POSITION COMMUNE (CE) Nº 34/2001

arrêtée par le Conseil du 31 juillet 2001

en vue de l'adoption de la décision 2001/.../CE du Parlement européen et du Conseil du ... adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001-2006)

(2001/C 307/04)

LE PARLEMENT EUROPÉEN ET LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE,

vu le traité instituant la Communauté européenne, et notamment son article 152,

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 251 du traité [4],

considérant ce qui suit:

(1) La Communauté est déterminée à promouvoir et à améliorer la santé, à prévenir les maladies et à lutter contre les menaces potentielles pour la santé, en vue de faire reculer la morbidité évitable et la mortalité précoce et le handicap invalidant. La Communauté doit répondre d'une manière coordonnée et cohérente aux préoccupations de sa population quant aux risques sanitaires et à son attente d'un niveau élevé de protection de la santé, ce qui signifie que toutes les actions de la Communauté liées à la santé doivent avoir un degré élevé de visibilité et de transparence et permettre une consultation et une participation équilibrées de tous les acteurs concernés, de manière à promouvoir de meilleurs flux de connaissances et une meilleure communication et, dès lors, permettre une plus large participation des personnes aux décisions qui concernent leur santé. Dans ce cadre, il convient de tenir compte du droit des citoyens de la Communauté à recevoir des informations simples, claires et scientifiquement valables sur les mesures destinées à protéger la santé et à prévenir les maladies, en vue d'améliorer la qualité de la vie.

(2) Dans le contexte du cadre de santé publique présenté dans la communication de la Commission du 24 novembre 1993 concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, huit programmes d'action ont été adoptés, à savoir:

— la décision nº 645/96/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 mars 1996 adoptant un programme d'action communautaire de promotion, d'information, d'éducation et de formation en matière de santé dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1996-2000) [5],

— la décision nº 646/96/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 mars 1996 adoptant un plan d'action de lutte contre le cancer dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1996-2000) [6],

— la décision nº 647/96/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 mars 1996 adoptant un programme d'action communautaire concernant la prévention du sida et de certaines autres maladies transmissibles dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1996-2000) [7],

— la décision nº 102/97/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1996 adoptant un programme d'action communautaire concernant la prévention de la toxicomanie, dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1996-2000) [8],

— la décision nº 1400/97/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 juin 1997 adoptant 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) [9],

---

(1) JO C 337 E du 28.11.2000, p. 122 et JO C 240 E du 28.8.2001, p. 168.
(2) JO C 116 du 20.4.2001, p. 75.
(3) JO C 144 du 16.5.2001, p. 43.
(4) Avis du Parlement européen du 4 avril 2001 (non encore paru au Journal officiel), position commune du Conseil du 31 juillet 2001 et décision du Parlement européen du ... (non encore parue au Journal officiel).
(5) JO L 95 du 16.4.1996, p. 1. Décision modifiée en dernier lieu par la décision nº 521/2001/CE (JO L 79 du 17.3.2001, p. 1).
(6) JO L 95 du 16.4.1996, p. 9. Décision modifiée en dernier lieu par la décision nº 521/2001/CE (JO L 79 du 17.3.2001, p. 1).
(7) JO L 95 du 16.4.1996, p. 16. Décision modifiée en dernier lieu par la décision nº 521/2001/CE (JO L 79 du 17.3.2001, p. 1).
(8) JO L 19 du 22.1.1997, p. 25. Décision modifiée par la décision nº 521/2001/CE (JO L 79 du 17.3.2001, p. 1).
(9) JO L 193 du 22.7.1997, p. 1. Décision modifiée par la décision nº 521/2001/CE (JO L 79 du 17.3.2001, p. 1).

— la décision nº 372/1999/CE du Parlement européen et du Conseil du 8 février 1999 adoptant un programme d'action communautaire relatif à la prévention des blessures dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1999-2003) ([1]),

— la décision nº 1295/1999/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 1999 portant adoption d'un programme d'action communautaire relatif aux maladies rares, dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1999-2003) ([2]),

— la décision nº 1296/1999/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 1999 portant adoption d'un programme d'action communautaire relatif aux maladies liées à la pollution, dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1999-2001) ([3]).

En outre, la 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 ([4]) a été adoptée. Au titre de cette décision, la Commission a adopté le 22 décembre 1999 la décision 2000/57/CE concernant le système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles ([5]).

(3) Les autres actions dans le contexte du cadre de santé publique comprenaient la recommandation 98/463/CE du Conseil du 29 juin 1998 concernant l'admissibilité des donneurs de sang et de plasma et le dépistage pratiqué sur les dons de sang dans la Communauté européenne ([6]) et la recommandation 1999/519/CE du Conseil du 12 juillet 1999 relative à la limitation de l'exposition du public aux champs électromagnétiques de 0 Hz à 300 GHz ([7]).

(4) Une révision du cadre de santé publique a eu lieu par la voie de la communication de la Commission du 15 avril 1998 sur l'évolution de la politique en matière de santé publique au sein de la Communauté européenne, qui indiquait qu'une nouvelle stratégie et un nouveau programme étaient nécessaires dans le domaine de la santé au vu des nouvelles dispositions du traité, des nouveaux défis et de l'expérience acquise jusqu'alors.

(5) Le Conseil, dans ses conclusions du 26 novembre 1998 relatives au futur cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique ([8]) et dans sa résolution du 8 juin 1999 ([9]), le Comité économique et social, dans son avis du 9 septembre 1998 ([10]), le Comité des régions, dans son avis du 19 novembre 1998 ([11]), et le Parlement européen dans sa résolution A4-0082/99 du 12 mars 1999 ([12]), se sont félicités de la communication de la Commission du 15 avril 1998 et ont confirmé qu'il conviendrait d'inscrire l'action au niveau communautaire dans un programme global, à mener pendant une période d'au moins cinq ans et comprenant trois objectifs généraux, à savoir améliorer l'information aux fins de la santé publique, réagir rapidement aux menaces pour la santé et agir sur les facteurs déterminants pour la santé à travers la promotion de la santé et la prévention des maladies, avec l'appui de mesures intersectorielles et l'utilisation de tous les instruments appropriés prévus par le traité.

