COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

Bruxelles, le 11.11.1996
COM(96) 581 final

95/0238 (COD)

AVIS DE LA COMMISSION
conformément à l'article 189 B, paragraphe 2, alinéa d) du traité CE,
sur les amendements du Parlement européen
à la position commune du Conseil concernant la

proposition de
DECISION DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL

portant adoption d'un programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1997-2001)

PORTANT MODIFICATION A LA PROPOSITION DE LA COMMISSION
conformément à l'article 189 A, paragraphe 2 du traité CE

Depuis l'entrée en vigueur du Traité sur l'Union européenne, la Communauté est dotée d'une compétence particulière en matière de santé publique. Pour atteindre les objectifs de protection de la santé visés aux articles 3 (o) et 129 du Traité instituant la Communauté européenne, la Commission a défini, dans sa communication COM (93)559 final, un cadre d'action dans le domaine de la santé publique.

Dans le cadre des actions à engager au titre de l'article 129, la Communauté doit s'attacher à prévenir les maladies et protéger la santé. Pour cela, elle doit connaître les problèmes existants, leur nature et leur ampleur. Par conséquent, il lui faut mesurer les changements opérés dans le domaine de la santé ainsi que l'impact des politiques, programmes ou actions menés dans les Etats membres et au niveau communautaire pour garantir la réalisation des objectifs visés et l'obtention effective des améliorations escomptées. La Communauté doit donc adopter les mesures appropriées de surveillance de la santé et de ses déterminants et disposer d'une capacité adéquate de suivi et d'évaluation des actions. Sur la base des critères établis dans la communication de la Commission mentionnée ci-dessus, les données et indicateurs de santé ont été reconnus comme essentiels à l'acquisition d'une telle connaissance et capacité et, en conséquence, comme une priorité de l'action communautaire.

La Commission a donc proposé un programme d'action communautaire[1] en matière de surveillance de la santé qui devra contribuer à mettre au point un système de surveillance de la santé de haute qualité, axé sur les politiques à mener dans la Communauté européenne. Cet objectif devrait être atteint 1) par l'établissement d'une série d'indicateurs de santé, 2) par la constitution d'un réseau de collecte et de diffusion des données nécessaires pour les indicateurs et 3) par le développement de la capacité d'analyse des informations.

Le Comité économique et social (CES) a rendu son avis le 27 mars 1996[2].

De manière générale, cet avis est très favorable au programme proposé de surveillance de la santé. Le CES s'en félicite et le soutient, en soulignant l'importance d'établir et d'entretenir des indicateurs de santé. Il insiste sur la coopération de la Commission avec l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation de coopération et de développement économiques et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Le CES propose que la liste proposée de domaines et rubriques pour d'éventuels indicateurs de santé, qui figure à l'annexe 1 de la communication accompagnant la

---

1 JO N°C338 du 16.12.1995, p. 4; COM (95) 449 final

2 JO N°C174, du 17.6.1996, p.3

proposition, soit jointe à cette dernière. Enfin, il attire l'attention sur le budget imparti au programme qui, à son avis, devrait être augmenté en raison de l'importance du sujet.

Le **Comité des régions** (CdR) a rendu son avis le 18 janvier 1996[3]. Le CdR n'a pas d'objections à formuler en ce qui concerne les objectifs généraux du programme proposé, mais il insiste pour qu'un rôle important soit attribué au CdR et aux autorités locales et régionales dans la mise en oeuvre du programme. Il observe également que le programme pourrait servir à l'avenir à établir des normes minimales de santé dans tous les Etats membres.

Le CdR s'inquiète de ce que le budget soit trop limité pour permettre la coopération nécessaire avec d'autres agences, autorités locales et régionales, etc.

Le CdR propose de réduire la composition proposée du comité à un représentant par Etat membre au lieu de deux. De plus, il apprécierait que ce comité compte d'autres membres provenant d'organes régionaux tels que le CdR, le NOMESKO (comité nordique de statistiques médicales) et autres.

Le **Parlement européen** a rendu son avis, après première lecture, le 17 avril 1996[4]. Cet avis contient 44 amendements à la proposition initiale de la Commission. Les amendements adoptés visent à modifier ou compléter la proposition de décision sur un certain nombre de points:

- dispositions de mise en oeuvre du programme : comitologie et budget ;
- aspects généraux relatifs au champ d'application du programme (y compris l'établissement d'un observatoire européen de la santé et la fixation d'objectifs de santé par les Etats membres) ;
- informations complémentaires sur certaines mesures, par reformulation ou ajouts au texte, y compris une annexe (II) contenant une liste de domaines potentiels dans lesquels des indicateurs de santé pourraient être établis.

Sur les 44 amendements proposés par le Parlement, la Commission en a accepté 28 en tout ou en partie.

Le 13 mai 1996, la Commission a adopté une proposition modifiée tenant compte des amendements du Parlement européen.[5]

Le 14 mai 1996, le **Conseil** a arrêté à l'unanimité une position commune en vue de l'adoption de la décision concernée.

La Commission, qui ne pouvait accepter cette position commune, a exprimé des réserves sur les points suivants :

---

3 JO N°C129 du 02.5.1996, p.50

4 Doc. PE 215.742 déf.

5 COM (96) 222 final.

- **Article 3 (budget) :** La position commune adoptée par le Conseil prévoit, pour le programme, un budget de 13 MECU pour une période de cinq ans comprise entre le 1er janvier 1997 et le 31 décembre 2001.
  La Commission avait proposé une dotation totale de 13,8 MECU pour la période 1997-2001. Elle considère que sa proposition respecte les plafonds prévus à la rubrique 3 des perspectives financières et est relativement modeste eu égard à l'étendue et à l'importance du nouveau programme. La Commission a donc demandé d'insérer dans le procès-verbal du Conseil une déclaration exprimant ses réserves sur le budget, qu'elle considère insuffisant.

- **Article 5 (Comitologie) :** Le Conseil souhaite instaurer une comitologie "mixte" pour la mise en oeuvre du programme. Dans le cadre de cette procédure, semblable à celle qui a été instaurée pour d'autres programmes de santé publique (SIDA, cancer et promotion de la santé), neuf matières relèveraient de la compétence "de gestion" du comité et d'autres relèveraient de sa compétence "consultative". La Commission a exprimé des réserves sur cette approche qu'elle estime excessivement bureaucratique et onéreuse; elle préfèrerait un comité simplement consultatif qui pourrait traiter explicitement, sans s'y limiter, certains des domaines d'activité envisagés par le Conseil.

