

POSITION COMMUNE (CE) N° 5/2007**arrêtée par le Conseil le 22 mars 2007**

**en vue de l'adoption de la décision n° .../2007/CE du Parlement européen et du Conseil du ...
établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé
(2007-2013)**

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

(2007/C 103 E/02)

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,

vu l'avis du Comité économique et social européen ⁽¹⁾,

vu l'avis du Comité des régions ⁽²⁾,

statuant conformément à la procédure visée à l'article 251 du traité ⁽³⁾,

considérant ce qui suit:

- (1) La Communauté peut contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des citoyens par des actions dans le domaine de la santé publique. Un niveau élevé de protection de la santé devrait être garanti dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. En vertu de l'article 152 du traité, la Communauté est appelée à jouer un rôle actif en prenant des mesures qui ne peuvent pas être prises par les différents États membres, conformément au principe de subsidiarité. La Communauté respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux.
- (2) Le secteur de la santé se caractérise, d'une part, par ses perspectives considérables de croissance, d'innovation et de dynamisme et, d'autre part, par les défis auxquels il est confronté en termes de viabilité financière et sociale et d'efficacité des systèmes de santé en raison, notamment, du vieillissement de la population et des avancées réalisées dans le domaine médical.
- (3) Le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), établi par la décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil ⁽⁴⁾, constitue le premier programme communautaire intégré dans ce domaine et a déjà permis un certain nombre d'évolutions et d'améliorations importantes.
- (4) Des efforts soutenus sont nécessaires pour atteindre les objectifs que la Communauté s'est déjà fixés en matière de santé publique. En conséquence, il est opportun d'établir un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2007-2013) (ci-après dénommé «programme»).

- (5) Un certain nombre de menaces transfrontalières graves pour la santé pourraient avoir une dimension planétaire et des menaces nouvelles apparaissent qui nécessitent de nouvelles mesures communautaires. La Communauté devrait s'attaquer en priorité aux menaces transfrontalières graves pour la santé. Le programme devrait mettre l'accent sur le renforcement des capacités globales de la Communauté en intensifiant la coopération entre les États membres. La surveillance, l'alerte précoce et les mesures de lutte à l'égard des menaces graves pour la santé sont autant de domaines importants où il convient de promouvoir une riposte coordonnée et efficace au niveau de la Communauté. Les mesures visant à assurer une coopération entre les laboratoires pour des diagnostics de haute qualité sont un élément crucial pour répondre aux menaces pour la santé. Le programme devrait encourager la mise en place d'un système de laboratoires de référence communautaires. Toutefois, ce système doit reposer sur une base juridique saine.

- (6) Selon le rapport sur la santé en Europe 2005 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI), les principales causes de la charge de morbidité dans la région européenne de l'OMS sont les maladies non transmissibles (77 %), les blessures et empoisonnements (14 %) et les maladies transmissibles (9 %). Les sept problèmes de santé principaux — cardiopathies ischémiques, troubles dépressifs unipolaires, maladies cérébro-vasculaires, troubles dus à un abus d'alcool, maladies pulmonaires chroniques, cancer du poumon et traumatismes résultant d'accidents de la circulation — représentent 34 % des AVCI dans la région européenne de l'OMS. Les sept principaux facteurs de risques — tabagisme, consommation d'alcool, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, surpoids, consommation insuffisante de fruits et légumes, et manque d'activité physique — représentent 60 % des AVCI. En outre, les maladies transmissibles, comme le VIH/sida, la grippe, la tuberculose et le paludisme, sont également en train de devenir une menace pour la santé de l'ensemble de la population en Europe. L'un des objectifs importants du programme — en coopération, au besoin, avec le programme statistique communautaire — devrait être de mieux déterminer quelles sont les principales charges de morbidité dans la Communauté.

⁽¹⁾ JO C 88 du 11.4.2006, p. 1.

⁽²⁾ JO C 192 du 16.8.2006, p. 8.

⁽³⁾ Avis du Parlement européen du 16 mars 2006 (JO C 291 E du 30.11.2006, p. 372), position commune du Conseil du 22 mars 2007 et position du Parlement européen du ... (non encore parue au Journal officiel).

⁽⁴⁾ JO L 271 du 9.10.2002, p. 1. Décision modifiée par la décision n° 786/2004/CE (JO L 138 du 30.4.2004, p. 7).