(6) Le Conseil, dans sa résolution du 29 juin 2000 sur le suivi de la conférence d'Evora sur les facteurs déterminants pour la santé, a estimé que les différences croissantes entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci, en ce qui concerne l'état de santé et les résultats sanitaires, nécessitaient des efforts renouvelés et coordonnés aux niveaux national et communautaire. Il s'est félicité de l'engagement pris par la Commission de présenter une proposition concernant un nouveau programme de santé publique comportant un volet ayant pour objectif de s'attaquer aux facteurs déterminants pour la santé par la promotion de la santé et la prévention des maladies, étayé par une politique intersectorielle, et s'est déclaré d'accord pour estimer qu'il fallait mettre au point la base de connaissances appropriées pour ce faire et qu'un système efficace de surveillance de la santé devrait donc être instauré à cette fin. Il a souligné l'importance de la nouvelle stratégie communautaire dans le domaine de la santé publique, qui s'appuie sur les actions concernant des facteurs déterminants spécifiques menées dans le cadre des programmes existants, en particulier en ce qui concerne le tabac, l'alimentation et l'alcool. Il a également souligné qu'il importait non seulement d'assurer la continuité avec les actions déjà entreprises, mais également de poursuivre les travaux sur ces questions d'une manière parfaitement cohérente et systématique.

(7) Le Conseil réaffirme ses conclusions sur la lutte contre la consommation de tabac, du 18 novembre 1999, dans lesquelles il soulignait la nécessité d'élaborer une stratégie globale et invitait entre autres la Commission à renforcer la coopération entre la politique de santé et d'autres domaines, en vue d'assurer un niveau élevé de protection de la santé dans ces domaines.

([1]) JO L 46 du 20.2.1999, p. 1.
([2]) JO L 155 du 22.6.1999, p. 1.
([3]) JO L 155 du 22.6.1999, p. 7. Décision modifiée par la décision nº 521/2001/CE (JO L 79 du 17.3.2001, p. 1).
([4]) JO L 268 du 3.10.1998, p. 1.
([5]) JO L 21 du 26.1.2000, p. 32.
([6]) JO L 203 du 21.7.1998, p. 14.
([7]) JO L 199 du 30.7.1999, p. 59.
([8]) JO C 390 du 15.12.1998, p. 1.
([9]) JO C 200 du 15.7.1999, p. 1.
([10]) JO C 407 du 28.12.1998, p. 21.
([11]) JO C 51 du 22.2.1999, p. 53.
([12]) JO C 175 du 21.6.1999, p. 135.

(8) Le Conseil a adopté à l'unanimité, le 18 novembre 1999, une résolution sur la promotion de la santé mentale.

(9) Selon le rapport sur la santé mondiale 2000 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les cinq principales charges de morbidité (en nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité) sont: 1) les troubles neuropsychiatriques, 2) les maladies cardio-vasculaires, 3) les tumeurs malignes, 4) les lésions traumatiques non intentionnelles et 5) les maladies respiratoires. Les maladies infectieuses, notamment les maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH/SIDA, et la résistance aux agents antimicrobiens, constituent une nouvelle menace pour la santé de la population européenne. L'un des objectifs importants du programme serait de mieux déterminer quelles sont les charges de morbidité principales dans la Communauté et, en particulier, les principaux facteurs déterminants pour la santé.

(10) Il est indispensable de collecter, de traiter et d'analyser les données au niveau communautaire pour pouvoir disposer d'informations objectives, fiables, compatibles et comparables susceptibles d'être échangées et qui permettent à la Commission et aux États membres d'améliorer l'information du public et d'élaborer des stratégies, des politiques et des actions appropriées en vue d'atteindre un niveau élevé de protection de la santé humaine. Afin de compléter le programme, il y a également lieu de prendre en considération les données provenant du secteur privé.

(11) Il est essentiel que la Commission garantisse l'efficacité et la cohésion des mesures et actions relevant du programme, à tous les niveaux, du plus bas (micro) au plus élevé (macro) ainsi que la promotion de la coopération entre les États membres. Il y a lieu que tous les arrangements structurels qui pourraient être créés sous l'égide de la Commission à cette fin, aient pour fonction la collecte, le suivi et l'évaluation des données, et l'élaboration de méthodes de surveillance et d'une base pour l'organisation de réactions rapides et coordonnées face aux menaces pour la santé. De tels arrangements structurels consisteraient en un centre de ressources renforcé auquel les institutions compétentes désignées par les États membres seraient étroitement associées.

(12) Il est notamment nécessaire d'assurer, en s'appuyant sur les compétences spécialisées en la matière, une coordination appropriée et durable dans le domaine de l'information en matière de santé, des activités ayant trait à la définition des besoins d'information, à la mise au point d'indicateurs, à la collecte de données et d'informations, aux questions de comparabilité, à l'échange de données et d'informations avec et entre les États membres, à la poursuite du développement de bases de données, aux analyses et à la diffusion plus vaste des informations, ainsi que, dans le domaine de la réaction rapide aux menaces sur la santé, des activités ayant trait à la surveillance épidémiologique, à la mise au point de méthodes de surveillance, à l'échange d'informations sur les orientations et les actions, mécanismes et procédures de prévention et de contrôle.

(13) Le fonctionnement harmonieux et efficace de tels arrangements structurels exige l'instauration d'une coopération permanente avec les autorités sanitaires des États membres, dans le respect des responsabilités incombant aux États membres.

(14) Le cas échéant, il importe que la Commission présente d'autres propositions concernant le type d'arrangements structurels nécessaire pour mettre en œuvre la stratégie en matière de santé publique, en particulier concernant la surveillance de la santé et la réaction rapide face aux menaces pour la santé.