- **Article 7(3) (Evaluation) :** Le Conseil voulait que la Commission fasse des propositions pour la poursuite du programme. La Commission regrette la mention de l'évaluation comme base des recommandations à formuler pour la poursuite du programme, ceci pouvant ne pas être souhaitable ou opportun au regard du droit d'initiative de la Commission. En conséquence, la Commission a fait figurer une réserve dans le procès-verbal du Conseil en ce qui concerne l'article 7(3).

- **Considérant 26, article 5(g), annexe I (objectif A et action A.3) :** La Commission regrette la suppression de "l'harmonisation progressive" au considérant 26 et la mention de données simplement "comparables" plutôt que "progressivement harmonisées" à l'article 5(g), dans l'objectif A et l'action A.3 de l'annexe I et, en vue de la deuxième lecture au Parlement européen, elle réserve sa position sur ce point. Une réserve à ce sujet a été introduite dans le procès-verbal du Conseil.

Le Conseil n'a pas non plus repris la plupart des amendements proposés par le Parlement européen que la Commission avait insérés dans sa proposition modifiée. Vu l'importance attachée par le Parlement à ces amendements, la Commission ne pouvait qu'exprimer des réserves sur leur omission dans la position commune du Conseil et elle a fait insérer une déclaration dans ce sens dans le procès-verbal.

Le 23 octobre 1996, le Parlement européen[6] a adopté 19 amendements à la position commune du Conseil. L'avis de la Commission concernant chacun de ces amendements figure en annexe.

La Commission fait remarquer que l'article 189b paragraphe 3 du Traité prévoit que, si dans un délai de trois mois après réception des amendements du Parlement européen, le Conseil, statuant à la majorité qualifiée approuve tous les amendements, il modifie en

---

6 Doc. PE 218.544 déf.

conséquence sa position commune et arrête l'acte concerné; toutefois, le Conseil statue à l'unanimité sur les amendements ayant fait l'objet d'un avis négatif de la Commission. Si le Conseil n'arrête pas l'acte en question, le président du Conseil, en accord ~~avec~~ le président du Parlement européen, convoque sans délai le comité de conciliation.

ANNEXE[7]

Amendement n°1: Avis de la Commission: accepté en partie.
La Commission ne peut accepter que partiellement cet amendement parce qu'un considérant doit faire référence à un texte légal (par exemple résolution, conclusion, recommandation) et pas à une "réunion de conciliation".

Amendement n°2: Avis de la Commission: accepté en partie.
La Commission ne peut accepter que partiellement cet amendement parce que l'utilisation du terme "comparables" revient à limiter les données à collecter par le système aux seules données comparables. Ceci n'est pas souhaitable étant donné que la plupart des données ne sont pas comparables actuellement. Il ne faut pas attendre que les États membres produisent des données comparables pour mettre au point des indicateurs de santé. En outre, il est important de souligner que le système comprend la collecte de données de santé. Enfin, il se peut que le réseau existe déjà et ne doive dès lors pas être créé.

Amendement n°3: Avis de la Commission: rejeté.
Le soutien à des activités spécifiques des États membres déborde le cadre du programme de surveillance de la santé. De plus, selon le principe de subsidiarité, la création ou l'amélioration de bases de données des États membres relève de la responsabilité de ceux-ci.

Amendement n°4: Avis de la Commission: rejeté.
La Commission rejette cet amendement parce qu'il s'agit d'un considérant important. Il n'y a pas de raison manifeste de le supprimer.

Amendement n°5: Avis de la Commission: rejeté.
Le texte doit être aligné sur le libellé de l'article 129.

Amendement n°6: Avis de la Commission: accepté en partie.
La Commission ne peut accepter que partiellement cet amendement que parce que toutes les données ne nécessitent pas la mise au point en commun de définitions, etc.. Une telle formulation est donc trompeuse et, tel qu'il est rédigé là, l'amendement n'a pas de sens.

Amendement n°7: Avis de la Commission: accepté.
Le libellé de cet amendement est celui de la proposition initiale de la Commission.

Amendement n°8: Avis de la Commission: rejeté.
La marge prévue à la rubrique 3 du budget, dont relève le programme, ne permet pas une telle augmentation.

Amendement n°9: Avis de la Commission: accepté.
La Commission peut entièrement accepter cet amendement parce que son libellé est cohérent avec celui des trois autres programmes de santé publique, comme convenu au cours de la réunion de conciliation en décembre 1996.

---

[7] La numérotation des amendements correspond à celle de la recommandation pour la 2ème lecture-Doc. PE 218.544/déf.

Amendement n°10: Avis de la Commission: accepté en partie.
Le point 1 n'est accepté que partiellement parce qu'il y a lieu de se conformer exactement à la formulation de la décision de 1987 sur la comitologie. La représentation au sein du comité doit être analogue à celle des autres programmes de santé (2 représentants par État membre). Les points 2 à 4 sont acceptés dans leur totalité parce qu'ils correspondent à la proposition initiale de la Commission.

Amendement n°11: Avis de la Commission: rejeté.
Le texte doit être aligné sur le libellé de l'article 129, qui n'impose aucune obligation légale de coopérer avec des organisations non gouvernementales.

Amendement n°12: Avis de la Commission: rejeté.
Cet amendement est rejeté parce que les dates d'échéances du programme dépendent de la date de son adoption. Il est dès lors inopportun de spécifier les dates de présentation des rapports intérimaire et final car elles peuvent ne pas correspondre, respectivement, à la moitié de la durée et à la fin du programme.

Amendement n°13: Avis de la Commission: accepté.
Le libellé est celui de la proposition initiale de la Commission.

Amendement n°14: Avis de la Commission: rejeté.
Cet amendement est rejeté parce que sa première partie limite la collecte systématique de données aux données comparables, ce qui est trop restrictif, car cela empêche de soutenir les activités nécessaires à l'amélioration de la comparabilité des données. La deuxième partie implique une obligation d'harmoniser les données nationales; ceci peut nécessiter l'harmonisation de dispositions légales, ce qui ne peut être fait au titre de l'article 129.