- (7) Les huit causes principales de mortalité et de morbidité à la suite de maladies non transmissibles dans la région européenne de l'OMS sont les maladies cardio-vasculaires, les troubles neuropsychiatriques, le cancer, les maladies digestives, les maladies respiratoires, les dysfonctionnements des organes sensoriels, les maladies de l'appareil musculo-squelettique et le diabète sucré.
- (8) La résistance microbienne aux antibiotiques et les infections nosocomiales deviennent actuellement une menace pour la santé en Europe. Le manque de nouveaux antibiotiques efficaces ainsi que les moyens de garantir un usage correct de ceux qui existent déjà inspirent de réelles inquiétudes. Il est donc important de recueillir et d'analyser les informations disponibles à ce sujet.
- (9) Il est important de renforcer le rôle du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, établi par le règlement (CE) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil ⁽¹⁾, dans la lutte contre les maladies transmissibles.
- (10) Le programme devrait prendre appui sur les réalisations du précédent programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008). Il devrait contribuer à atteindre un niveau élevé de santé physique et mentale et à instaurer 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 et sur la prévention des maladies et des affections humaines ainsi que sur l'élimination des causes de danger pour la santé en vue de lutter contre la morbidité et la mortalité précoce.
- (11) Le programme devrait mettre l'accent sur l'amélioration de la santé et la promotion d'un mode de vie sain et d'une culture de la prévention chez les enfants et les jeunes.
- (12) Le programme devrait soutenir l'intégration des objectifs de santé dans toutes les politiques et actions communautaires, sans faire double emploi avec les travaux réalisés dans le cadre d'autres politiques communautaires. La coordination avec les autres politiques et programmes communautaires constitue un élément essentiel de l'objectif consistant à intégrer la santé dans les autres politiques. Afin de favoriser les synergies et d'éviter les doubles emplois, des actions communes peuvent être entreprises avec des programmes et actions communautaires connexes et d'autres fonds et programmes communautaires devraient être utilisés d'une manière appropriée, parmi lesquels les programmes-cadres communautaires de recherche actuel et futurs ainsi que leurs résultats, les Fonds structurels, le fonds de solidarité européen, la stratégie européenne pour la santé au travail, le programme d'action communautaire dans le domaine de la politique des consommateurs (2007-2013) ⁽²⁾, le programme «Prévenir la consommation de drogue et informer le public», le programme «Combattre la violence» (Daphné) et le programme statistique communautaire, dans le cadre des activités qu'ils prévoient respectivement.
- (13) Des efforts particuliers devraient être déployés pour assurer la cohérence et les synergies entre le programme et les actions extérieures de la Communauté, notamment en ce qui concerne la grippe aviaire, le VIH/sida, la tuberculose et d'autres menaces transfrontalières pour la santé. Il convient, en outre, de mettre en place une coopération internationale afin de faire avancer des réformes générales et des questions institutionnelles générales dans le domaine de la santé dans les pays tiers à l'Union européenne.
- (14) Augmenter l'espérance de vie en bonne santé, ou indicateur d'espérance de vie sans incapacité, en prévenant les maladies et en privilégiant les politiques incitant à adopter un mode de vie plus sain, est important pour le bien-être des citoyens de l'Union et contribue à réaliser les objectifs du processus de Lisbonne en ce qui concerne la société de la connaissance et la viabilité des finances publiques, sur lesquelles pèse l'augmentation des dépenses de santé et de sécurité sociale.
- (15) L'élargissement de l'Union européenne a donné lieu à de nouvelles préoccupations en termes d'inégalité face à la santé au sein de l'Union et cette situation ira probablement en s'accroissant avec les élargissements ultérieurs. Cette question devrait par conséquent figurer parmi les priorités du programme.
- (16) Le programme devrait contribuer à identifier les causes des inégalités en matière de santé et à encourager, entre autres choses, l'échange des meilleures pratiques pour lutter contre ces inégalités.
- (17) Il est indispensable de collecter, de traiter et d'analyser de manière systématique des données comparables, compte tenu des contraintes au niveau national, pour pouvoir assurer un suivi efficace de la santé publique dans l'Union européenne, ce qui permettrait 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. Les actions et mesures de soutien devraient contribuer à la compatibilité et à l'interopérabilité des systèmes et des réseaux permettant l'échange d'informations et de données pour l'amélioration de la santé publique. Le sexe, la situation socio-économique et l'âge sont des facteurs importants en matière de santé. La collecte de données devrait autant que possible s'appuyer sur les travaux existants, et les propositions de nouvelles collectes devraient être chiffrées et justifiées par une nécessité manifeste. La collecte des données devrait respecter les dispositions légales applicables à la protection des données à caractère personnel.
- (18) Les meilleures pratiques sont importantes, car la promotion de la santé et la prévention devraient se mesurer en termes d'efficacité et de résultats concrets et non en termes purement économiques. Les meilleures pratiques et les traitements des maladies et blessures les plus récents devraient être encouragés afin d'éviter toute dégradation supplémentaire de la santé, et des réseaux européens de centres de référence pour des affections spécifiques devraient être mis en place.

⁽¹⁾ JO L 142 du 30.4.2004, p. 1.

⁽²⁾ Décision n° 1926/2006/CE du Parlement européen et du Conseil (JO L 404 du 30.12.2006, p. 39).

- (19) Il faudrait prendre des mesures pour prévenir les blessures en collectant des données, en analysant les causes des blessures et en diffusant les informations pertinentes.
- (20) Les services de santé relèvent principalement de la responsabilité des États membres; néanmoins, la coopération au niveau communautaire peut être bénéfique tant pour les patients que pour les systèmes de santé. Les activités financées au titre du programme ainsi que les nouvelles propositions élaborées dans le prolongement desdites activités devraient tenir dûment compte des conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne ⁽¹⁾ adoptées en juin 2006, qui approuvent une déclaration sur les valeurs et principes communs qui fondent les systèmes de santé de l'UE et invitent les institutions de l'Union européenne à veiller au respect desdites valeurs et desdits principes dans leurs activités. Le programme devrait tenir dûment compte de l'évolution future de l'action communautaire en matière de services de santé ainsi que des travaux du groupe à haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux, qui constitue une enceinte importante pour la collaboration et l'échange des meilleures pratiques entre les systèmes de santé des États membres.
- (21) Le programme devrait contribuer à collecter des données, à promouvoir et à élaborer des méthodes et des instruments, à établir des réseaux et différentes formes de coopération et à promouvoir des politiques relatives à la mobilité des patients et des professionnels de la santé. Il devrait faciliter le renforcement de l'espace européen de la santé en ligne par des initiatives européennes communes avec d'autres domaines d'action de l'Union, y compris la politique régionale, tout en contribuant aux travaux sur les critères de qualité des sites internet ayant trait à la santé, ainsi qu'à l'instauration d'une carte européenne d'assurance maladie. Tout en garantissant la prestation de soins médicaux à domicile, il conviendrait de tenir compte de la télémédecine, les applications dans ce domaine pouvant favoriser la prestation de soins de santé transfrontaliers.
- (22) La pollution de l'environnement constitue une menace grave pour la santé et une grande source de préoccupation pour les citoyens européens. Des actions spécifiques devraient s'adresser aux enfants et à d'autres groupes particulièrement vulnérables aux facteurs de risque environnementaux. Le programme devrait compléter les mesures prises dans le cadre du plan d'action européen 2004-2010 en faveur de l'environnement et de la santé.
- (23) Le programme devrait aborder les problèmes de santé liés au sexe et au vieillissement.
- (24) Le principe de précaution et l'évaluation des risques sont des facteurs clés pour la protection de la santé humaine et devraient par conséquent être davantage intégrés dans d'autres actions et politiques communautaires.
- (25) La présente décision établit, pour l'ensemble de la durée du programme, une enveloppe financière qui constitue la référence privilégiée, au sens du point 37 de l'accord interinstitutionnel du 17 mai 2006 entre le Parlement européen, le Conseil et la Commission sur la discipline budgétaire et la bonne gestion financière ⁽²⁾, pour l'autorité budgétaire durant la procédure budgétaire annuelle.
- (26) Afin d'assurer un niveau élevé de coordination entre les actions et les initiatives communautaires et celles des États membres pour la mise en œuvre du programme, il faut encourager la coopération entre les États membres et renforcer l'efficacité des réseaux existants et futurs dans le domaine de la santé publique. La participation des autorités nationales, régionales et locales au niveau approprié, conformément aux systèmes nationaux, devrait être prise en compte pour la mise en œuvre du programme.
- (27) Il est nécessaire d'accroître les investissements de l'UE dans la santé et les projets liés à la santé. À cet égard, les États membres devraient être encouragés à faire de l'amélioration de la santé une priorité de leurs programmes nationaux. Il faut davantage faire connaître les possibilités de financement offertes par l'UE en matière de santé. Il faudrait encourager les États membres à échanger leurs expériences sur l'utilisation des Fonds structurels pour financer le secteur de la santé.
- (28) Les organismes non gouvernementaux et les réseaux spécialisés peuvent également jouer un rôle important dans la réalisation des objectifs du programme. Dans la poursuite d'un ou de plusieurs objectifs du programme, ils peuvent avoir besoin de la participation de la Communauté pour pouvoir fonctionner. Dès lors, il conviendrait de fixer d'une façon détaillée, conformément à 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 ⁽³⁾, les critères d'éligibilité et les dispositions relatives à la transparence financière des organismes non gouvernementaux et des réseaux spécialisés remplissant les conditions requises pour bénéficier d'un soutien de la Communauté, ainsi que la durée de la participation communautaire en leur faveur. Parmi ces critères devrait figurer l'obligation, pour ces organismes et ces réseaux, d'arrêter d'une manière claire des objectifs, des plans d'action et des résultats qualifiables empreints d'une forte dimension européenne et porteurs d'une réelle valeur ajoutée aux objectifs du programme. Eu égard à la spécificité des organismes concernés et en cas d'utilité exceptionnelle, le renouvellement du soutien apporté par la Communauté au fonctionnement desdits organismes et réseaux spécialisés devrait pouvoir être exempté du principe de dégressivité de l'aide communautaire.
- (29) La mise en œuvre du programme devrait être assurée en coopération étroite avec les organismes et agences intéressés, en particulier le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

