ISSN 1977-0936

Journal officiel de l'Union européenne

C 358

Édition de langue française

54e année

8 décembre 2011

Communications et informations

Numéro d'information — Sommaire — Page

II *Communications*

COMMUNICATIONS PROVENANT DES INSTITUTIONS, ORGANES ET ORGANISMES DE L'UNION EUROPÉENNE

Commission européenne

2011/C 358/01 Non-opposition à une concentration notifiée (Affaire COMP/M.6331 — KKR/Silver Lake/Go Daddy Group) [1] 1

2011/C 358/02 Communication de la Commission — Établissement du plan de travail comportant la liste indicative des secteurs pour l'adoption des documents sectoriels ou transsectoriels de référence, conformément au règlement (CE) nº 1221/2009 du Parlement européen et du Conseil concernant la participation volontaire des organisations à un système communautaire de management environnemental et d'audit (EMAS) [1] 2

2011/C 358/03 Non-opposition à une concentration notifiée (Affaire COMP/M.6427 — Hermes Europe/Armadillo Holding/B2C) [1] 6

2011/C 358/04 Non-opposition à une concentration notifiée (Affaire COMP/M.6235 — Honeywell/Sinochem/JV) [1] 6

FR

Prix: 4 EUR

[1] Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE

(suite au verso)

IV *Informations*

INFORMATIONS PROVENANT DES INSTITUTIONS, ORGANES ET ORGANISMES DE L'UNION EUROPÉENNE

Commission européenne

2011/C 358/05 Taux de change de l'euro 7

2011/C 358/06 Décision d'exécution de la Commission du 1er décembre 2011 relative à l'adoption du programme de travail pour 2012, valant décision de financement, dans le cadre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013), ainsi que des critères de sélection, d'attribution et des autres critères applicables aux participations financières aux actions dudit programme, et relative à la contribution financière de l'Union européenne à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac 8

2011/C 358/07 Note concernant le code de bonnes pratiques en matière d'étiquetage pour les aliments pour animaux familiers 49

V *Avis*

PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

Commission européenne

2011/C 358/08 Appel à candidatures 2012 — Deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) [1] 50

FR

[1] Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE

II

(Communications)

COMMUNICATIONS PROVENANT DES INSTITUTIONS, ORGANES ET ORGANISMES DE L'UNION EUROPÉENNE

COMMISSION EUROPÉENNE

Non-opposition à une concentration notifiée

(Affaire COMP/M.6331 — KKR/Silver Lake/Go Daddy Group)

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

(2011/C 358/01)

Le 12 octobre 2011, la Commission a décidé de ne pas s'opposer à la concentration notifiée susmentionnée et de la déclarer compatible avec le marché commun. Cette décision se fonde sur l'article 6, paragraphe 1, point b) du règlement (CE) n° 139/2004 du Conseil. Le texte intégral de la décision n'est disponible qu'en anglais et sera rendu public après suppression des secrets d'affaires qu'il pourrait contenir. Il pourra être consulté:

— dans la section consacrée aux concentrations, sur le site internet de la DG concurrence de la Commission (http://ec.europa.eu/competition/mergers/cases/). Ce site permet de rechercher des décisions concernant des opérations de concentration à partir du nom de l'entreprise, du numéro de l'affaire, de la date ou du secteur d'activité,

— sur le site internet EUR-Lex (http://eur-lex.europa.eu/fr/index.htm), qui offre un accès en ligne au droit communautaire, sous le numéro de document 32011M6331.

Communication de la Commission — Établissement du plan de travail comportant la liste indicative des secteurs pour l'adoption des documents sectoriels ou transsectoriels de référence, conformément au règlement (CE) nº 1221/2009 du Parlement européen et du Conseil concernant la participation volontaire des organisations à un système communautaire de management environnemental et d'audit (EMAS)

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

(2011/C 358/02)

1. INTRODUCTION

La Commission a présenté, le 16 juillet 2008, le plan d'action pour une consommation et une production durables et pour une politique industrielle durable [1]. Le plan appelait à une révision du système communautaire de management environnemental et d'audit (EMAS), un instrument important aux fins de la réalisation des objectifs de l'UE en matière de consommation et de production durables.