Amendement n°15: Avis de la Commission: rejeté.
Le soutien à des d'activités spécifiques des États membres déborde le cadre du programme de surveillance de la santé. De plus, selon le principe de subsidiarité, la création et l'amélioration de bases de données des États membres relèvent de la compétence de ceux-ci. Enfin, ce programme n'est pas un instrument destiné à débourser des fonds en faveur des États membres. Une telle action ne correspondrait à aucun objectif et ne présenterait aucune valeur ajoutée.

Amendement n°16: Avis de la Commission: accepté en partie.
Ce n'est pas à la Commission qu'il appartient toujours d'entreprendre directement de telles activités. Elle cherchera néanmoins à assurer que ces activités soient entreprises et soutenues.

Amendement n°17: Avis de la Commission: accepté.
Le libellé est celui de la proposition initiale de la Commission.

Amendement n°18: Avis de la Commission: accepté en partie.
Les analyses font partie des rapports. Des informations sont importantes même si elles ne sont pas présentées sous forme de rapport ou ne contiennent pas d'analyses. En outre, les systèmes de santé sont considérés comme faisant partie des déterminants de la santé et l'analyse coût/efficacité de ces systèmes dépasse le cadre du programme.

Amendement n°19: Avis de la Commission: accepté.
Il est opportun de soutenir une vaste diffusion des rapports rédigés et des informations compilées dans le cadre du programme.

PROPOSITION MODIFIÉE

DE DECISION DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL

portant adoption d'un programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1997-2001)

(présentée par la Commission conformément à l'article 189 A, paragraphe 2 du traité CE)

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
LE PARLEMENT EUROPEEN ET LE CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE,	
vu le traité instituant la Communauté européenne, et notamment son article 129,	
vu la proposition de la Commission [1],	
vu l'avis du Comité économique et social [2],	
vu l'avis du Comité des régions [3],	
statuant conformément à la procédure visée à l'article 189 B du traité,	
1. Considérant que, aux termes de l'article 3 point o) du traité, l'action de la Communauté comporte une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé ; que l'article 129 du traité prévoit expressément une compétence communautaire dans ce domaine en ce que la Communauté y contribue en encourageant la coopération entre les Etats membres et, si nécessaire, en appuyant leur action ;	1. Considérant que, aux termes de l'article 3 point o) du traité, l'action de la Communauté comporte une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé ; que l'article 129 du traité prévoit expressément une compétence communautaire dans ce domaine en ce que la Communauté y contribue en encourageant la coopération entre les Etats membres et, si nécessaire, en appuyant leur action, <u>en promouvant la coordination de leurs politiques et programmes dans ce domaine et en favorisant la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes;</u>
2. Considérant que le Conseil, dans sa résolution [4] du 27 mai 1993 concernant l'action future dans le domaine de la santé publique, a estimé qu'une amélioration de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données relatives à la santé, ainsi que de la qualité et de la comparabilité des données disponibles, est essentielle pour l'établissement des futurs programmes ;	

[1] JO n° C 338 du 16.12.1995, p. 4.

[2] JO n° C 174 du 17.6.1996, p. 3

[3] JO n° C 129 du 2.5.1996, p. 50.

[4] JO n° C 174 du 25.6.1993, p. 1.

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
3. Considérant que le Parlement européen, dans sa résolution sur la politique de la santé publique après Maastricht [1], a souligné combien il est important de pouvoir disposer d'informations suffisantes et appropriées pour l'élaboration d'actions communautaires dans le domaine de la santé publique; que le Parlement européen a invité la Commission a recueillir et à examiner les données de santé des Etats membres en vue d'évaluer les effets des politiques de la santé publique sur l'état de la santé dans la Communauté ;	3. Considérant que le Parlement européen, dans son rapport sur la politique de la santé publique après Maastricht, a souligné combien il est important de pouvoir disposer d'informations suffisantes et appropriées pour l'élaboration d'actions communautaires dans le domaine de la santé publique; que le Parlement européen a invité la Commission à recueillir et examiner les données sanitaires des Etats membres et à analyser les orientations des politiques de santé publique en en évaluant les effets ainsi que l'impact d'autres politiques sur la santé ;
4. Considérant que la Commission, dans sa communication du 24 novembre 1993 concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, a estimé qu'une coopération accrue en matière de normalisation et de collecte de données comparables / compatibles sur la santé et la promotion des systèmes de surveillance constituent un préalable à l'établissement d'un cadre de soutien des politiques et programmes des Etats membres ; que le domaine de la surveillance de la santé, y compris les données et indicateurs de santé, a été retenu comme domaine prioritaire pour la formulation de propositions concernant des programmes communautaires pluriannuels dans le domaine de la santé publique ;	
5. Considérant que, dans sa résolution du 2 juin 1994 concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique [2], le Conseil a indiqué qu'il convient d'accorder la priorité à la collecte de données sanitaires et a invité la Commission à présenter des propositions y relatives; que le Conseil a estimé que les données et indicateurs utilisés devraient comprendre des mesures relatives à la qualité de la vie de la population, une évaluation précise des besoins sanitaires, une estimation du nombre de décès qui pourraient être évités grâce à la prévention des maladies, les facteurs socio-économiques en matière de santé au sein des différents groupes de la population ainsi que, le cas échéant, si les Etats membres le jugent nécessaire, l'assistance sanitaire, les pratiques médicales et l'impact des réformes ;	

[1] JO n° C 329 du 6.12.1993, p. 375.

[2] JO n° C 165 du 17.6.1994, p.1.