⁽²⁾ JO C 139 du 14.6.2006, p. 1.

⁽³⁾ JO L 184 du 17.7.1999, p. 23. Décision modifiée par la décision 2006/512/CE (JO L 200 du 22.7.2006, p. 11).

⁽¹⁾ JO C 146 du 22.6.2006, p. 1.

- (30) Il y a lieu d'arrêter les mesures nécessaires à l'application de la présente décision en conformité avec la décision 1999/468/CE, en respectant la transparence nécessaire et en assurant un équilibre raisonnable entre les différents objectifs du programme.
- (31) L'accord sur l'Espace économique européen (ci-après «l'accord EEE») prévoit, dans le domaine de la santé, une coopération 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 (ci-après «pays AELE/EEE»), d'autre part. Il convient également de prévoir l'ouverture du programme à la participation d'autres pays, notamment les pays voisins de la Communauté et les pays demandant l'adhésion, candidats à l'adhésion ou en voie d'adhésion à la Communauté, en tenant particulièrement compte du risque que les menaces pour la santé apparaissant dans d'autres pays aient des répercussions sur le territoire communautaire.
- (32) Il convient de faciliter l'établissement de relations appropriées avec les pays tiers ne participant pas au programme afin de contribuer à la réalisation de ces objectifs, compte tenu des accords en la matière qui auraient été conclus entre ces pays et la Communauté. Il pourrait en résulter que des pays tiers mènent des activités complémentaires de celles qui seront financées par le programme dans des domaines d'intérêt mutuel, mais ces pays ne devraient pas bénéficier d'une participation financière au titre du programme.
- (33) Il y a lieu de renforcer la coopération avec les organisations internationales compétentes, telles que l'Organisation des Nations unies et ses institutions spécialisées, en particulier l'OMS, ainsi qu'avec le Conseil de l'Europe et l'Organisation de coopération et de développement économiques, en vue de mettre en œuvre le programme en maximisant l'efficacité et l'impact des actions touchant à la santé aux niveaux communautaire et international, compte tenu des capacités et des rôles particuliers des différentes organisations.
- (34) Le succès de la mise en œuvre des objectifs du programme devrait être assuré en premier lieu par une bonne couverture des questions incluses dans les plans de travail annuels, la sélection d'actions appropriées et le financement de projets prévoyant tous, d'une façon intégrée, un processus et des exercices réguliers de suivi et d'évaluation, et notamment d'évaluations externes indépendantes, destinés à mesurer l'incidence des actions entreprises et à démontrer qu'elles contribuent aux objectifs généraux du programme. L'évaluation du programme devrait tenir compte du fait que la réalisation des objectifs pourrait demander plus de temps que la durée du programme.
- (35) Les plans de travail annuels devraient couvrir les principales activités prévisibles à financer au titre du programme par le biais des différents mécanismes de financement, y compris les appels d'offres.
- (36) Étant donné que les objectifs de la présente décision ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres en raison du caractère transnational des questions à traiter, et peuvent donc en raison de la capacité de la Communauté à être plus efficace et plus efficace que la seule action nationale lorsqu'il s'agit de protéger la santé et la sécurité des citoyens être mieux réalisés au niveau de la Communauté, la Communauté peut adopter des mesures en application du principe de subsidiarité énoncé à l'article 5 du traité. Conformément au principe de proportionnalité énoncé dans ledit article, la présente décision n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre ces objectifs.
- (37) Conformément à l'article 2 du traité, qui établit que l'égalité entre les hommes et les femmes est un principe de la Communauté, et conformément à l'article 3, paragraphe 2, du traité, qui établit que la Communauté cherche à éliminer les inégalités et à promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes dans toutes ses actions, y compris la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé, l'ensemble des objectifs et actions couverts par le programme contribuent à améliorer la compréhension et la reconnaissance des besoins et attitudes respectifs des hommes et des femmes en matière de santé.
- (38) Il convient d'assurer une transition entre le deuxième programme et celui qu'il remplace, notamment pour ce qui est de la poursuite des modalités pluriannuelles de sa gestion, telles que le financement de l'assistance technique et administrative. À compter du 1^{er} janvier 2014, les dépenses liées à la gestion des actions non encore menées à leur terme à la fin de l'année 2013 devraient être couvertes par les crédits d'assistance technique et administrative.
- (39) La présente décision remplace la décision n° 1786/2002/CE. Il convient donc d'abroger cette dernière décision,

DÉCIDENT:

Article premier

Établissement du programme

La présente décision établit le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2007-2013), portant sur la période allant du ... (*) au 31 décembre 2013 (ci-après dénommé «programme»).