(15) La finalité globale du programme de santé publique est de contribuer à la réalisation d'un niveau élevé de santé physique et mentale et de bien-être et à l'instauration d'une égalité plus grande en matière de santé à l'échelon de la Communauté tout entière en faisant porter l'action sur l'amélioration de la santé publique, la prévention des maladies et affections humaines et des causes de danger pour la santé en vue de lutter contre la morbidité et la mortalité précoce, tout en tenant compte de considérations liées au sexe et à l'âge. Pour atteindre cet objectif, il convient que l'action soit guidée par la nécessité d'accroître l'espérance de vie sans handicap ou maladie, de promouvoir la qualité de vie et de réduire au minimum les conséquences économiques et sociales de la maladie, réduisant ainsi les inégalités liées à la santé, tout en tenant compte, dans ce domaine, d'une approche régionale. Il y a lieu d'accorder la priorité aux actions de promotion de la santé qui s'attaquent aux principales charges de morbidité.

(16) Le traité dispose qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. Il convient d'établir un lien fort entre la politique communautaire dans les domaines relevant de la santé et la stratégie communautaire en matière de santé publique. Dans le cadre du programme de santé publique, une tâche prioritaire sera de définir des critères et des méthodes pour évaluer les propositions d'action et les modalités de leur mise en œuvre. Lors de l'élaboration de mesures à prendre dans le cadre du programme et d'actions et stratégies conjointes en liaison avec d'autres programmes et actions communautaires dans ce domaine, il convient de veiller à ce que ces autres politiques et actions communautaires comportent un aspect «santé» et soient étayées par une politique intersectorielle.

(17) La réalisation de l'objectif global et des objectifs généraux du programme requiert la coopération effective des États membres, leur plein engagement dans la mise en œuvre des actions communautaires et la participation des institutions, associations, organisations et organismes du secteur de la santé, ainsi que de la population dans son ensemble. Afin de garantir la durabilité et l'efficacité des investissements et des capacités existant dans la Communauté, il y a lieu d'utiliser les réseaux établis sur le plan communautaire ou national pour réunir l'expertise et l'expérience des États membres en ce qui concerne l'application de méthodes efficaces de mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et des critères de qualité. Il convient d'assurer un dialogue avec les principaux partenaires qui travaillent à améliorer la santé publique et d'intégrer leurs compétences dans une base de connaissances efficace et transparente au niveau communautaire. Il convient d'instaurer, par le biais de mécanismes appropriés tels que des forums sur la santé, une coopération avec les organes et organisations non gouvernementales actifs dans le domaine de la santé.

(18) Conformément aux principes de subsidiarité et de proportionnalité énoncés à l'article 5 du traité, la Communauté n'intervient dans des domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, tels que la santé publique, que si et dans la mesure où, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, ses objectifs peuvent être mieux réalisés au niveau communautaire. Les objectifs du programme ne peuvent être réalisés de manière suffisante par les États membres du fait de leur complexité, de leur caractère transnational et de l'absence de maîtrise complète, au niveau des États membres, des facteurs affectant la santé, par conséquent, il y a lieu que le programme soutienne et complète les actions et mesures des États membres. Le programme peut apporter une importante valeur ajoutée à la promotion de la santé dans la Communauté en soutenant les structures et les programmes qui renforcent les capacités des individus, des institutions, des associations, des organisations et des organismes dans le domaine de la santé en facilitant l'échange des expériences et des pratiques éprouvées et en servant de base à l'analyse commune des facteurs affectant la santé publique. Le programme peut aussi apporter une valeur ajoutée en cas de menaces à caractère transnational pour la santé publique, telles que des maladies infectieuses, dans la mesure où elles appellent la mise en œuvre de stratégies et actions communes. Le programme permettra à la Communauté de contribuer à l'exécution des obligations que lui impose le traité dans le domaine de la santé publique, tout en respectant pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. La présente décision ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre ces objectifs.

(19) Les mesures prises dans le cadre du programme étayent la stratégie de la Communauté en matière de santé et produiront une valeur ajoutée communautaire en répondant aux besoins découlant des conditions et structures mises en place par l'action communautaire dans d'autres domaines, en abordant les évolutions récentes, les nouvelles menaces et les nouveaux problèmes à l'égard desquels la Communauté serait le mieux à même de protéger sa population, en rapprochant les activités entreprises dans un relatif isolement et avec un impact limité au niveau national et en les complétant de manière à obtenir des résultats positifs pour la population de la Communauté, ainsi qu'en contribuant au renforcement de la solidarité et de la cohésion dans la Communauté. Il importe que la nouvelle stratégie en matière de santé et le programme d'action dans le domaine de la santé publique fournissent l'occasion de renforcer la dimension «citoyenne» de la politique communautaire dans le domaine de la santé.

(20) Afin d'assurer l'efficacité des actions menées pour faire face aux grands problèmes et menaces dans le domaine de la santé, en liaison avec d'autres politiques et actions communautaires, il y a lieu que le programme, tout en veillant à éviter les doubles emplois, prévoie la possibilité d'actions conjointes avec des programmes et actions connexes de la Communauté. Le recours proactif à d'autres politiques communautaires, telles que les Fonds structurels et la politique sociale, pourrait avoir une incidence positive sur les facteurs déterminants pour la santé.

(21) En règle générale, il importe que les mesures et actions relevant du programme prennent en compte le développement des nouvelles technologies et les applications de la télématique, en particulier, une coordination étroite s'impose avec les projets élaborés et mis en œuvre dans le domaine de la santé publique dans le cadre du programme d'action intégré pour une Europe électronique (e-Europe) et d'autres programmes pertinents, tout en évitant les doubles emplois et en veillant tout particulièrement à garantir un accès égal aux informations concernant la santé.

(22) Dans la mise en œuvre du programme, il convient de tirer pleinement parti des résultats pertinents des programmes communautaires de recherche qui soutiennent la recherche dans les domaines couverts par le programme.