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
6. Considérant que la surveillance de la santé au niveau communautaire est essentielle pour la programmation, le suivi et l'évaluation des actions communautaires dans le domaine de la santé publique et pour le suivi et l'évaluation de l'impact des autres politiques communautaires sur la santé ;	
7. Considérant qu'il sera possible, à partir notamment de la connaissance des données relatives à la santé publique en Europe, obtenues grâce à la mise en place d'un système communautaire de surveillance de la santé publique, de suivre l'évolution de la santé publique et de définir des priorités et des objectifs en matière de santé publique ;	
8. Considérant que la surveillance de la santé comprend, au sens de la présente décision, l'établissement d'indicateurs de santé de la Communauté, la collecte, la diffusion et l'analyse des données et indicateurs de santé de la Communauté ;	
9. Considérant que, dans sa décision 93/464/CEE, du 22 juillet 1993, relative au programme-cadre pour des actions prioritaires dans le domaine de l'information statistique 1993-1997 [1], le Conseil a retenu sous le titre "statistiques sur la santé et la sécurité", comme l'un des domaines où des actions prioritaires sont à mener au titre des programmes sectoriels pour la politique sociale, la cohésion économique et sociale et la protection des consommateurs, l'analyse de la mortalité et de la morbidité par causes ;	
10. Considérant que, dans sa décision 94/913/CE, du 15 décembre 1994, arrêtant un programme spécifique de recherche, de développement technologique et de démonstration dans le domaine de la biomédecine et de la santé (1994-1998) [2], le Conseil a retenu comme action de recherche spécifique la coordination et la comparaison des bases de données européennes en matière de santé, y compris les données sur la nutrition, provenant des différents Etats membres et que cela a été pris en compte dans le programme de recherche concerné ;	

[1] JO n° L 219 du 28.8.1993, p. 1.

[2] JO n° L 361 du 31.12.1994, p. 40.

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
11. Considérant que, au niveau communautaire, la surveillance de la santé devrait permettre que des mesures de l'état de santé, des tendances et des déterminants soient effectuées, faciliter la programmation, le suivi et l'évaluation des programmes et actions communautaires et fournir aux Etats membres des informations sanitaires utiles à l'élaboration et à l'évaluation de leurs politiques en matière de santé ;	
12. Considérant que, pour répondre pleinement aux exigences et attentes dans ce domaine, il convient d'instaurer un système de surveillance de la santé de la Communauté, y compris l'établissement d'indicateurs de santé et la collecte de données sanitaires, d'établir un réseau de transmission et de partage des données et indicateurs de santé et de constituer une capacité d'analyse et de diffusion des informations sanitaires ;	12. Considérant que, pour répondre pleinement aux exigences et aux attentes dans ce domaine, il conviendrait d'instaurer un système de surveillance communautaire de la santé, qui comporte l'établissement d'indicateurs de santé et la collecte de données sanitaires, d'établir un réseau de transmission et de partage des données et indicateurs de santé et de constituer une capacité d'analyse et de diffusion des informations sanitaires ;
13. Considérant qu'il y a lieu d'examiner soigneusement les options et possibilités qui s'offrent pour la mise en place des diverses parties d'un système de surveillance de la santé de la Communauté, y compris celles concernant le renforcement des dispositifs existants, eu égard aux résultats, à la souplesse et au rapport coûts/avantages escomptés ; qu'il faut un système souple qui puisse incorporer des éléments qui sont d'ores et déjà jugés valables et s'adapter aux nouveaux besoins et d'autres priorités ; qu'un tel système devrait comprendre la définition d'ensemble d'indicateurs de santé de la Communauté et la collecte des données nécessaires à l'établissement de ces indicateurs ;	13. Considérant qu'il y a lieu d'examiner soigneusement les options et les possibilités qui s'offrent pour la mise en place des diverses parties d'un système de surveillance communautaire de la santé, y compris celles concernant le renforcement des dispositifs existants et/ou la mise en place d'un observatoire, eu égard aux résultats et au rapport coûts/avantages escomptés ; qu'il faut un système souple qui puisse incorporer des éléments qui sont d'ores et déjà jugés valables et s'adapter aux nouveaux besoins et à d'autres priorités ; qu'un tel système devrait comprendre la définition d'ensembles d'indicateurs de santé de la Communauté et la collecte des données nécessaires à l'établissement de ces indicateurs ;
14. Considérant qu'il convient, pour l'établissement des données et indicateurs de santé de la Communauté, de s'inspirer de données et indicateurs européens existants, tels que ceux détenus par les Etats membres et/ou transmis par eux aux organisations internationales, de manière à éviter tout double emploi ;	
15. Considérant que la situation concernant la collecte des données varie d'un Etat membre à l'autre ;	
16. Considérant qu'un système de surveillance de la santé de la Communauté pourrait tirer avantage de l'établissement d'un réseau télématique de collecte et de distribution des données et indicateurs de santé communautaires ;	16. Considérant que le système de surveillance communautaire de la santé pourrait tirer avantage du fait qu'il s'appuie sur un réseau à ossature télématique pour la collecte et la distribution des données et indicateurs de santé communautaires ;

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
17. Considérant que le système de surveillance de la santé de la Communauté devrait pouvoir fournir des données pour établir des rapports réguliers sur l'état de la santé dans la Communauté ainsi que des analyses des tendances et des problèmes sanitaires, et aider à la production et à la diffusion d'informations sanitaires ;	
18. Considérant que la mise en place d'un système de surveillance de la santé de la Communauté suppose impérativement le respect des dispositions en matière de protection des données, y compris la mise en place de dispositifs propres à assurer leur confidentialité et leur sécurité, telles que les dispositions figurant dans la directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données [1] et dans le règlement (Euratom, CEE) n° 1588/90 du Conseil, du 11 juin 1990, relatif à la transmission à l'Office statistique des Communautés européennes d'informations statistiques couvertes par le secret [2] ;	
19. Considérant qu'un programme pluriannuel devrait être lancé dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, de manière à permettre la mise en place d'un système de surveillance de la santé de la Communauté et des mécanismes nécessaires à son évaluation ;	
20. Considérant que, en accord avec le principe de la subsidiarité, les actions dans des domaines qui ne relèvent pas de la compétence exclusive de la Communauté, telles que la surveillance de la santé, ne peuvent être entreprises par la Communauté que dans le cas où, en raison de leurs dimensions ou effets, elles peuvent être mieux réalisées au niveau communautaire ;	20. Considérant qu'en accord avec le principe de subsidiarité, les actions dans des domaines qui ne relèvent pas de la compétence exclusive de la Communauté, telles que la surveillance de la santé, ne peuvent être entreprises par la Communauté que dans le cas où, en raison de leurs dimensions ou de leurs effets, elles peuvent être mieux réalisées au niveau communautaire ;

[1] JO n° L 281 du 23.11.1995, p. 31.

[2] JO n° L 151 du 15.6.1990, p. 1. Règlement modifié par l'acte d'adhésion de 1994.