Article 2

Finalité et objectifs

1. Le programme complète et appuie les politiques des États membres, y apporte une valeur ajoutée et contribue à renforcer la solidarité et la prospérité dans l'Union européenne par la protection et la promotion de la santé et de la sécurité des personnes et l'amélioration de la santé publique.

(*) Date d'entrée en vigueur de la présente décision.

2. Les objectifs qui seront poursuivis par les actions prévues en annexe sont les suivants:

- améliorer la sécurité sanitaire des citoyens,
- promouvoir la santé,
- produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé.

Les mesures visées au paragraphe 1 contribuent, le cas échéant, à la prévention des maladies graves et à la réduction de leur incidence ainsi que de la morbidité et de la mortalité qu'elles occasionnent.

Article 3

Financement

1. L'enveloppe financière pour l'exécution du programme pour la période visée à l'article 1^{er} est établie à 365 600 000 EUR.

2. Les crédits annuels sont autorisés par l'autorité budgétaire dans les limites du cadre financier.

Article 4

Participation financière

1. La participation financière de la Communauté n'excède pas les plafonds suivants:

- a) 60 % des coûts des actions destinées à favoriser la réalisation d'un objectif faisant partie du présent programme, sauf en cas d'utilité exceptionnelle, où la participation communautaire n'excède pas 80 %, et
- b) 60 % des coûts de fonctionnement d'un organisme non gouvernemental ou d'un réseau spécialisé à but non lucratif, indépendant par rapport aux intérêts industriels, commerciaux et d'affaires ou à d'autres intérêts incompatibles, qui compte des membres dans la moitié au moins des États membres, un équilibre géographique étant respecté, et qui vise principalement à réaliser un ou plusieurs objectifs du programme, lorsque cette intervention est nécessaire pour réaliser lesdits objectifs. En cas d'utilité exceptionnelle, la participation communautaire n'excède pas 80 %.

2. Le renouvellement de la participation financière prévue au paragraphe 1, point b), au profit des organismes non gouvernementaux et des réseaux spécialisés peut être exempté du principe de dégressivité.

3. La participation financière de la Communauté peut, lorsque la nature de l'objectif à atteindre le justifie, comporter un financement conjoint par la Communauté et un ou plusieurs États membres, ou par la Communauté et les autorités compétentes d'autres pays participants. En pareil cas, la participation communautaire n'excède pas 50 %, sauf en cas d'utilité exceptionnelle, où elle n'excède pas 70 %. Cette participation communautaire peut être accordée à un organisme public ou à un organisme sans but lucratif désigné, selon une procédure transparente, par l'autorité compétente ou l'État membre concerné et agréé par la Commission.

4. La participation financière de la Communauté peut également prendre la forme d'un montant forfaitaire et d'un financement à taux forfaitaire si cela correspond à la nature des actions concernées. Les pourcentages maximaux fixés aux paragraphes 1 et 3 ne s'appliquent pas à cette participation financière, mais un cofinancement reste obligatoire.

Article 5

Assistance administrative et technique

1. La dotation financière du programme peut aussi couvrir les dépenses liées à des activités de préparation, de suivi, de contrôle, d'audit et d'évaluation qui sont directement nécessaires à la gestion du programme et à la réalisation de ses objectifs, en particulier les dépenses relatives à des études, à des réunions, à des actions d'information et de publication, les dépenses liées aux réseaux informatiques spécialement destinés à l'échange d'informations, ainsi que toutes les autres dépenses d'assistance technique et administrative que la Commission peut exposer pour assurer la gestion du programme.

2. La dotation financière peut également couvrir les dépenses d'assistance technique et administrative qui sont nécessaires pour assurer la transition entre le présent programme et les mesures adoptées en application de la décision n° 1786/2002/CE. Si nécessaire, des crédits pourraient être inscrits au budget après 2013 pour couvrir des dépenses similaires, en vue de permettre la gestion des actions qui ne seront pas encore achevées au 31 décembre 2013.

Article 6

Méthodes de mise en œuvre

Les actions visant à atteindre la finalité et les objectifs énoncés à l'article 2 exploitent pleinement les méthodes de mise en œuvre appropriées, et en particulier:

- a) la mise en œuvre directe ou indirecte, sur une base centralisée, par la Commission, et
- b) la gestion conjointe avec des organisations internationales, lorsqu'il y a lieu.

Article 7

Mise en œuvre du programme

1. La Commission assure, en étroite coopération avec les États membres, la mise en œuvre des actions et mesures établies par le programme conformément aux articles 3 et 8.

2. 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 et à ce qu'elles bénéficient d'une participation appropriée.

3. En vue d'atteindre les objectifs du programme, la Commission, en étroite coopération avec les États membres:

- a) s'efforce d'assurer la comparabilité des données et des informations ainsi que la compatibilité et l'interopérabilité des systèmes et des réseaux d'échange des données et d'informations concernant la santé, et
- b) assure la coopération et la communication nécessaires avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et les autres agences compétentes de l'UE afin d'utiliser au mieux les fonds de la Communauté.

4. Lors de la mise en œuvre du programme, la Commission, en collaboration avec les États membres, veille au respect de toutes les dispositions légales applicables dans le domaine de la protection des données à caractère personnel et, le cas échéant, à l'instauration de mécanismes assurant la confidentialité et la sécurité de ces données.

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 conformément à la procédure visée à l'article 10, paragraphe 2:

- a) le plan de travail annuel pour la mise en œuvre du programme, qui définit:
 - i) les priorités à respecter et les actions à entreprendre, y compris la répartition des ressources,
 - ii) les critères applicables au pourcentage de la participation financière de la Communauté, y compris les critères permettant d'évaluer si l'action présente une utilité exceptionnelle,
 - iii) les modalités permettant de mettre en œuvre les stratégies et actions conjointes visées à l'article 9;
- b) les critères de sélection, d'attribution et les autres critères applicables aux participations financières aux actions entreprises au titre du programme visées à l'article 4.