(23) Lors de la mise en œuvre du programme communautaire, il convient de respecter toutes les dispositions juridiques applicables dans le domaine de la protection des données à caractère personnel et d'instaurer des mécanismes assurant la confidentialité et la sécurité de ces données.

(24) Le programme doit durer six ans afin de donner un laps de temps suffisant à la mise en œuvre de mesures permettant d'atteindre ses objectifs.

(25) Il est essentiel que la Commission assure la mise en œuvre du programme en étroite coopération avec les États membres. Pour obtenir des informations et des avis scientifiques pour la mise en œuvre du programme, il est souhaitable d'instaurer une coopération avec des scientifiques et des experts dotés d'un prestige international.

(26) Il y a lieu d'assurer la cohérence et la complémentarité entre les actions à mettre en œuvre dans le cadre du programme et celles envisagées ou mises en œuvre dans le cadre d'autres politiques et actions, compte tenu, en particulier, de la nécessité d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.

(27) Il convient d'assurer une étroite coopération et une étroite consultation avec les organismes communautaires chargés de l'évaluation des risques, du contrôle et de la recherche dans les domaines de l'alimentation et de la sécurité alimentaire, de la protection de l'environnement et de la sécurité des produits.

(28) La présente décision établit, pour l'ensemble de la durée du programme, une enveloppe financière qui constitue la référence privilégiée, au sens du point 33 de l'accord interinstitutionnel du 6 mai 1999 entre le Parlement européen, le Conseil et la Commission sur la discipline budgétaire et l'amélioration de la procédure budgétaire [1], pour l'autorité budgétaire dans le cadre de la procédure budgétaire annuelle.

(29) Le financement par d'autres politiques communautaires d'actions communes relevant du programme s'ajoute au cadre financier fixé pour le programme.

(30) Il est essentiel de prévoir la possibilité de réaffecter les ressources et d'adapter les actions dans le respect de la transparence nécessaire et des critères de sélection et de classement des priorités en fonction de l'ampleur du risque ou des retombées potentielles, des résultats de l'évaluation, des préoccupations du public, de la disponibilité d'interventions ou de la possibilité de leur développement, de la subsidiarité, de la valeur ajoutée et des retombées sur d'autres secteurs.

(31) Il y a lieu d'arrêter les mesures nécessaires pour la mise en œuvre de la présente décision en conformité avec la décision 1999/468/CE du Conseil du 28 juin 1999 fixant les modalités de l'exercice des compétences d'exécution conférées à la Commission [2].

(32) L'accord sur l'Espace économique européen (accord EEE) prévoit une plus grande coopération dans le domaine de la santé publique entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et les États de l'Association européenne de libre-échange qui participent à l'Espace économique européen (pays AELE/EEE), d'autre part. Il conviendrait également de prévoir l'ouverture du programme à la participation des pays associés d'Europe centrale et orientale, conformément aux conditions établies dans les accords européens, dans leurs protocoles additionnels et dans les décisions des conseils d'association respectifs, à celle de Chypre, sur la base de crédits supplémentaires conformément aux modalités à convenir avec ce pays, ainsi qu'à celle de Malte et de la Turquie, sur la base de crédits supplémentaires, conformément aux dispositions du traité.

(33) Il convient d'associer activement les pays candidats à l'adhésion, à l'élaboration et à la mise en œuvre du présent programme, et d'examiner la question d'une approche stratégique pour la santé dans ces pays, notamment en ce qui concerne les problèmes spécifiques qu'ils connaissent.

(34) Lors de l'adhésion de nouveaux États membres, il convient que la Commission établisse un rapport sur les conséquences de ces adhésions sur le programme.

(35) Il y a lieu de favoriser la coopération avec des pays tiers et avec les organisations internationales compétentes dans le domaine de la santé, telles que l'OMS, le Conseil de l'Europe et l' Organisation de coopération et développement économique (OCDE), non seulement en matière de collecte et d'analyse des données (y compris des indicateurs), mais également dans le domaine de la promotion de la santé au niveau intersectoriel, de façon à garantir la rentabilité, à éviter la duplication des activités et des programmes et à assurer la synergie et l'interaction, en tenant compte notamment des modalités spécifiques de coopération telles celles qui existent entre l'OMS et la Commission.

(36) Pour accroître la valeur et l'impact du programme, il y a lieu que les mesures prises fassent l'objet d'un contrôle et d'évaluations à intervalles réguliers, y compris des évaluations confiées à des organes extérieurs indépendants. Il importe qu'il soit possible d'adapter ou de modifier le programme, compte tenu de ces évaluations et des évolutions susceptibles de se produire dans le contexte général de l'action communautaire dans le domaine de la santé et dans des domaines connexes. Il convient que le Parlement européen soit informé des programmes de travail annuels élaborés par la Commission.

(37) Le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique s'appuie sur les activités et programmes du cadre précédent, de manière à permettre une bonne transition. Il en adapte et développe les actions dans les cas où les résultats de l'évaluation le justifient. Les décisions concernant ces programmes étant couvertes par le nouveau programme, il y a lieu de les abroger à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente décision,

[1] JO C 172 du 18.6.1999, p. 3.
[2] JO L 184 du 17.7.1999, p. 23.

DÉCIDENT:

Article premier

Établissement du programme

1. La présente décision établit un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique, ci-après dénommé «programme».

2. Le programme est mis en œuvre dans la période allant du 1er janvier [n] au 31 décembre [n + 5].

Article 2

Finalité et objectifs généraux

1. Le programme, qui complète les politiques nationales, a pour objet de protéger la santé humaine et d'améliorer la santé publique.

2. Le programme a pour objectifs généraux:

a) d'améliorer l'information et les connaissances en vue d'une meilleure santé publique;

b) de renforcer la capacité à réagir rapidement et de manière coordonnée aux menaces pour la santé;

c) de promouvoir la santé et de prévenir les maladies en agissant à la fois sur les facteurs déterminants pour la santé et à travers toutes les politiques et activités.