Le règlement (CE) nº 1221/2009 du 25 novembre 2009 [2], aussi appelé EMAS révisé, est entré en vigueur le 10 janvier 2010. L'objectif du système EMAS est de promouvoir l'amélioration constante des résultats obtenus par les organisations en matière d'environnement, au moyen de:

— l'établissement et la mise en œuvre par les organisations de systèmes de management environnemental,

— l'évaluation systématique, objective et périodique du fonctionnement de ces systèmes,

— la fourniture d'informations sur les résultats obtenus en matière d'environnement,

— la concertation avec le public et les autres parties intéressées,

— la participation active des employés des organisations et une formation appropriée.

Entre autres innovations, le règlement révisé introduit la notion de documents de référence sectoriels qui définissent les meilleures pratiques de management environnemental, les indicateurs de performance environnementale propres aux secteurs et, le cas échéant, fixent des repères d'excellence et des systèmes de classement permettant d'identifier les niveaux de performances environnementales.

Bien que le principal objectif de l'élaboration des documents de référence sectoriels soit d'aider et de guider les sociétés EMAS dans un secteur spécifique, en contribuant à une application harmonisée et améliorée du règlement EMAS, l'aide et les conseils fournis dans ces documents peuvent également être utilisés dans un secteur donné pour améliorer les performances environnementales indépendamment de l'enregistrement EMAS.

Les documents de référence sectoriels aideront également à préparer le terrain en vue de l'utilisation efficace des ressources, grâce à la définition de repères d'excellence et d'indicateurs des niveaux de performances propres au secteur.

Dans ce cadre, le règlement EMAS révisé prévoit l'établissement d'un plan de travail comportant la liste indicative des secteurs pour lesquels les documents sectoriels de référence seront considérés comme prioritaires.

[1] COM(2008) 397 final.
[2] JO L 342 du 22.12.2009, p. 1.

2. LISTE INDICATIVE DES SECTEURS

La liste indicative des secteurs présentée en annexe a été établie en utilisant différentes contributions et sources de données qui ont elles-mêmes tenu compte de plusieurs facteurs et de différentes approches. Les principaux critères pris en compte ont été les suivants:

1) l'incidence environnementale du secteur dans la Communauté;

2) le niveau de participation au système EMAS dans le secteur;

3) le potentiel d'améliorations environnementales dans la «chaîne de valeur» du secteur.

2.1. L'incidence environnementale du secteur au sein de la Communauté

Un des volets de l'analyse consistait à comparer l'incidence environnementale des différents secteurs économiques susceptibles d'être couverts par les documents de référence. Les données utilisées ont été validées par le Centre de données environnementales sur les ressources naturelles et les produits (Eurostat). L'exercice a abouti à une liste des 20 secteurs les plus importants, classés en fonction de la somme de leurs incidences environnementales agrégées ([1]), calculées en s'appuyant sur quatre indicateurs: le potentiel de réchauffement planétaire (PRP), le potentiel d'acidification (PA), le potentiel de création d'ozone photochimique (PCOP) et le potentiel d'eutrophisation du milieu marin (PEM).

Les conclusions du rapport «EIPRO: Évaluation des impacts environnementaux des produits. Analyse des impacts environnementaux en considérant la totalité du cycle de vie et leur consommation totale cumulée pour l'UE-25» [*Environmental Impact of Products (EIPRO) — Analysis of the Life Cycle Environmental Impacts related to the final Consumption of the EU-25*] de mai 2006 ([2]) ont également été prises en compte. Les résultats de cette étude sont fondés sur l'analyse du cycle de vie, notamment les différentes phases du cycle de vie des produits consommés dans l'Union européenne par les ménages privés et le secteur public: extraction, transport, production, consommation et fin de vie.

Le rapport intitulé «Messages clefs sur l'utilisation des ressources matérielles en Europe et l'utilisation efficace de ces ressources: enseignements tirés de l'analyse environnementale élargie entrées-sorties et de la comptabilité des flux de matières» (*Key messages on material resource use and efficiency in Europe: Insights from environmental extended input-output analysis and material flow accounts*), élaboré par le ETC/SCP — Centre thématique sur la consommation et la production durables de l'Agence européenne pour l'environnement ([3]) a également été examiné. S'appuyant sur la comptabilité des flux de matières, ce rapport identifie les groupes de produits finaux dont la part d'utilisation des ressources totales induite par la consommation nationale totale est la plus élevée.