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
21. Considérant que les politiques et programmes élaborés et mis en oeuvre au niveau communautaire, en particulier dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, devraient être compatibles avec les buts et objectifs de l'action communautaire en matière de surveillance de la santé ; que la mise en oeuvre des actions communautaires en matière de surveillance de la santé devrait prendre en compte les activités de recherche pertinentes entreprises dans le programme-cadre pour la recherche et le développement technologique et être coordonnée avec ces activités ; que les projets sur les applications télématiques dans le domaine de la santé dans le cadre du programme RDT devraient être coordonnés avec les actions communautaires	—
sur la surveillance de la santé ; que les actions au titre du programme-cadre de la Communauté dans le domaine de l'information statistique, les projets communautaires dans le domaine de l'échange télématique de données entre administrations (IDA) et les projets sur la santé du G7 devraient faire l'objet d'une coordination étroite avec la mise en oeuvre des actions communautaires en matière de surveillance de la santé ; que le travail entrepris par les agences spécialisées européennes, telles que l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ou l'Agence européenne de l'environnement devrait être pris en compte ;	
22. Considérant qu'il convient de renforcer la coopération dans ce domaine avec les organisations internationales compétentes et les pays tiers ;	22. Considérant qu'il convient d'encourager la coopération dans ce domaine avec les organisations internationales compétentes et les pays tiers ;
23. Considérant que, d'un point de vue opérationnel, il convient de sauvegarder et de développer davantage les investissements effectués dans le passé en ce qui concerne tant l'établissement de réseaux communautaires que la coopération avec les organisations internationales compétentes dans ce domaine ;	
24. Considérant qu'il importe que la Commission assure la mise en oeuvre du présent programme en étroite coopération avec les Etats membres ;	
25. Considérant qu'un modus vivendi [1] a été conclu, le 20 décembre 1994, entre le Parlement européen, le Conseil et la Commission concernant les mesures d'exécution des actes arrêtés selon la procédure visée à l'article 189 B du traité ;	

[1] JO n° C 102 du 4.4.1996, p. 1.

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
26. Considérant que, à l'heure actuelle, les données ne sont pas suffisamment comparables et qu'il convient d'éviter tout double emploi par la mise au point en commun de méthodes, de critères et de techniques de comparaison et de conversion, par la mise au point des instruments appropriés de collecte des données tels qu'enquêtes, questionnaires ou parties de tels instruments, et par des spécifications relatives à la teneur des informations sanitaires à partager au moyen, en particulier, d'un réseau télématique ;	26. Considérant qu'à l'heure actuelle, ~~les~~ données ne sont pas suffisamment comparables et qu'il conviendrait de mettre au point en commun des méthodes, des critères et techniques de comparaison et de conversion, des instruments de collecte de données progressivement harmonisées, tels que des enquêtes, des questionnaires ou des parties de tels instruments, ainsi que des spécifications relatives à la teneur des informations sanitaires à partager au moyen, en particulier, d'un réseau télématique ;
27. Considérant que, afin d'accroître la valeur et l'impact du présent programme, il convient de procéder à l'évaluation continue des actions entreprises, notamment en ce qui concerne leur efficacité et la réalisation des objectifs, tant au niveau national qu'au niveau communautaire, et de procéder, s'il y a lieu, aux adaptations nécessaires ;	
28. Considérant que la présente décision établit, pour l'ensemble de la durée du présent programme, une enveloppe financière qui constitue la référence privilégiée, au sens du point 1 de la déclaration du Parlement européen, du Conseil et de la Commission du 6 mars 1995 [1], pour l'autorité budgétaire dans le cadre de la procédure budgétaire annuelle ;	
29. Considérant que le présent programme doit avoir une durée de cinq ans afin de laisser aux actions un temps de mise en oeuvre suffisamment long pour leur permettre d'atteindre les objectifs fixés,	
DECIDENT	
Article premier	
Etablissement du programme	
1. Un programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé, ci-après dénommé "présent programme" est adopté pour la période allant du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2001 dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique.	1. Un programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé, ci-après dénommé "le présent programme" est adopté par la présente pour la période allant du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2001 dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique.

[1] JO n° C 102 du 4.4.1996, p. 4.

2. Le présent programme a pour objectif de contribuer à l'établissement d'un système communautaire de surveillance de la santé qui permette de : a) mesurer l'état de santé, les tendances et les déterminants de santé dans l'ensemble de la Communauté, b) faciliter la planification, le suivi et l'évaluation des programmes et des actions communautaires, c) fournir aux Etats membres des informations sanitaires appropriées permettant d'effectuer des comparaisons et de soutenir les politiques nationales de santé, en encourageant la coopération entre les Etats membres et, si nécessaire, en appuyant leur action, en promouvant la coordination de leurs politiques et programmes dans ce domaine et en favorisant la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes.	
3. Les actions à mettre en oeuvre dans le cadre du présent programme et leurs objectifs spécifiques figurent à l'annexe I sous les rubriques suivantes : A. Etablissement d'indicateurs de santé de la Communauté B. Mise en place d'un réseau communautaire de partage des données de santé C. Analyses et rapports. Une liste non exhaustive des domaines dans lesquels des indicateurs de santé pourraient être établis figure à l'annexe II.	
Article 2 Mise en oeuvre 1. La Commission assure la mise en oeuvre, en étroite coopération avec les Etats membres, des actions qui figurent à l'annexe I, conformément à l'article 5. 2. La Commission coopère avec les institutions et organisations actives dans le domaine de la surveillance sanitaire.	
Article 3 Budget 1. L'enveloppe financière pour l'exécution du présent programme, pour la période visée à l'article 1er, est établie à 13 millions d'écus.	1. Les crédits disponibles pour l'exécution du présent programme, pour la période visée à l'article 1er, sont établis à 13,8 millions d'écus.