3. Le programme contribue ainsi à:

a) garantir, lors de la définition et de la mise en œuvre de toutes les politiques et actions communautaires, un niveau élevé de protection de la santé humaine, par la promotion d'une stratégie intégrée et intersectorielle en matière de santé;

b) remédier aux inégalités dans le domaine de la santé;

c) encourager la coopération entre les États membres dans les domaines relevant de l'article 152 du traité.

Article 3

Actions communautaires

1. La poursuite des objectifs généraux du programme énoncés à l'article 2 s'effectue au moyen des actions dont le contenu opérationnel est décrit en annexe.

2. Les actions mentionnées au paragraphe 1 sont mises en œuvre en étroite coopération avec les États membres, par le biais d'un soutien aux activités citées ci-après qui peuvent au besoin être associées.

a) Activités liées aux systèmes de surveillance et de réaction rapide

   i) Activités des réseaux mises en œuvre par des structures désignées par les États membres et autres activités d'intérêt communautaire visant à assurer une surveillance sanitaire et à fournir des informations nationales ainsi que des données au niveau communautaire, à l'appui des objectifs du programme;

   ii) activités visant à écarter les menaces pour la santé et à réagir à des situations imprévues, à permettre des enquêtes et à coordonner les réponses;

   iii) conception, mise en place et gestion d'arrangements structurels appropriés assurant la coordination et l'intégration des réseaux de surveillance sanitaire et de réaction rapide face aux menaces pour la santé.

b) Activités relatives aux facteurs déterminants pour la santé

   Élaboration et mise en œuvre d'activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, éventuellement avec la participation d'organisations non gouvernementales, de projets novateurs ou pilotes et de réseaux entre institutions et activités nationales.

c) Activités dans le domaine législatif

   i) Travaux préparatoires en vue de l'élaboration d'instruments législatifs communautaires dans le domaine de la santé publique;

   ii) évaluation de l'incidence de la législation communautaire sur la santé;

   iii) coordination de la position de la Communauté et de ses États membres dans les enceintes où les questions touchant à la santé sont débattues.

d) Activités liées à la consultation, aux connaissances et à l'information

   i) Élaboration et diffusion auprès des autorités compétentes des États membres, des professionnels de la santé et d'autres secteurs, ainsi que, le cas échéant, d'autres acteurs concernés et du public, d'informations et de connaissances relatives à la santé, y compris des statistiques, rapports, études, analyses et avis sur des questions d'intérêt commun pour la Communauté et les États membres;

ii) information et consultation sur la santé et les questions touchant à la santé au niveau de la Communauté, avec la participation de tous les acteurs concernés, tels que les associations de patients, les professionnels de la santé, le personnel soignant, les syndicats, les partenaires sociaux et les organisations non gouvernementales actives dans le domaine de la santé publique;

iii) confrontation d'expériences et échange d'informations sur les questions touchant à la santé entre la Communauté et les autorités et organisations compétentes des États membres;

iv) activités de formation pertinentes;

v) mise en place et exploitation de réseaux en vue d'échanger des informations sur les meilleures pratiques dans le domaine de la santé publique et sur l'efficacité des politiques de santé;

vi) collecte d'informations et d'avis scientifiques auprès de scientifiques et d'experts de haut niveau.

Article 4

Stratégies et actions conjointes

Afin d'assurer, lors de la définition et de la mise en œuvre de toutes les politiques et actions communautaires, un niveau élevé de protection de la santé humaine, la réalisation des objectifs du programme peut se faire sous la forme de stratégies et d'actions conjointes en liaison, d'une part, avec les programmes et actions communautaires pertinents, notamment dans le domaine de la protection des consommateurs, de la protection sociale, de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail, de l'emploi, de la recherche et du développement technologique, du marché intérieur, de la société de l'information et de la technologie de l'information, des statistiques, de l'agriculture, de l'éducation, des transports, de l'industrie et de l'environnement, et, d'autre part, avec les actions entreprises par le Centre commun de recherche et d'autres organisations communautaires concernées.

Article 5

Mise en œuvre du programme

1. La Commission, en étroite coopération avec les États membres, veille à la mise en œuvre des actions décrites dans le programme, conformément à l'article 9 et en assurant le déroulement harmonieux et équilibré du programme.

2. Pour faciliter cette mise en œuvre, la Commission assure, par des arrangements structurels appropriés associant étroitement les États membres, la coordination et l'intégration de réseaux de surveillance sanitaire et de réaction rapide face aux menaces pour la santé.

3. La Commission et les États membres prennent les mesures appropriées, dans le cadre de leurs domaines de compétence respectifs, pour assurer le déroulement efficace du programme et mettre en place, au niveau de la Communauté et des États membres, des mécanismes permettant d'atteindre les objectifs du programme. Ils veillent à ce que les actions bénéficiant d'un soutien au titre du programme fassent l'objet d'une information adéquate et à ce que la participation soit la plus large possible pour les actions devant être mises en œuvre par des autorités locales ou régionales ou par des organisations non gouvernementales.

4. La Commission, en étroite coopération avec les États membres, s'efforce d'assurer la comparabilité des données et des informations et, si possible, la compatibilité et l'interopérabilité des systèmes et des réseaux d'échange de données et d'informations concernant la santé.

5. La Commission, en étroite coopération avec les États membres, assure la transition entre les actions qui sont menées dans le cadre des programmes de santé publique adoptés au moyen des décisions visées à l'article 13 et qui s'inscrivent dans les priorités du présent programme et les actions à mettre en œuvre au titre de celui-ci.