2. Toutes les autres mesures nécessaires pour la mise en œuvre de la présente décision sont arrêtées conformément à la procédure visée à l'article 10, paragraphe 3.

Article 9

Stratégies et actions conjointes

1. 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 et pour promouvoir l'intégration de la santé dans les autres politiques, la réalisation des objectifs du programme peut se faire sous la forme de stratégies et d'actions conjointes par l'instauration de liens avec les programmes, les actions et les fonds communautaires pertinents.

2. La Commission veille à une synergie optimale entre le programme-cadre et les autres programmes, actions et fonds communautaires.

Article 10

Comité

1. La Commission est assistée par un comité (ci-après dénommé «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 11

Participation de pays tiers

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, et
- b) de pays tiers, en particulier les pays auxquels la politique européenne de voisinage s'applique, les pays demandant l'adhésion, candidats à l'adhésion ou en voie d'adhésion à l'Union européenne, ainsi que les pays des Balkans occidentaux inclus dans le processus de stabilisation et d'association, conformément aux conditions définies dans les différents accords bilatéraux ou multilatéraux arrêtant les principes généraux de la participation desdits pays aux programmes communautaires.

Article 12

Coopération internationale

Lors de la mise en œuvre du programme, les relations et la coopération avec les pays tiers non participants et avec les organisations internationales compétentes, notamment l'OMS, sont encouragées.

Article 13

Contrôle, évaluation et diffusion des résultats

1. La Commission, en étroite coopération avec les États membres, suit la mise en œuvre des actions du programme à la lumière de ses objectifs. Elle fait rapport chaque année au comité sur toutes les actions et les projets financés au titre du programme et informe le Parlement européen et le Conseil.

2. À la demande de la Commission, qui évitera toute croissance excessive de la charge administrative des États membres, les États membres transmettent toutes les informations disponibles sur la mise en œuvre et l'incidence du programme.

3. La Commission présente au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions:

- a) au plus tard le ... (*), un rapport d'évaluation intermédiaire externe et indépendant sur les résultats obtenus par rapport aux objectifs du programme et sur les aspects qualitatifs et quantitatifs de sa mise en œuvre, ainsi que sur sa cohérence et sa complémentarité avec d'autres programmes, actions et fonds communautaires pertinents. Le rapport doit en particulier permettre d'évaluer l'impact des mesures dans tous les pays. Le rapport comporte un résumé des principales conclusions et est assorti des observations de la Commission;
- b) au plus tard le ... (**), une communication sur la poursuite du programme;
- c) au plus tard le 31 décembre 2015, un rapport d'évaluation ex post externe et indépendant sur la mise en œuvre et les résultats du programme.

4. La Commission rend publics les résultats des actions entreprises en vertu de la présente décision et veille à leur diffusion.

Article 14

Abrogation

La décision n° 1786/2002/CE est abrogée.

Article 15

Entrée en vigueur

La présente décision entre en vigueur le jour suivant celui de sa publication au *Journal officiel de l'Union européenne*.

Fait à Bruxelles,

Par le Parlement européen

Le président

...

Par le Conseil

Le président

...

(*) Trois ans après l'entrée en vigueur de la présente décision.

(**) Quatre ans après l'entrée en vigueur de la présente décision.

ANNEXE

ACTIONS VISÉES À L'ARTICLE 2, PARAGRAPHE 2

1. Améliorer la sécurité sanitaire des citoyens

1.1. Protéger les citoyens contre les menaces pour la santé

- 1.1.1. Élaborer des stratégies et des mécanismes permettant de prévenir les menaces pour la santé liées à des maladies transmissibles ou non transmissibles, et les menaces pour la santé d'origine physique, chimique ou biologique, y compris celles liées à des actes de dissémination volontaire, d'échanger des informations sur ces menaces et d'y réagir; mesures visant à assurer une coopération entre les laboratoires des États membres pour des diagnostics de haute qualité; soutien au travail des laboratoires existants qui effectuent un travail pertinent pour la Communauté; élaboration d'un réseau de laboratoires de référence communautaires.
- 1.1.2. Soutenir l'élaboration de politiques de prévention, de vaccination et d'immunisation; améliorer les partenariats, réseaux, outils et systèmes de rapports concernant la situation en matière d'immunisation et la surveillance des événements indésirables.
- 1.1.3. Élaborer des capacités et des procédures de gestion des risques; améliorer la préparation et la planification en cas d'urgence sanitaire, y compris la préparation de réponses communautaires et internationales coordonnées; élaborer des procédures de communication concernant les risques et de consultation concernant les contre-mesures.
- 1.1.4. Encourager la coopération et l'amélioration de la capacité et des moyens de réaction actuels, dont des équipements de protection, des moyens d'isolement et des laboratoires mobiles pouvant être déployés rapidement en cas d'urgence.
- 1.1.5. Élaborer des stratégies et procédures portant sur la mise en place et l'amélioration de la capacité d'intervention rapide, l'exécution d'exercices et d'essais, l'évaluation et la révision de plans généraux et spécifiques d'urgence sanitaire, ainsi que sur leur interopérabilité entre États membres.

1.2. Améliorer la sécurité des citoyens

- 1.2.1. Soutenir et améliorer les avis scientifiques et l'évaluation des risques en favorisant la détection précoce des risques, en analysant leurs effets potentiels, en échangeant des informations sur les dangers et l'exposition, et en favorisant des approches intégrées et harmonisées.
- 1.2.2. Contribuer à améliorer la sécurité et la qualité des organes et des substances d'origine humaine, du sang, et des dérivés sanguins; favoriser leur disponibilité, leur traçabilité et leur accessibilité à des fins médicales, dans le respect des responsabilités des États membres visées à l'article 152, paragraphe 5, du traité.
- 1.2.3. Promouvoir des mesures pour l'amélioration de la sécurité des patients grâce à des soins de santé de qualité et sûrs, y compris en ce qui concerne la résistance aux antibiotiques et les infections nosocomiales.