2. Les crédits annuels sont autorisés par l'autorité budgétaire dans la limite des perspectives financières.	—
Article 4 Cohérence et complémentarité	
La Commission, en y associant les Etats membres, veille à la cohérence et à la complémentarité entre les actions à mettre en oeuvre dans le cadre du présent programme et les autres programmes et initiatives communautaires pertinents, tant ceux qui se situent dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique que, en particulier, le programme-cadre dans le domaine de l'information statistique, les projets dans le domaine de l'échange télématique de données entre administrations et le programme-cadre de recherche et de développement technologique, et notamment ses applications télématiques.	La Commission veille à la cohérence et à la complémentarité entre les actions à mettre en oeuvre au titre du présent programme et les autres programmes et initiatives communautaires pertinents, y compris le programme-cadre dans le domaine de l'information statistique, les projets dans le domaine de l'échange télématique de données entre administrations et le programme-cadre de recherche et de développement technologique, et notamment ses applications télématiques.
Article 5 Comité	
1. La Commission est assistée par un comité composé de deux représentants désignés par chaque Etat membre et présidé par le représentant de la Commission.	1. La Commission est assistée par un comité à caractère consultatif, dénommé ci-après "le comité", composé de deux représentants de chaque Etat membre et présidé par le représentant de la Commission.
2. Le représentant de la Commission soumet au comité des projets de mesures concernant :	2. Le représentant de la Commission soumet au comité un projets de mesures concernant en particulier:
a) le règlement intérieur du comité ;	a) le règlement intérieur du comité ;
b) un programme de travail annuel indiquant les priorités d'action ;	b) un programme de travail annuel fixant les priorités d'action ;
c) les modalités, les critères et les procédures pour sélectionner et financer des projets dans le cadre du présent programme, y compris ceux qui impliquent une coopération avec des organisations internationales compétentes en matière de santé publique et la participation des pays visés à l'article 6 paragraphe 2 ;	c) les modalités, critères et procédures de sélection et de financement des projets au titre du présent programme, y compris ceux qui impliquent une coopération avec des organisations internationales compétentes dans le domaine de la santé publique et la participation des pays mentionnés à l'article 6 paragraphe 2 ;
d) la procédure d'évaluation ;	d) la procédure d'évaluation ;
e) les modalités de diffusion et de transfert des résultats ;	e) les modalités applicables à la communication, à la conversion et à l'harmonisation des données ;
f) les modalités de coopération avec les institutions et organisations visées à l'article 2 paragraphe 2.	f) les modalités relatives à la définition et à la sélection des indicateurs;

g) les dispositions applicables à la communication des données ainsi qu'à leur conversion, et aux autres méthodes pour rendre les données comparables, afin d'atteindre l'objectif visé à l'article 1er paragraphe 2 ;	g) les modalités relatives aux spécifications de contenu nécessaires pour permettre la mise en place et le fonctionnement des réseaux;
h) les dispositions en matière de définition et de sélection des indicateurs ;	supprimé
i) les dispositions concernant les spécifications de contenu nécessaires pour assurer la mise en place et le fonctionnement des réseaux.	supprimé
Le comité émet son avis sur les projets de mesures visés ci-dessus dans un délai que le président peut fixer en fonction de l'urgence de la question en cause. L'avis est émis à la majorité prévue à l'article 148 paragraphe 2 du traité pour l'adoption des décisions que le Conseil est appelé à prendre sur proposition de la Commission. Lors des votes au sein du comité, les voix des représentants des Etats membres sont affectées de la pondération définie à l'article précité. Le président ne prend pas part au vote.	supprimé
La Commission arrête des mesures qui sont immédiatement applicables. Toutefois, si elles ne sont pas conformes à l'avis émis par le comité, ces mesures sont aussitôt communiquées par la Commission au Conseil. Dans ce cas :	supprimé
- la Commission diffère l'application des mesures décidées par elle d'un délai de deux mois à compter de la date de la communication ;	
- le Conseil, statuant à la majorité qualifiée, peut prendre une décision différente dans le délai prévu au premier tiret.	
3. En outre, la Commission peut consulter le comité sur toute autre question concernant la mise en oeuvre du présent programme, y compris les modalités de coordination avec les autres programmes et initiatives visés à l'article 4.	3. En outre, la Commission peut consulter le comité sur toute autre question concernant la mise en oeuvre du programme.
Le représentant de la Commission soumet au comité un projet des mesures à prendre. Le comité émet son avis sur ce projet, dans un délai que le président peut fixer en fonction de l'urgence de la question en cause, le cas échéant en procédant à un vote.	Le représentant de la Commission soumet au comité un projet des mesures à prendre. Le comité émet son avis sur ce projet, dans un délai que le président peut fixer en fonction de l'urgence de la question en cause, le cas échéant en procédant à un vote.
L'avis est inscrit au procès-verbal; en outre, chaque Etat membre a le droit de demander que sa position figure à ce procès-verbal.	L'avis est inscrit au procès-verbal; en outre, chaque Etat membre a le droit de demander que sa position figure à ce procès-verbal.
La Commission tient le plus grand compte de l'avis émis par le comité. Elle informe le comité de la façon dont elle a tenu compte de cet avis.	La Commission tient le plus grand compte de l'avis émis par le comité. Elle informe le comité de la façon dont elle a tenu compte de cet avis.

4. Le représentant de la Commission tient le comité régulièrement informé :	4. Le représentant de la Commission tient le comité régulièrement informé :
- des concours financiers accordés dans le cadre du présent programme (montant, durée, ventilation et bénéficiaires),	- de l'assistance financière accordée au titre du programme (montants, durée, ventilation et destinataires)
- afin d'assurer la cohérence et la complémentarité visées à l'article 4, des propositions de la Commission ou initiatives de la Communauté et de la mise en oeuvre de programmes dans le cadre d'autres domaines ayant un rapport direct avec la réalisation des objectifs du présent programme.	- des propositions de la Commission ou des initiatives de la Communauté, ainsi que de la mise en oeuvre de programmes dans le cadre d'autres domaines politiques présentant un intérêt pour la réalisation des objectifs du présent programme en vue d'assurer la cohérence et la complémentarité requises à l'article 4.
Article 6	
Coopération internationale	
1. Au cours de la mise en oeuvre du présent programme, la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique, en particulier l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation de coopération et de développement économiques et l'Organisation internationale du travail, est encouragée et mise en oeuvre conformément à la procédure prévue à l'article 5.	1. Au cours de la mise en oeuvre du présent programme, la coopération avec des pays tiers et avec des organisations internationales compétentes en matière de santé publique, en particulier l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques, est encouragée et mise en oeuvre conformément à l'article 5.
2. Le présent programme est ouvert à la participation des pays associés d'Europe centrale et orientale (PAECO), conformément aux conditions fixées dans les protocoles additionnels aux accords d'association relatifs à la participation à des programmes communautaires, à conclure avec ces pays. Il est ouvert à la participation de Chypre et de Malte sur la base de crédits supplémentaires selon les mêmes règles que celles appliquées aux pays de l'Association européenne de libre-échange (AELE), conformément aux procédures à convenir avec ces pays.	
Article 7	
Suivi et évaluation	
1. La Commission, en tenant compte des bilans dressés par les Etats membres et avec la participation, en tant que de besoin, d'experts indépendants, assure l'évaluation des actions menées.	