Article 6

Cohérence et complémentarité

La Commission veille à la cohérence et à la complémentarité entre les actions à mettre en œuvre au titre du programme et celles mises en œuvre dans le cadre d'autres politiques et activités de la Communauté, y compris les politiques visées à l'article 4. La Commission indique notamment les propositions qui sont particulièrement pertinentes par rapport aux objectifs et actions du présent programme et informe le comité visé à l'article 9 de la manière dont les considérations sanitaires sont prises en compte dans ces propositions et de l'incidence que celles-ci devraient avoir sur la santé.

Article 7

Financement

1. L'enveloppe financière pour l'exécution du programme, pour la période visée à l'article 1er, est établie à 280 millions d'euros.

Les dépenses occasionnées par l'aide technique et administrative en rapport avec les arrangements structurels visés à l'article 3, paragraphe 2, point a), iii), et les activités en découlant, sont financées par le budget global alloué au programme.

2. Les crédits annuels sont autorisés par l'autorité budgétaire dans la limite des perspectives financières.

Article 8

Modalités de mise en œuvre

1. Les mesures nécessaires pour la mise en œuvre de la présente décision concernant les matières énumérées ci-après sont arrêtées en conformité avec la procédure de gestion visée à l'article 9, paragraphe 2:

a) le calendrier annuel de mise en œuvre du programme, fixant les priorités à respecter et les actions à entreprendre, y compris la répartition des ressources;

b) les modalités, critères et procédures permettant de sélectionner et de financer les actions du programme;

c) les modalités permettant de mettre en œuvre les stratégies et actions conjointes visées à l'article 4;

d) les modalités permettant d'évaluer le programme conformément à l'article 12;

e) les modalités permettant de concevoir tous les arrangements structurels chargés de coordonner la surveillance sanitaire et la réaction rapide face aux menaces pour la santé;

f) les modalités de la transmission, de l'échange et de la diffusion d'informations et de réaction rapide face aux menaces pour la santé dans le cadre du programme, sans préjudice des mesures de mise en œuvre appliquées au titre de la décision nº 2119/98/CE.

2. Pour tous les autres aspects, les mesures que nécessite la mise en œuvre de la présente décision sont adoptées conformément à la procédure de consultation visée à l'article 9, paragraphe 3.

Article 9

Comité

1. La Commission est assistée par un comité.

2. Dans le cas où il est fait référence au présent paragraphe, les articles 4 et 7 de la décision 1999/468/CE s'appliquent, dans le respect des dispositions de l'article 8 de celle-ci.

La période prévue à l'article 4, paragraphe 3, de la décision 1999/468/CE est fixée à deux mois.

3. Dans le cas où il est fait référence au présent paragraphe, les articles 3 et 7 de la décision 1999/468/CE s'appliquent, dans le respect des dispositions de l'article 8 de celle-ci.

4. Le comité adopte son règlement intérieur.

Article 10

Participation des pays de l'AELE/EEE, des pays associés d'Europe centrale et orientale, de Chypre, de Malte et de la Turquie

Le programme est ouvert à la participation:

a) des pays de l'AELE/EEE, conformément aux conditions fixées dans l'accord sur l'Espace économique européen;

b) des pays associés d'Europe centrale et orientale, conformément aux conditions fixées dans les accords européens, dans leurs protocoles additionnels et dans les décisions des conseils d'association respectifs;

c) de Chypre, dont la participation est financée par des crédits supplémentaires selon des procédures à convenir avec ce pays;

d) de Malte et de la Turquie, dont la participation est financée par des crédits supplémentaires conformément aux dispositions du traité.

Article 11

Coopération internationale

Lors de la mise en œuvre du programme, on encourage, conformément à la procédure fixée à l'article 9, paragraphe 3, la coopération avec les pays tiers ainsi qu'avec les organisations internationales compétentes dans le domaine de la santé publique, notamment l'Organisation mondiale de la santé, mais aussi le Conseil de l'Europe et l'Organisation de coopération et de développement économiques. Il y aura lieu notamment de coordonner le système d'information sanitaire et les moyens de réaction aux menaces pour la santé avec les activités de l'Organisation mondiale de la santé, chaque fois que cela est approprié et possible.

Article 12

Contrôle, évaluation et diffusion des résultats

1. La Commission, en étroite coopération avec les États membres, suit régulièrement, le cas échéant avec l'aide d'experts, la mise en œuvre des actions du programme à la lumière des objectifs. Chaque année, elle fait rapport à ce sujet au comité.

2. À la demande de la Commission, les États membres transmettent des informations sur la mise en œuvre et l'incidence du programme.

3. Au plus tard le ... (*), la Commission fait procéder par des experts compétents indépendants à une évaluation externe de la mise en œuvre du programme et des résultats obtenus au cours des quatre premières années de celui-ci. Elle évalue également l'incidence qu'il a eue sur la santé et l'efficacité de l'utilisation des ressources ainsi que la cohérence et la complémentarité du programme avec d'autres programmes, actions et initiatives pertinents mis en œuvre dans le cadre d'autres politiques et activités de la Communauté. La Commission communique les conclusions de ces évaluations, assorties de ses observations, au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions. Au plus tard le ... (**), la Commission présente également aux mêmes institutions et organes un rapport final concernant la mise en œuvre du programme.

(*) À la fin de la cinquième année du programme.
(**) À la fin de l'année suivant l'achèvement du programme.

4. La Commission met les résultats des actions entreprises et les rapports d'évaluation à la disposition du public.

Article 13

Abrogation

Les décisions suivantes sont abrogées:

décision nº 645/96/CE, décision nº 646/96/CE, décision nº 647/96/CE, décision nº 102/97/CE, décision nº 1400/97/CE, décision nº 372/1999/CE, décision nº 1295/1999/CE, décision nº 1296/1999/CE.

Article 14

Entrée en vigueur

La présente décision entre en vigueur à la date de sa publication au *Journal officiel des Communautés européennes*.

Fait à ...