Cette analyse semble indiquer que le critère de l'incidence environnementale est particulièrement important pour les secteurs spécifiques ci-après: l'agriculture, la construction, l'industrie des produits alimentaires et des boissons, la gestion des déchets et la fabrication d'équipements électriques et électroniques.

2.2. Participation au système EMAS

Les données relatives à la participation au système EMAS dans les différents secteurs ont également été prises en compte; il s'agissait de l'un des principaux éléments de l'exercice d'établissement des priorités. Conformément au considérant 25 du règlement EMAS, la production des documents de référence sectoriels a pour principe de base «d'harmoniser l'application du présent règlement». Il est important que les documents de référence sectoriels couvrent les secteurs dans lesquels la participation au système EMAS est la plus forte, contribuant ainsi à une application harmonisée plus rapide du règlement. Aux fins de l'établissement des priorités, on parle de forte participation lorsque plus de 100 organisations enregistrées dans le système EMAS sont actives dans le secteur au sein de l'UE.

Les secteurs ci-après ont plus de 100 sociétés enregistrées dans le système EMAS: la construction, l'industrie des produits alimentaires et des boissons, l'administration publique, le tourisme, la gestion des déchets et la fabrication d'ouvrages en métaux.

([1]) http://www.eu-smr.eu/infohub/documents/IH_2010-004_Reply_Environmental-pressure-by-NACE-Code_15112010.pdf
([2]) http://ec.europa.eu/environment/ipp/pdf/eipro_report.pdf
([3]) http://scp.eionet.europa.eu/publications/1234

2.3. **Le potentiel d'améliorations environnementales dans la «chaîne de valeur» du secteur**

La chaîne de valeur se rapporte généralement à une séquence d'activités liées de la conception et la mise au point de produits/services, à leur fabrication, commercialisation et vente, leur service après-vente, élimination et recyclage.

Le système EMAS constitue déjà un bon point de départ pour la réflexion sur le cycle de vie car il en prend en compte aussi bien les aspects directs que les aspects indirects, proposant ainsi une approche plus globale de la gestion environnementale qui a le potentiel d'examiner la chaîne de valeur dans son ensemble.

C'est pourquoi il a été envisagé de sélectionner les secteurs offrant de bonnes possibilités de mener les améliorations environnementales via leur chaîne de valeur, car cela permettra également d'aider à tendre vers la durabilité au sens large, en tenant compte des éventuels effets directs et indirects dans les différents secteurs.

En particulier, les grandes sociétés et les autorités publiques sont en position de force pour influencer le marché par l'application de systèmes de gestion environnementale dans la chaîne de valeur, ce qui porte à croire que, aux fins de cet exercice, les secteurs dotés d'un bon potentiel d'amélioration environnementale dans la chaîne de valeur sont les suivants: l'industrie automobile, les télécommunications, le secteur du gros et du détail, le tourisme et l'administration publique.

3. **CONCLUSION**

Le choix des secteurs prioritaires pour lesquels les documents sectoriels de référence seront élaborés a été fait en fonction de l'incidence environnementale du secteur, de la participation au système EMAS et du potentiel d'amélioration environnementale dans la «chaîne de valeur» du secteur.

Cela a abouti à une liste restreinte de secteurs indicatifs, présentée en annexe, pour lesquels les documents sectoriels de référence peuvent apporter une valeur ajoutée, contribuer à minimiser les incidences environnementales, garantir une application harmonisée du règlement EMAS, promouvoir les synergies positives avec les instruments et politiques existants et agir comme un moteur pour accroître la viabilité au sens large.

Étant donné que certains de ces secteurs sont marqués par la présence d'un grand nombre de petites et moyennes entreprises (PME), les documents de référence sectoriels prendront en considération la structure et les méthodes de travail des micro et petites entreprises, qui ne sont généralement pas aussi formelles et documentées que dans les grandes entreprises, de manière à aider les PME à mettre en œuvre le système EMAS en fonction de leur taille, de leur capacité financière et de leur culture d'entreprise.