2. Promouvoir la santé

2.1. Favoriser des modes de vie plus sains et contribuer à réduire les inégalités en matière de santé

- 2.1.1. Promouvoir les initiatives visant à prolonger l'espérance de vie en bonne santé et favoriser le vieillissement en bonne santé; soutenir les mesures visant à promouvoir et à analyser l'incidence de la santé sur la productivité et la participation au marché du travail, et à contribuer ainsi à atteindre les objectifs de Lisbonne; soutenir les mesures visant à étudier l'incidence sur la santé des autres politiques.
- 2.1.2. Soutenir les initiatives visant à identifier les causes des inégalités en matière de santé dans et entre les États membres, y compris les causes liées aux différences entre hommes et femmes, et les initiatives visant à les combattre et à les réduire, afin de contribuer à la prospérité et à la cohésion; favoriser les investissements dans la santé en coopération avec d'autres politiques et fonds communautaires; renforcer la solidarité entre les systèmes de santé nationaux en favorisant la coopération sur des questions en rapport avec les soins de santé transfrontaliers.

2.2. Promouvoir des modes de vie plus sains et lutter contre les maladies et les blessures graves en agissant sur les facteurs influant sur la santé

- 2.2.1. Agir sur les facteurs influant sur la santé pour promouvoir et améliorer la santé physique et mentale, en créant des environnements propices à des modes de vie sains et en prévenant la maladie; prendre des mesures concernant les facteurs essentiels tels que l'alimentation, l'activité physique et la santé sexuelle, ainsi que les facteurs liés à la dépendance, comme le tabac, l'alcool et les drogues, en se concentrant sur des milieux essentiels, tels que le milieu scolaire et le lieu de travail, ainsi que sur l'ensemble du cycle de vie.

- 2.2.2. Promouvoir des mesures de prévention des maladies graves qui pèsent lourdement dans la charge globale de morbidité dans la Communauté ainsi que des maladies rares, lorsque des mesures prises au niveau communautaire contre leurs facteurs déterminants peuvent apporter une importante valeur ajoutée aux efforts entrepris au niveau national.
 - 2.2.3. Soutenir les mesures concernant les effets sur la santé de facteurs environnementaux et socio-économiques plus généraux.
 - 2.2.4. Promouvoir des mesures contribuant à réduire les accidents et les blessures.
 - 3. Produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé
 - 3.1. Échanger des connaissances et des bonnes pratiques
 - 3.1.1. Échanger des connaissances et des bonnes pratiques sur des questions essentielles en matière de santé relevant du champ d'application du programme.
 - 3.2. Collecter, analyser et diffuser des informations en matière de santé
 - 3.2.1. Développer un système de veille sanitaire viable disposant de mécanismes de collecte de données et d'informations, assortis d'indicateurs pertinents; collecter des données sur la situation et les politiques sanitaires; élaborer l'élément statistique de ce système à l'aide du programme statistique communautaire.
 - 3.2.2. Élaborer des mécanismes d'analyse et de diffusion, dont les rapports sur la santé dans la Communauté, le portail de la santé et des conférences; fournir des informations aux citoyens, aux parties prenantes et aux responsables politiques, et élaborer des mécanismes de consultation et des processus participatifs; établir régulièrement des rapports sur la santé dans l'Union européenne, fondé sur l'ensemble des données et indicateurs et comprenant une analyse qualitative et quantitative.
 - 3.2.3. Fournir des analyses et une assistance technique à l'appui de l'élaboration ou de l'application de politiques ou d'instruments législatifs liés au champ d'application du programme.
-

EXPOSÉ DES MOTIFS DU CONSEIL

I. INTRODUCTION

1. Le 15 avril 2005, la Commission a transmis au Conseil et au Parlement européen une proposition ⁽¹⁾ de décision du Parlement européen et du Conseil établissant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs (2007-2013).
2. Le Comité économique et social européen et le Comité des régions ont adopté leur avis respectivement les 14 et 15 février 2006 ⁽²⁾ et le 16 février 2006 ⁽³⁾ tandis que l'avis du Parlement européen en première lecture a été adopté le 16 mars 2006 ⁽⁴⁾.
3. À la suite de l'adoption, le 17 mai 2006, de l'accord interinstitutionnel entre le Parlement européen, le Conseil et la Commission sur la discipline budgétaire et la bonne gestion financière (y compris le cadre financier pluriannuel 2007-2013), la Commission a présenté, le 29 mai 2006, une proposition modifiée ⁽⁵⁾ (ci-après dénommée «deuxième programme de santé publique»), qui a incorporé un certain nombre d'amendements du Parlement européen, notamment la scission de la proposition en deux programmes distincts (l'un dans le domaine de la santé et l'autre dans le domaine de la protection des consommateurs), ainsi que les dotations budgétaires révisées.
4. Le 22 mars 2007, le Conseil a adopté sa position commune conformément à l'article 251, paragraphe 2, du traité.

II. OBJECTIF

Le deuxième programme de santé publique pour la période 2007-2013 est destiné à remplacer le programme actuel établi par la décision n° 1786/2002/CE ⁽⁶⁾.

Les principaux objectifs du deuxième programme de santé publique sont:

- d'améliorer la sécurité sanitaire des citoyens,
- de promouvoir la santé, et
- de produire et de diffuser des informations et des connaissances en matière de santé.

Ces objectifs seront atteints au moyen des actions énumérées à l'annexe de la décision, qui s'inscrivent dans le prolongement du programme actuel, et qui seront adaptées aux nouvelles questions stratégiques, telles que la nécessité de favoriser le vieillissement en bonne santé, de s'attaquer aux inégalités en matière de santé et d'améliorer la préparation et la planification en cas d'urgence sanitaire.

Les priorités et actions concrètes ainsi que d'autres aspects de l'exécution du programme (par exemple, répartition des ressources financières, critères de sélection et d'attribution applicables aux participations financières, modalités de mise en œuvre des stratégies et actions conjointes) seront arrêtées dans les plans de travail annuels en consultation avec le comité de gestion du programme. Les objectifs du programme de santé publique, qui sont d'une portée très vaste, permettront au besoin d'aborder de nouvelles questions qui se poseraient au cours de la période de mise en œuvre.

L'enveloppe financière globale allouée au programme s'élève à 365,6 millions EUR à prix courants.