Par le Parlement européen	*Par le Conseil*
La présidente	*Le président*

ANNEXE

ACTIONS ET MESURES DE SOUTIEN

1. Améliorer l'information et les connaissances en matière de santé en vue d'une meilleure santé publique:

   1.1. en instituant et exploitant un système durable de surveillance sanitaire permettant de définir, au niveau communautaire, des indicateurs quantitatifs et qualitatifs comparables sur la base des travaux existants et des résultats obtenus et de collecter, analyser et diffuser au niveau de la Communauté des informations en matière de santé humaine comparables et compatibles, en termes de sexe et d'âge, concernant les conditions générales de santé, les politiques de santé et les facteurs déterminants pour la santé, en particulier la situation démographique et socio-économique, les facteurs individuels et biologiques, les comportements en matière de santé, tels que la consommation excessive de certaines substances, l'alimentation, l'activité physique, le comportement sexuel, les conditions de vie et de travail, ainsi que les conditions environnementales, en attachant une attention particulière aux inégalités sur le plan de la santé;

   1.2. en mettant sur pied un système d'information pour la détection précoce de menaces pour la santé, y compris celles que font peser tant les maladies transmissibles que les maladies non transmissibles;

   1.3. en améliorant le système de transfert et d'échange d'informations et de données sanitaires, y compris par un meilleur accès du public;

   1.4. en instituant et en exploitant des mécanismes d'analyse, de conseil, de rapports, d'information et de consultation avec les États membres et les acteurs concernés sur les questions de santé au niveau communautaire;

   1.5. en améliorant l'analyse et la connaissance du rôle que jouent l'évolution de la politique de santé et les autres politiques et activités de la Communauté, telles que le marché intérieur dans la mesure où il a une incidence sur les systèmes de santé, en contribuant à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine, y compris en mettant au point des critères et des méthodes d'évaluation des politiques quant à leur incidence sur la santé et en établissant d'autres liens entre la santé publique et les autres politiques;

   1.6. en réexaminant, analysant et soutenant les confrontations d'expériences dans le domaine des technologies de la santé, y compris des nouvelles technologies de l'information;

   1.7. en soutenant les échanges d'informations et d'expériences sur les bonnes pratiques.

   La Communauté, les utilisateurs habilités dans les États membres et, le cas échéant, les organisations internationales accèdent aisément aux données existantes et aux informations existantes obtenues grâce à ce système.

   Le volet statistique du système sera élaboré en collaboration avec les États membres, en utilisant le programme statistique communautaire en fonction des besoins afin d'encourager la synergie et d'éviter les doubles emplois.

2. Renforcer la capacité à réagir rapidement et de manière coordonnée aux menaces pour la santé:

   2.1. en renforçant la capacité à lutter contre les maladies transmissibles par un soutien à la poursuite de la mise en œuvre de la décision nº 2119/98/CE instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté;

   2.2. en soutenant l'exploitation du réseau, notamment en ce qui concerne les enquêtes communes, la formation, l'évaluation continue et l'assurance de la qualité;

   2.3. en définissant des stratégies et en mettant au point des mécanismes de prévention, d'échange d'informations et de réaction face aux menaces que peuvent faire peser les maladies non transmissibles, y compris les menaces pour la santé liées au sexe et les maladies rares;

   2.4. en améliorant la sécurité et la qualité des organes et substances d'origine humaine, y compris le sang, ses composants et ses précurseurs, par la définition de normes de qualité et de sécurité élevées pour le prélèvement, le traitement, le stockage, la distribution et l'utilisation de ces organes et substances;

   2.5. en mettant en place des réseaux de vigilance pour les produits d'origine humaine, tels que le sang, ses composants et ses précurseurs;

2.6. en encourageant la définition de stratégies et l'adoption de mesures en ce qui concerne la protection de la santé humaine contre les effets négatifs pouvant être causés par des agents environnementaux, tels que les rayonnements ionisants et non ionisants et le bruit.

3. Promouvoir la santé et prévenir les maladies en agissant à la fois sur les facteurs déterminants pour la santé et au niveau de toutes les politiques et activités communautaires:

3.1. en élaborant et en mettant en œuvre des stratégies et des mesures concernant les facteurs déterminants pour la santé liés au mode de vie, tels que l'alimentation, le tabac, l'alcool, les drogues et autres substances, et concernant la santé mentale, y compris des mesures à adopter dans toutes les politiques communautaires et des stratégies adaptées au sexe et à l'âge;

3.2. en analysant la situation et en élaborant, au besoin, des stratégies concernant les facteurs déterminants pour la santé d'ordre socio-économique, par exemple pour détecter et combattre les inégalités sur le plan de la santé;

3.3. en analysant la situation et en élaborant des stratégies concernant les facteurs déterminants pour la santé liés à l'environnement;

3.4. en analysant la situation et en échangeant des informations sur les facteurs déterminants d'ordre génétique et le recours au dépistage génétique;

3.5. en mettant au point des méthodes pour évaluer la qualité et l'efficacité des stratégies et mesures de promotion de la santé.

4. **Mesures de soutien**

4.1. La Communauté peut apporter son soutien aux activités visées à l'article 3, paragraphe 2, point a).

4.2. Lors de la mise en œuvre du programme, la Commission peut avoir besoin de ressources supplémentaires, y compris sous forme de recours à des experts, par exemple pour le système de surveillance, l'évaluation du programme ou l'élaboration d'une nouvelle législation. Elle peut également solliciter la participation d'experts aux arrangements structurels communautaires appelés à coordonner et à intégrer les réseaux de surveillance sanitaire et de réaction rapide face aux menaces pour la santé. Le rapport visé à l'article 12, paragraphe 1, est assorti, au besoin, de toute proposition concernant l'adaptation des exigences.

4.3. La Commission peut également mener des actions d'information, de publication et de diffusion. Elle peut, en outre, procéder à des études d'évaluation et organiser des séminaires, colloques ou autres rencontres d'experts.

EXPOSÉ DES MOTIFS DU CONSEIL

I. INTRODUCTION

1. Le 15 juin 2000, la Commission a transmis au Conseil une proposition de décision du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001 à 2006) ([1]).