Ce plan de travail indique les secteurs pour lesquels la Commission élaborera des documents de référence sectoriels EMAS pendant les cinq prochaines années. La Commission pourra revoir cette liste à tout moment, en s'appuyant sur l'expérience acquise avec sa mise en œuvre. En outre, et conformément à l'article 46, paragraphe 3, du règlement, ce plan de travail sera rendu public et périodiquement mis à jour.

ANNEXE

Liste indicative des secteurs prioritaires [1]

— commerce de gros et de détail,

— tourisme,

— services de bâtiment et travaux publics,

— administration publique,

— agriculture — production végétale et production animale,

— fabrication de matériel électronique et électrique,

— construction automobile,

— fabrication d'ouvrages en métaux, à l'exception des machines et des équipements,

— industrie des produits alimentaires et des boissons,

— gestion des déchets,

— télécommunications.

[1] Il y a lieu de souligner que cette liste est indicative, comme précisé à l'article 46, paragraphe 3, du règlement (CE) nº 1221/2009. La Commission peut à tout moment réviser cette liste.

Non-opposition à une concentration notifiée

(Affaire COMP/M.6427 — Hermes Europe/Armadillo Holding/B2C)

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

(2011/C 358/03)

Le 2 décembre 2011, la Commission a décidé de ne pas s'opposer à la concentration notifiée susmentionnée et de la déclarer compatible avec le marché commun. Cette décision se fonde sur l'article 6, paragraphe 1, point b) du règlement (CE) n° 139/2004 du Conseil. Le texte intégral de la décision n'est disponible qu'en anglais et sera rendu public après suppression des secrets d'affaires qu'il pourrait contenir. Il pourra être consulté:

— dans la section consacrée aux concentrations, sur le site internet de la DG concurrence de la Commission (http://ec.europa.eu/competition/mergers/cases/). Ce site permet de rechercher des décisions concernant des opérations de concentration à partir du nom de l'entreprise, du numéro de l'affaire, de la date ou du secteur d'activité,

— sur le site internet EUR-Lex (http://eur-lex.europa.eu/fr/index.htm), qui offre un accès en ligne au droit communautaire, sous le numéro de document 32011M6427.

Non-opposition à une concentration notifiée

(Affaire COMP/M.6235 — Honeywell/Sinochem/JV)

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

(2011/C 358/04)

Le 2 décembre 2011, la Commission a décidé de ne pas s'opposer à la concentration notifiée susmentionnée et de la déclarer compatible avec le marché commun. Cette décision se fonde sur l'article 6, paragraphe 1, point b) du règlement (CE) n° 139/2004 du Conseil. Le texte intégral de la décision n'est disponible qu'en anglais et sera rendu public après suppression des secrets d'affaires qu'il pourrait contenir. Il pourra être consulté:

— dans la section consacrée aux concentrations, sur le site internet de la DG concurrence de la Commission (http://ec.europa.eu/competition/mergers/cases/). Ce site permet de rechercher des décisions concernant des opérations de concentration à partir du nom de l'entreprise, du numéro de l'affaire, de la date ou du secteur d'activité,

— sur le site internet EUR-Lex (http://eur-lex.europa.eu/fr/index.htm), qui offre un accès en ligne au droit communautaire, sous le numéro de document 32011M6235.

IV

(Informations)

INFORMATIONS PROVENANT DES INSTITUTIONS, ORGANES ET ORGANISMES DE L'UNION EUROPÉENNE

COMMISSION EUROPÉENNE

Taux de change de l'euro [1]

7 décembre 2011

(2011/C 358/05)