III. ANALYSE DE LA POSITION COMMUNE

1. Généralités

D'une manière générale, le Conseil a suivi l'avis en première lecture du Parlement européen, qui a été repris dans une très large mesure dans la proposition modifiée de la Commission. Le Conseil a notamment accepté la scission de la proposition initiale de la Commission en deux programmes distincts (l'un dans le domaine de la santé et l'autre dans le domaine de la protection des consommateurs). Le Conseil a marqué son accord sur les dotations budgétaires révisées mentionnées à la section II ci-dessus et figurant dans l'accord interinstitutionnel du 17 mai 2006. Il convient de noter que l'avis en première lecture du Parlement européen a été adopté le 16 mars 2006, c'est-à-dire avant l'accord interinstitutionnel du 17 mai 2006.

⁽¹⁾ JO C 172 du 12.7.2005, p. 25.

⁽²⁾ JO C 88 du 11.4.2006, p. 1.

⁽³⁾ JO C 192 du 16.8.2006, p. 8.

⁽⁴⁾ Doc. 7537/06.

⁽⁵⁾ Doc. 9905/06.

⁽⁶⁾ JO L 271 du 9.10.2002, p. 1.

2. Amendements du Parlement européen

Lors de son vote en plénière le 16 mars 2006, le Parlement européen a adopté 145 amendements à la proposition initiale de la Commission. La majorité de ces amendements ont été intégrés dans la proposition modifiée de la Commission, au sujet de laquelle le Conseil a accepté d'autres amendements dans sa position commune.

Le Conseil:

a) a inclus dans la position commune 22 amendements liés à la scission de la proposition initiale de la Commission en deux programmes distincts, de la manière suivante:

i) amendements acceptés intégralement:

amendement 1 (sur le titre): le nouveau titre;

amendement 2 (sur le premier visa);

amendement 15 (sur le considérant 2): la partie supplémentaire non liée à la scission est acceptée dans le considérant 4;

amendement 37 (sur le considérant 4): supprimé;

amendement 42 (sur le considérant 9): ce considérant est devenu le considérant 31;

amendement 52 (sur l'article 3): cet article est devenu l'article 4;

amendement 74 (sur l'article 11); cet article est devenu l'article 14;

amendement 75 (sur l'article 12); cet article est devenu l'article 5, paragraphe 2;

amendement 76 (sur l'annexe 1): cette annexe a été supprimée;

amendements 77, 78, 84, 86, 101 (sur l'annexe 2): cette annexe est devenue l'annexe;

amendement 140 (sur l'annexe 3): cette annexe est devenue l'annexe du programme d'action communautaire dans le domaine de la politique des consommateurs (2007-2013);

ii) amendements reformulés ou acceptés en partie:

amendement 3 (sur le considérant 1): accepté en ce qui concerne la scission;

amendement 18 (sur le considérant 3): accepté en ce qui concerne la scission;

amendement 38 (sur le considérant 5): également accepté en partie dans le considérant 12;

amendement 41 (sur le considérant 7): accepté en ce qui concerne la scission;

amendement 43 (sur le considérant 11): reformulé dans le considérant 33;

amendement 48 (sur l'article 1^{er});

amendement 49 (sur l'article 2): également accepté en partie à l'article 2, paragraphe 1;

b) n'a pas accepté l'amendement 113 à la suite de la réduction du nombre d'actions dans la proposition modifiée de la Commission;

c) a inclus dans la position commune 91 amendements qui n'étaient pas liés à la scission de la proposition, comme suit:

i) amendements acceptés intégralement:

sur les considérants:

amendement 7 [sur le considérant 1 *quinquies* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 3;

amendement 9 [sur le considérant 1 *septies* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 6;

amendement 19 [sur le considérant 3 *bis* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 12;

amendement 20 [sur le considérant 3 *ter* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 14;

amendement 21 [sur le considérant 3 *quater* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 15;

amendement 22 [sur le considérant 3 *quinquies* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 16;

amendement 24 [sur le considérant 3 *septies* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 17;

amendement 30 [sur le considérant 3 *terdecies* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 22;

amendement 34 [sur le considérant 3 *septiesdecies* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 24;

amendement 35 [sur le considérant 3 *octiesdecies* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 26;

amendement 36 [sur le considérant 3 *novodecies* (nouveau)]: figure maintenant dans le considérant 26;

sur les articles:

amendement 59 [sur l'article 4, paragraphe 1 *quinquies* (nouveau)]: est devenu l'article 7, paragraphe 3, point a);

amendement 60 [sur l'article 4, paragraphe 1 *sexies* (nouveau)]: est devenu l'article 7, paragraphe 3, point b);

amendement 61 [sur l'article 4, paragraphe 1 *septies* (nouveau)]: est devenu l'article 7, paragraphe 4;

amendement 66 [sur l'article 7, paragraphe 1, point a)]: est devenu l'article 8, paragraphe 1, point a) i);

amendement 69 (sur l'article 7, paragraphe 2): est devenu l'article 8, paragraphe 2;

amendement 70 (sur l'article 9): est devenu l'article 12;

amendement 72 (sur l'article 10, paragraphe 3): supprimé;

ii) amendements reformulés ou acceptés en partie:

sur les considérants:

amendement 4 (sur le considérant 1): accepté en partie dans le considérant 1;

amendement 6 [sur le considérant 1 *quater* (nouveau)]: reformulé dans le considérant 2;

amendement 8 [sur le considérant 1 *sexies* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 5;

amendement 10 [sur le considérant 1 *octies* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 7;

amendement 13 [sur le considérant 1 *duodecies* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 8;

amendement 14 [sur le considérant 1 *terdecies* (nouveau)]: reformulé dans le considérant 9;

amendement 16 [sur le considérant 2 *bis* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 10;

amendement 17 [sur le considérant 2 *ter* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 11;

amendement 23 [sur le considérant 3 *sexies* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 17;

amendement 25 [sur le considérant 3 *octies* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 18;

amendement 26 [sur le considérant 3 *nonies* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 18;

amendement 27 [sur le considérant 3 *decies* (nouveau)]: reformulé dans le considérant 19;

amendement 28 [sur le considérant 3 *undecies* (nouveau)]: reformulé dans le considérant 21;

amendement 29 [sur le considérant 3 *duodecies* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 21;

amendement 31 [sur le considérant 3 *quater decies* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 23;

amendement 39 [sur le considérant 5 *bis* (nouveau)]: reformulé dans le considérant 27;

amendement 40 (sur le considérant 6): accepté en partie dans le considérant 28;