2. Le Parlement européen a rendu son avis le 4 avril 2001 ([2]). Le Comité économique et social a rendu son avis sur la proposition le 29 novembre 2000 ([3]), et le Comité des régions a rendu le sien le 13 décembre 2000 ([4]).

3. À la suite de ces avis, la Commission a transmis au Conseil, le 5 juin 2001, une proposition modifiée ([5]).

4. Le 31 juillet 2001, le Conseil a arrêté sa position commune conformément à l'article 251, paragraphe 2, du traité.

II. OBJECTIFS

La décision, qui est fondée sur l'article 152 du traité, établit un programme d'action communautaire d'une durée de six ans dans le domaine de la santé publique. Le programme vise avant tout à améliorer l'information et les connaissances en matière de santé, à permettre de réagir plus rapidement aux menaces pour la santé et à agir sur les déterminants de la santé. Le programme remplacera huit programmes d'action communautaire existant actuellement dans le domaine de la santé publique et complétera les politiques nationales.

III. ANALYSE DE LA POSITION COMMUNE ([6])

A. PROPOSITION MODIFIÉE DE LA COMMISSION

La position commune du Conseil reprend dans les grandes lignes la proposition modifiée de la Commission. Le Conseil partage en principe le point de vue de la Commission en réponse à certaines préoccupations majeures du Parlement, notamment en ce qui concerne le poids accordé à l'élaboration d'une approche intégrée et la nécessité de développer au maximum la valeur ajoutée de la Communauté, notamment par la coordination et l'intégration des réseaux de surveillance sanitaire et de réaction rapide face aux menaces pour la santé. En outre, le Conseil appuie l'idée d'un comité mixte associant procédures de gestion et procédures consultatives, même si, comme le Parlement, il prévoit davantage de mesures pour la procédure de gestion que ne le fait la Commission.

Le Conseil a adopté — soit entièrement, soit en partie, ou encore en ne retenant que le fond — 66 amendements proposés par le Parlement européen et repris dans la proposition de la Commission.

NB: Les changements de la structure (surtout en ce qui concerne les articles 2 et 3 et l'annexe — voir point C) font qu'il est difficile, dans certains cas, d'établir une correspondance précise entre les amendements du Parlement européen, la proposition modifiée de la Commission et la position commune du Conseil.

([1]) JO C 337 E du 28.11.2000, p. 122.
([2]) 7573/01 CODEC 304 SAN 36.
([3]) JO C 116 du 20.4.2001, p. 75.
([4]) JO C 144 du 16.5.2001, p. 43.
([5]) JO C 240 E du 28.8.2001, p. 168.
([6]) La numérotation des considérants, des articles et de l'annexe est celle qui est appliquée dans la position commune.

B. AMENDEMENTS ACCEPTÉS PAR LA COMMISSION MAIS NON REPRIS DANS LA POSITION COMMUNE

— *Amendement 3*

Le Conseil estime que le principe énoncé dans cet amendement, bien que tout à fait défendable, n'a pas sa place dans ce contexte.

— *Amendement 14*

Le Conseil estime que les références à la formation dans le dispositif [notamment à l'article 3, paragraphe 2, point iv), et à l'annexe, point 2.2] devraient suffire.

— *Amendements 22, 55, 61, 79, 80, 82 et 107*

Le Conseil note que les normes et lignes directrices en matière de qualité et les droits des patients sont des domaines qui relèvent de la compétence des États membres. Toutefois, le droit de la population d'obtenir des informations adéquates est affirmé dans le considérant 1, dans une forme qui est très proche de celle de l'amendement 79.

— *Amendement 29*

Tout en reconnaissant l'expérience que peuvent apporter les différentes chartes dans le domaine de la santé publique, le Conseil ne croit pas que ces chartes, qui sont d'une nature très particulière, requièrent une mention spécifique dans le texte de la décision.

— *Amendement 39*

Le Conseil estime que la nature pratique du programme d'action sanitaire ressort suffisamment tout au long du texte de la décision.

— *Amendement 75*

Tout en reconnaissant les rôles joués par les organisations internationales, le Conseil estime qu'une mention spécifique dans le texte de la décision devrait être réservée de préférence aux organisations qui sont plus directement concernées par la santé publique, comme l'Organisation mondiale de la santé, le Conseil de l'Europe et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

— *Amendement 81*

Le Conseil estime que l'action proposée est trop détaillée. Il attire toutefois l'attention sur le considérant 21, qui énonce les principes généraux régissant la mise en application du programme e-Europe.

— *Amendements 51, 56, 87 et 101*

Le Conseil reconnaît tout à fait l'importance de certaines catégories de maladies et de traitements, mais des références spécifiques vont, selon lui, à l'encontre du caractère général et horizontal du programme d'action sanitaire.

— *Amendement 103*

Le Conseil estime que toutes les dispositions concernant le financement des actions du programme doivent être décidées conformément à la procédure de gestion.

C. PRINCIPALES MODIFICATIONS INTRODUITES PAR LE CONSEIL

Le Conseil a introduit, en outre, les modifications suivantes.

Restructuration et simplification

Le Conseil a assez bien restructuré le texte de la décision. Afin de montrer plus clairement que les articles 2 et 3 visent les objectifs et les actions du programme, le Conseil a transféré vers l'annexe certains des éléments plus détaillés et normatifs. Le Conseil a également simplifié la structure et le contenu de l'annexe de sorte que les actions les plus importantes puissent être clairement identifiées.

Cadre financier

La Commission propose pour la mise en œuvre du programme une enveloppe financière de 300 millions d'euros. Le Parlement a proposé 380 millions d'euros (amendement 109). La position commune du Conseil prévoit une enveloppe de 280 millions d'euros. Le Conseil estime que ce montant reflète parfaitement l'actuel niveau de financement des programmes sanitaires existants ainsi que les économies d'échelle qu'un programme unique est susceptible d'entraîner.