1 euro =

	Monnaie	Taux de change		Monnaie	Taux de change
USD	dollar des États-Unis	1,3377	AUD	dollar australien	1,3043
JPY	yen japonais	103,99	CAD	dollar canadien	1,3517
DKK	couronne danoise	7,4345	HKD	dollar de Hong Kong	10,3994
GBP	livre sterling	0,85745	NZD	dollar néo-zélandais	1,7193
SEK	couronne suédoise	9,0149	SGD	dollar de Singapour	1,7211
CHF	franc suisse	1,2413	KRW	won sud-coréen	1 512,52
ISK	couronne islandaise		ZAR	rand sud-africain	10,8165
NOK	couronne norvégienne	7,6935	CNY	yuan ren-min-bi chinois	8,4905
BGN	lev bulgare	1,9558	HRK	kuna croate	7,5115
CZK	couronne tchèque	25,328	IDR	rupiah indonésien	12 081,19
HUF	forint hongrois	300,23	MYR	ringgit malais	4,1850
LTL	litas lituanien	3,4528	PHP	peso philippin	57,977
LVL	lats letton	0,6978	RUB	rouble russe	41,8150
PLN	zloty polonais	4,4715	THB	baht thaïlandais	41,255
RON	leu roumain	4,3455	BRL	real brésilien	2,4018
TRY	lire turque	2,4529	MXN	peso mexicain	18,0790
			INR	roupie indienne	69,1820

[1] *Source*: taux de change de référence publié par la Banque centrale européenne.

DÉCISION D'EXÉCUTION DE LA COMMISSION

du 1er décembre 2011

relative à l'adoption du programme de travail pour 2012, valant décision de financement, dans le cadre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013), ainsi que des critères de sélection, d'attribution et des autres critères applicables aux participations financières aux actions dudit programme, et relative à la contribution financière de l'Union européenne à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

(2011/C 358/06)

LA COMMISSION EUROPÉENNE,

vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,

vu la décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) [1], et notamment son article 8, paragraphe 1,

vu le règlement (CE, Euratom) n° 1605/2002 du Conseil du 25 juin 2002 portant règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes [2], et notamment ses articles 53 *bis* et *quinquies*, son article 75 et son article 110,

vu le règlement (CE, Euratom) n° 2342/2002 de la Commission du 23 décembre 2002 établissant les modalités d'exécution du règlement (CE, Euratom) n° 1605/2002 du Conseil portant règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes [3], et notamment son article 90 et son article 168, paragraphe 1, points c) et f),

vu la décision 2004/858/CE de la Commission du 15 décembre 2004 instituant une agence exécutive dénommée «Agence exécutive pour le programme de santé publique» pour la gestion de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique — en application du règlement (CE) n° 58/2003 du Conseil [4], et notamment son article 6,

considérant ce qui suit:

(1) La décision n° 1350/2007/CE (ci-après la «décision établissant le programme») établit le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) (ci-après le «deuxième programme de santé»).

(2) Le deuxième programme de santé vise à compléter et à soutenir les politiques des États membres, à leur apporter de la valeur ajoutée, ainsi qu'à contribuer au renforcement de la solidarité et de la prospérité dans l'Union européenne. Les objectifs de ce programme sont d'améliorer la sécurité sanitaire des citoyens, de promouvoir la santé et, notamment, de réduire les inégalités en la matière, ainsi que de produire et de diffuser des informations et des connaissances dans le domaine de la santé.

(3) En application de l'article 8, paragraphe 1, point a), de la décision établissant le programme, la Commission adopte un programme de travail annuel qui définit les priorités à respecter et les actions à entreprendre, y compris la répartition des ressources financières, les critères applicables au pourcentage de la participation financière de l'Union, dont les critères permettant d'évaluer si l'action présente une utilité exceptionnelle, ainsi que les modalités de mise en œuvre des stratégies et des actions conjointes visées à l'article 9 de ladite décision.

(4) L'article 8, paragraphe 1, point b), de la décision établissant le programme prévoit que la Commission adopte les critères de sélection et d'attribution et les autres critères applicables aux participations financières aux actions du programme, conformément à l'article 4 de ladite décision.

(5) Conformément aux articles 4 et 6 de la décision 2004/858/CE, l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs réalise certaines tâches relatives à la mise en œuvre du deuxième programme de santé et reçoit les crédits nécessaires à cette fin.

(6) Conformément à l'article 75 du règlement (CE, Euratom) n° 1605/2002 (ci-après le «règlement financier») et à l'article 90, paragraphe 1, du règlement (CE, Euratom) n° 2342/2002 (ci-après les «modalités d'exécution»), l'engagement de toute dépense à la charge du budget de l'Union européenne est précédé d'une décision de financement exposant les éléments essentiels de l'action impliquant la dépense, adoptée par l'institution ou les autorités déléguées par celle-ci.