amendement 44 (sur le considérant 12): accepté en partie dans le considérant 34;

amendement 45 (sur le considérant 13): accepté en partie dans le considérant 36;

amendement 46 [sur le considérant 13 *bis* (nouveau)]: reformulé dans le considérant 37;

amendement 47 (sur le considérant 14): reformulé dans le considérant 38 et l'article 5, paragraphe 2;

sur les articles:

amendement 50 [sur l'article 2, paragraphe 2 *bis* (nouveau)]: accepté en partie dans le considérant 1 et l'annexe, objectif 2.1;

amendement 53 [sur l'article 3, paragraphe 2, point b)]: accepté en partie à l'article 4, paragraphe 1, point b);

amendement 55 (sur l'article 4): accepté en partie à l'article 7, paragraphe 1;

amendement 56 [sur l'article 4, paragraphe 1 *bis* (nouveau)]: accepté en partie à l'article 7, paragraphe 3, point a);

amendement 57 [sur l'article 4, paragraphe 1 *ter* (nouveau)]: accepté en partie à l'article 7, paragraphe 2;

amendement 62 [sur l'article 4, paragraphe 1 *octies* (nouveau)]: accepté en partie à l'article 5, paragraphe 2;

amendement 63 [sur l'article 4 *bis* (nouveau)]: accepté en partie à l'article 9;

amendement 67 [sur l'article 7, paragraphe 1, point a *bis* (nouveau)]: accepté en partie à l'article 8, paragraphe 1, point a) iii);

amendement 71 (sur l'article 10, paragraphe 2): accepté en partie à l'article 13, paragraphe 3;

amendement 73 [sur l'article 10, paragraphe 3 *bis* (nouveau)]: accepté en partie à l'article 13, paragraphe 3, point a);

amendement 146 [sur l'article 7, paragraphe 1, point a *quater* (nouveau)]: accepté en partie à l'article 8, paragraphe 1;

amendement 147 (sur l'article 10, paragraphe 1): accepté en partie à l'article 13, paragraphe 3, point a);

sur l'annexe:

amendements 79 et 80 (sur l'annexe 2): acceptés en partie à l'article 7, paragraphe 3, point b);

amendement 81 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.2.3;

amendement 85 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.1.3;

amendement 88 (sur l'annexe 2): accepté en partie dans les considérants 11 et 22;

amendement 89 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 2.2.1;

amendement 90 (sur l'annexe 2): accepté en partie au considérant 19;

amendement 91 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 2.1.2;

amendement 92 (sur l'annexe 2): accepté en partie dans les considérants 16 et 37, et à l'annexe, objectif 2.1;

amendement 93 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.1.1;

amendement 98 (sur l'annexe 2): accepté en partie dans les considérants 17, 23 et à l'annexe, objectif 2.1.1;

amendement 99 (sur l'annexe 2): accepté en partie dans les considérants 17, 23 et à l'annexe, objectif 2.1.2;

amendement 100 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'article 2, paragraphe 2, et à l'annexe, objectif 2.2;

amendement 104 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 2.1;

amendement 106 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.1.2;

amendement 107 (sur l'annexe 2): accepté en partie dans les considérants 16 et 37, et à l'annexe, objectif 2.1;

amendement 108 (sur l'annexe 2): accepté en partie au considérant 18 et à l'annexe, objectif 3.1;

amendement 109 (sur l'annexe 2): accepté en partie au considérant 21;

amendement 110 (sur l'annexe 2): accepté en partie au considérant 19;

amendement 111 (sur l'annexe 2): accepté en partie dans les considérants 18 et 19, et à l'annexe, objectif 2.2;

amendement 112 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'article 2, paragraphe 2, et à l'annexe, objectif 2.2;

amendement 115 (sur l'annexe 2): accepté en partie au considérant 21;

amendement 116 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 3.1;

amendement 117 (sur l'annexe 2): accepté en partie dans les considérants 17 et 23, et à l'annexe, objectif 2.1.2;

amendement 118 (sur l'annexe 2): accepté en partie au considérant 21;

amendement 119 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 2.1.1;

amendement 120 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.2.2;

amendement 121 (sur l'annexe 2): accepté en partie au considérant 12, à l'article 2, paragraphe 2, à l'article 9, et à l'annexe, objectif 3;

amendement 123 (sur l'annexe 2): reformulé à l'annexe, objectif 3;

amendement 124 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 3.2;

amendement 125 (sur l'annexe 2): accepté en partie au considérant 17 et à l'annexe, objectif 3.2.1;

amendement 126 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 3.2.1;

amendement 132 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.1.1;

amendement 133 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 3.2.2;

amendement 134 (sur l'annexe 2): accepté en partie dans les considérants 12 et 13, à l'article 9, paragraphe 1, et à l'annexe, objectif 2.1.1;

amendement 135 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe;
amendement 136 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'article 12;
amendement 137 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.2.1;
amendement 138 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.2.2;
amendement 139 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 3.2.3;
amendement 139 (sur l'annexe 2): accepté en partie à l'annexe, objectif 1.1.3;

d) n'a pas inclus 26 amendements (5, 11, 12, 32, 33, 51, 54, 58, 65, 68, 82, 83, 87, 95, 96, 102, 103, 105, 122, 128, 130, 131, 145, 148, 152 et 153) dans la position commune.

À la suite de l'adoption de l'accord interinstitutionnel du 17 mai 2006, le Conseil ne peut pas accepter les cinq amendements suivants en raison de contraintes liées aux ressources: 64, 97, 114, 127 et 129.

IV. CONCLUSION

Le Conseil estime que sa position commune, qui inclut les amendements mentionnés à la section III.2, points a) et c), tient bien compte de l'avis en première lecture du Parlement européen.

La position commune constitue un équilibre entre les préoccupations et les intérêts en présence et fait en sorte que les objectifs du programme puissent être atteints à travers un nombre plus limité d'actions et d'instruments, ainsi que des méthodes et procédures plus précises, qui ont été reformulés dans l'esprit de l'avis en première lecture du Parlement européen et de la proposition modifiée de la Commission. La décision améliorera l'efficacité des actions communautaires dans le domaine de la santé publique et sensibilisera davantage à la situation de la santé dans l'Union européenne, contribuant ainsi à l'amélioration et à la protection de la santé des citoyens de l'Union européenne.
