitaires** couvrent tous les frais de subsistance exposés lors des missions, y compris les frais d'hôtel, de restaurant et de transport local (taxis et/ou transports publics). Elles seront prises en considération pour chaque jour de mission passé à une distance minimale de 100 km du lieu de travail habituel. Les indemnités de séjour varient selon le pays dans lequel la mission est effectuée. Les taux journaliers correspondront à la somme de l'indemnité journalière et du prix maximum de l'hôtel, conformément à la décision C(2004) 1313 ([1]) de la Commission, telle que modifiée.

(2) Les missions vers des pays autres que les 25 États membres, les pays adhérents et candidat et les pays de l'AELE/EEE doivent faire l'objet de l'accord préalable des services de la Commission, portant sur les objectifs, les coûts et les motifs de la mission.

(3) Les **frais de voyage** sont éligibles aux conditions suivantes:

— déplacement suivant le trajet le plus direct et le plus économique;

— distance de 100 km au moins entre le lieu de réunion et le lieu de travail habituel;

— déplacement en train: première classe;

— déplacement en avion: tarif économique, sauf si un tarif moins cher peut être utilisé (par ex.: Apex); les trajets en avion ne sont autorisés qu'à partir d'une distance de 800 km aller-retour;

— déplacement en voiture: remboursé sur la base du tarif de chemin de fer, première classe.

([1]) Décision de la Commission n° C(2004) 1313 du 7 avril 2004: dispositions générales d'exécution portant adoption du Guide des missions pour les fonctionnaires et agents de la Commission européenne.