(7) L'article 110 du règlement financier et l'article 8, paragraphe 1, de la décision établissant le programme prévoient l'adoption d'un programme de travail annuel pour la mise en œuvre du deuxième programme de santé, ainsi que des critères de sélection et d'attribution et des autres critères applicables aux participations financières aux actions du deuxième programme de santé.

[1] JO L 301 du 20.11.2007, p. 3.
[2] JO L 248 du 16.9.2002, p. 1.
[3] JO L 357 du 31.12.2002, p. 1.
[4] JO L 369 du 16.12.2004, p. 73.

(8) Le programme de travail pour 2012 constituant un cadre suffisamment précis au sens de l'article 90, paragraphes 2 et 3, des modalités d'exécution, la présente décision vaut décision de financement des dépenses prévues dans le programme de travail pour les subventions, les marchés et les autres actions.

(9) En vertu de l'article 168, paragraphe 1, point c), des modalités d'exécution, des subventions peuvent être octroyées sans appel à propositions à des organismes se trouvant dans une situation de monopole de droit ou de fait et, en vertu de l'article 168, paragraphe 1, point f), pour des actions ayant des caractéristiques spécifiques qui requièrent un type particulier d'organisme en raison de sa compétence technique, de son degré élevé de spécialisation ou de son pouvoir administratif. Conformément à ces dispositions, il convient d'octroyer des subventions sans appel à propositions aux organismes figurant dans le programme de travail joint en annexe et dans le respect des conditions qui y sont énoncées.

(10) La présente décision constitue également une décision de financement des dépenses effectuées dans le cadre de la gestion centralisée indirecte ou de la gestion conjointe à la charge du budget de l'Union.

(11) La présente décision constitue également une décision de financement de la contribution financière de l'Union européenne à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

(12) La preuve a été obtenue de l'existence et du bon fonctionnement des éléments énumérés à l'article 56 du règlement financier, à l'intérieur de l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs, à laquelle la Commission a délégué l'exécution des fonds de l'Union en gestion centralisée indirecte.

(13) Il convient que la présente décision permette également le paiement d'intérêts de retard dus en application de l'article 83 du règlement financier et de l'article 106, paragraphe 5, des modalités d'exécution.

(14) Aux fins de l'application de la présente décision, il y a lieu de définir l'expression «modification substantielle» au sens de l'article 90, paragraphe 4, des modalités d'exécution.

(15) Les mesures prévues par la présente décision sont conformes à l'avis du comité visé à l'article 10 de la décision établissant le programme,

DÉCIDE:

Article premier

Le programme de travail destiné à exécuter le deuxième programme de santé en 2012, établi à l'annexe I, et les critères de sélection et d'attribution et les autres critères applicables aux participations financières aux actions dudit programme, énoncés aux annexes II, III, IV, V, VI et VII, sont adoptés, de même que la contribution financière de l'Union européenne à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

La présente décision vaut décision de financement au sens de l'article 75 du règlement financier.

Article 2

La participation maximale autorisée par la présente décision pour l'exécution du deuxième programme de santé est fixée à 51 130 200 euros, à financer sur les lignes budgétaires ci-après du budget général de l'Union européenne pour 2012:

— la ligne budgétaire 17 03 06 — Action de l'Union dans le domaine de la santé: 48 300 000 euros,

— la ligne budgétaire 17 01 04 02 — Dépenses pour la gestion administrative: 1 400 000 euros,

auxquels s'ajoutent les contributions des pays de l'AELE et de l'EEE et de la Croatie pour leur participation au programme de santé, estimées:

— à 1 292 200 euros pour les pays de l'AELE/EEE,

— à 138 000 euros pour la Croatie.

Ces contributions portent le total pour la ligne 17 03 06 à 49 688 800 euros et le total pour la ligne 17 01 04 02 à 1 441 400 euros.

La contribution maximale autorisée par la présente décision à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui s'élève à 200 000 euros, sera financée sur la ligne budgétaire 17 03 05 — Accords internationaux et adhésion à des organisations internationales dans le domaine de la santé publique et de la lutte antitabac.

Ces crédits peuvent également servir au paiement d'intérêts de retard conformément à l'article 83 du règlement financier.