2. La Commission soumet au Parlement européen et au Conseil un rapport intérimaire à mi-parcours et un rapport final à l'issue du présent programme. Elle y intègre les informations relatives au financement communautaire dans les divers domaines d'action et à la complémentarité avec les autres programmes et initiatives visés à l'article 4 ainsi que les résultats de l'évaluation visée au paragraphe 1. Elle transmet également ces rapports au Comité économique et social et au Comité des régions.	
3. Sur la base de l'évaluation visée au paragraphe 1, la Commission pourra, le cas échéant, faire des propositions appropriées en vue de la poursuite du présent programme.	supprimé
Fait à Bruxelles, le Par le Parlement européen Le président Par le Conseil Le président	

ANNEXE I Objectifs et actions specifiques A. ETABLISSEMENT D'INDICATEURS DE SANTE DE LA COMMUNAUTE Objectif	
Etablir des indicateurs de santé de la Communauté au moyen d'un examen critique des données et indicateurs de santé existants et mettre au point des méthodes appropriées pour collecter les données sanitaires et pour les rendre comparables, conformément à l'objectif visé à l'article 1er paragraphe 2.	Etablir des indicateurs de santé de la Communauté au moyen d'un examen critique des données et indicateurs de santé existants et mettre au point des méthodes appropriées de collecte des données sanitaires comparables et progressivement harmonisées, conformément à l'objectif visé à l'article 1er paragraphe 2.
1. Identification, examen et analyse critique des indicateurs et données de santé existant au niveau européen et au niveau des Etats membres, en utilisant comme base les données validées par eux, en vue de déterminer leur intérêt, leur qualité et leur degré de couverture eu égard à l'établissement d'indicateurs de santé de la Communauté.	
2. Identification d'un ensemble d'indicateurs de santé de la Communauté, y compris un sous-ensemble d'indicateurs principaux destinés au suivi des programmes et actions communautaires dans le domaine de la santé publique et un sous-ensemble d'indicateurs secondaires destinés au suivi des autres politiques, programmes et actions communautaires, et visant à fournir aux Etats membres des mesures communes permettant d'effectuer des comparaisons. Une liste non exhaustive des domaines dans lesquels des indicateurs de santé pourraient être établis figure à l'annexe II.	2. Création d'un ensemble d'indicateurs de santé de la Communauté, y compris un sous-ensemble d'indicateurs principaux destinés au suivi des programmes et actions communautaires dans le domaine de la santé publique et un sous-ensemble d'indicateurs secondaires destinés au suivi des autres politiques, programmes et actions communautaires, et visant à fournir aux Etats membres des mesures communes permettant d'effectuer des comparaisons. Une liste non exhaustive des domaines dans lesquels des indicateurs de santé pourraient être établis figure à l'annexe II.
3. Développement de la collecte systématique de données, et de méthodes pour rendre les données sanitaires comparables, afin d'atteindre l'objectif visé à l'article 1er paragraphe 2, y compris le soutien à l'élaboration de dictionnaires de données et à la mise au point de méthodes et règles appropriées de conversion.	3. Développement de la collecte systématique de données comparables et/ou progressivement harmonisées dans les États membres, y compris le soutien à l'élaboration de dictionnaires de données et à la mise au point de méthodes et de règles appropriées de conversion.
4. Contribution à la collecte de données comparables par le soutien à la préparation d'enquêtes, y compris des enquêtes communautaires utiles à l'élaboration des politiques communautaires, ou de modules ou questionnaires types agréés, utilisables dans les enquêtes existantes.	4. Contribution à la collecte de données comparables par le soutien à l'élaboration d'enquêtes, y compris des enquêtes communautaires utiles à l'élaboration des politiques communautaires, ou de modules ou de questionnaires-types agréés utilisables dans les enquêtes existantes.

5. Promotion de la coopération avec les organisations internationales compétentes dans le domaine des données et indicateurs de santé de la Communauté, et de réseaux d'échange de données de santé couvrant des domaines spécifiques de la santé publique, en vue d'améliorer la comparabilité des données.	5. Encourager la coopération avec les organisations internationales compétentes dans le domaine des données et indicateurs de santé en Europe, et des réseaux d'échange de données de santé couvrant des domaines spécifiques de la santé publique, en vue d'améliorer la comparabilité des données
6. Encouragement et soutien à l'évaluation de la faisabilité et de l'analyse coût-efficacité de la compilation de statistiques normalisées sur les ressources sanitaires en vue d'une incorporation dans un futur système de surveillance de la santé de la Communauté.	6bis (nouveau) Réalisation d'études de faisabilité sur la possibilité de mettre en place un organisme permanent (l'Observatoire européen) responsable du suivi et de l'évaluation des données et indicateurs de santé dans l'espace communautaire.
B. MISE EN PLACE D'UN RESEAU COMMUNAUTAIRE DE PARTAGE DES DONNEES DE SANTE	
Objectif Permettre l'établissement d'un système efficace et fiable de transfert et de partage des données et indicateurs de santé par le recours, à titre principal, à l'échange télématique des données.	
7. Encouragement et soutien à l'établissement d'un réseau de transfert et de partage des données de santé, recourant essentiellement à l'échange télématique et à un système de bases de données réparties, en particulier par l'établissement de spécifications des données et de procédures applicables à l'accès, à la recherche, à la confidentialité et à la sécurité des différents types d'information qui figureront dans le système.	
C. ANALYSES ET RAPPORTS Objectif Mettre au point les méthodes et instruments nécessaires aux analyses et rapports, et apporter un soutien aux analyses et rapports concernant l'état de santé, les tendances, les déterminants de la santé et l'impact des politiques sur la santé.	

8. Stimuler et soutenir la constitution d'une capacité d'analyse, en renforçant les capacités existantes, ainsi que d'une capacité permettant d'étudier la faisabilité d'éventuelles nouvelles structures, de méthodes et d'instruments comparatifs et prédictifs, de vérifier des hypothèses, d'expérimenter des modèles et d'évaluer des scénarios et des résultats en matière de santé.	8. Stimuler et soutenir la constitution d'une capacité d'analyse, en renforçant les capacités existantes, ainsi que d'une capacité permettant d'étudier la faisabilité d'éventuelles nouvelles structures, de méthodes et d'instruments comparatifs et prédictifs, de vérifier des hypothèses, d'expérimenter des modèles et d'évaluer des scénarios et des résultats en matière de santé.
9. Soutien à l'analyse de l'impact des actions et programmes communautaires dans le domaine de la santé publique, ainsi qu'à l'établissement et à la diffusion de rapports d'évaluation de cet impact.	9. Soutien à l'analyse, la préparation et la diffusion des rapports d'évaluation de l'impact des actions et programmes communautaires dans le domaine de la santé publique.
10. Soutien à la préparation, à l'établissement et à la diffusion de rapports et autres informations concernant l'état de santé et les tendances, les déterminants de la santé et l'impact des autres politiques sur la santé.	10. Soutien à la rédaction, la préparation et à la production de rapports et d'autres matériels d'information sur l'état de santé et les tendances, les déterminants de la santé et l'impact d'autres politiques sur la santé. 10bis (nouveau) Soutien à la diffusion de rapports et matériels d'information aux États membres, aux organisations internationales, aux professionnels et organismes de santé et au grand public.

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
ANNEXE II	ANNEXE II
Liste non exhaustive des domaines dans lesquels des indicateurs de santé pourraient être établis	Liste non exhaustive des domaines dans lesquels des indicateurs de santé pourraient être établis
A. Etat de santé	A. Etat de santé
1. Espérance de vie : - espérance de vie à différents âges, - espérance de vie en bonne santé.	1. Espérance de vie : - espérance de vie à différents âges, - espérance de vie en bonne santé.
2. Mortalité : - mortalité générale, - causes de décès, - taux de survie pour certaines maladies.	2. Mortalité : - mortalité générale, - causes de décès, - taux de survie pour certaines maladies.
3. Morbidité : - morbidité pour certaines maladies, - co-morbidité.	3. Morbidité : - morbidité pour certaines maladies, - co-morbidité.
4. Activité fonctionnelle et qualité de vie : - état de santé ressenti, - incapacité physique, - restrictions de l'activité, - état/capacité fonctionnel(le), - restriction de l'activité professionnelle pour raisons de santé, - santé mentale.	4. Activité fonctionnelle et qualité de vie : - état de santé ressenti, - incapacité physique, - restrictions de l'activité, - état/capacité fonctionnel(le), - restriction de l'activité professionnelle pour raisons de santé, - santé mentale.
5. Caractéristiques anthropométriques	5. Caractéristiques anthropométriques
B. Mode de vie et habitudes sanitaires	B. Mode de vie et habitudes sanitaires
1. Consommation de tabac 2. Consommation d'alcool 3. Consommation de drogues illégales 4. Activité physique 5. Régime alimentaire 6. Vie sexuelle 7. Autres	1. Consommation de tabac 2. Consommation d'alcool 3. Consommation de drogues illégales 4. Activité physique 5. Régime alimentaire 6. Comportement sexuel 7. Autres
C. Conditions de vie et de travail	C. Conditions de vie et de travail
1. Emploi/chômage : - situation professionnelle.	1. Emploi/chômage : - situation professionnelle.
2. Environnement de travail : - accidents, - exposition à des substances cancérigènes ou autres, - maladies professionnelles.	2. Environnement de travail : - accidents, - exposition à des substances cancérigènes ou autres, - santé professionnelle.

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
3. Conditions de logement	3. Conditions de logement
4. Activités domestiques et loisirs : - accidents domestiques, - loisirs.	4. Activités domestiques et loisirs : - accidents domestiques, - loisirs.
5. Transports : - accidents de voiture.	5. Transports : - accidents de voiture.
6. Environnement extérieur : - pollution de l'air, - pollution de l'eau, - autres types de pollution, - rayonnements, - exposition à des substances cancérigènes ou autres en dehors de l'environnement de travail.	6. Environnement extérieur : - pollution de l'air, - pollution de l'eau, - autres types de pollution, - rayonnements, - exposition à des substances cancérigènes ou autres en dehors de l'environnement de travail.
D. Protection de la santé	D. Protection de la santé
1. Sources de financement	1. Sources de financement
2. Infrastructures/personnel : - utilisation des ressources sanitaires, - personnel de santé.	2. Infrastructures/personnel : - utilisation des ressources sanitaires, - personnel de santé.
3. Coût/dépenses : - soins en milieu hospitalier, - soins ambulatoires, - produits pharmaceutiques.	3. Coût/dépenses : - soins en milieu hospitalier, - soins ambulatoires, - produits pharmaceutiques.
4. Consommation/utilisation : - soins en milieu hospitalier, - soins ambulatoires, - produits pharmaceutiques.	4. Consommation/utilisation : - soins en milieu hospitalier, - soins ambulatoires, - produits pharmaceutiques.
5. Promotion de la santé et prévention des maladies	5. Promotion de la santé et prévention des maladies
E. Facteurs démographiques et sociaux	E. Facteurs démographiques et sociaux
1. Sexe	1. Sexe
2. Age	2. Age
3. Etat civil	3. Etat civil
4. Région de résidence	4. Région de résidence
5. Education	5. Education
6. Revenu	6. Revenu
7. Sous-groupes de population	7. Sous-groupes de population
8. Statut au regard de l'assurance maladie	8. Statut au regard de l'assurance maladie

Position commune du Conseil	Proposition modifiée
F. Divers	F. Divers
1. Sécurité des produits	1. Sécurité des produits
2. Autres	2. Autres

ISSN 0254-1491

COM(96) 581 final

DOCUMENTS

FR 05

N° de catalogue : CB-CO-96-580-FR-C

ISBN 92-78-11547-9

Office des publications officielles des Communautés européennes

L-2985 Luxembourg