L'exécution de la présente décision est subordonnée à la disponibilité des crédits prévus dans le projet de budget pour 2012 après l'adoption du budget pour ladite année par l'autorité budgétaire.

Article 3

Le système de gestion mis en place par l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs, chargée de la mise en œuvre des fonds de l'Union, respecte les conditions de la délégation de tâches en gestion centralisée indirecte. L'Agence exécutive adoptera des mesures de prévention des fraudes adaptées aux risques constatés. Cette entité peut donc se voir déléguer l'exécution budgétaire de tâches liées aux subventions de projets, aux subventions de fonctionnement, aux subventions d'actions conjointes, aux subventions de conférences et aux conventions de subventions directes conclues avec des organisations internationales, ainsi qu'au financement de marchés.

Les crédits nécessaires à la gestion du deuxième programme de santé sont délégués à l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs aux conditions et dans la limite des montants fixés dans le programme de travail figurant à l'annexe I.

La subvention de fonctionnement inscrite au poste 17 01 04 30 est versée à l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs.

Article 4

Les modifications cumulées des crédits alloués aux différents mécanismes de financement indiqués à l'annexe I qui ne dépassent pas 20 % de la participation maximale autorisée par la présente décision pour chaque poste budgétaire ne sont pas considérées comme substantielles pour autant qu'elles n'aient d'incidence significative ni sur la nature ni sur l'objectif du programme de travail. Elles peuvent se solder par une augmentation de la participation maximale autorisée par la présente décision jusqu'à concurrence de 20 %.

L'ordonnateur, visé à l'article 59 du règlement financier, peut décider de pareilles modifications dans le respect des principes de bonne gestion financière et de proportionnalité.

Le directeur général de la DG Santé et consommateurs veille à l'exécution générale de la présente décision de financement.

Article 5

Des subventions peuvent être octroyées sans appel à propositions à des organismes se trouvant dans une situation de monopole de droit ou de fait en vertu de l'article 168, paragraphe 1, point c), des modalités d'exécution, et pour des actions ayant des caractéristiques spécifiques qui requièrent un type particulier d'organisme en raison de sa compétence technique, de son degré élevé de spécialisation ou de son pouvoir administratif en vertu de l'article 168, paragraphe 1, point f), dans le respect des conditions énoncées dans le programme de travail joint en annexe. L'octroi de subventions à des bénéficiaires se trouvant dans une situation de monopole sera précédé d'une analyse spécifique de cette situation sur la base de preuves documentaires.

Fait à Bruxelles, le 1er décembre 2011.

Par la Commission

John DALLI

Membre de la Commission

ANNEXE I

Programme de travail pour 2012 dans le cadre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

1. CONTEXTE GÉNÉRAL

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

L'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) et les obligations légales et autres engagements qui en résultent constituent la base des actions présentées dans le présent programme de travail. Le traité précise que l'action de l'UE en matière de santé publique porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action est menée en coopération avec les États membres. La stratégie de l'UE en matière de santé définie dans le livre blanc de la Commission intitulé «Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013» [COM(2007) 630 final ([1])] constitue le cadre général dans lequel s'inscrivent toutes les actions relevant du présent programme de travail.

Le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) (ci-après le «deuxième programme de santé» ou le «programme») établi par la décision n° 1350/2007/CE (ci-après la «décision établissant le programme») concourt à cette approche stratégique. Le programme de santé est destiné à compléter et à appuyer les politiques des États membres et à y apporter une valeur ajoutée. Il doit contribuer à renforcer la solidarité et la prospérité dans l'UE en protégeant et en favorisant la santé et la sécurité des personnes ainsi qu'en améliorant la santé publique. Le programme poursuit les objectifs ci-après, énoncés à l'article 2, paragraphe 2, de la décision établissant le programme:

1) améliorer la sécurité sanitaire des citoyens;

2) promouvoir la santé, y compris la réduction des inégalités en la matière;

3) produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé.

L'article 8, paragraphe 1, de la décision établissant le programme prévoit que la Commission adopte:

a) un 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 l'UE, y compris les critères relatifs à l'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 du programme, conformément à l'article 4.

L'article 75 du règlement (CE, Euratom) n° 1605/2002 (ci-après le «règlement financier») dispose que l'engagement de la dépense est précédé d'une décision de financement adoptée par l'institution ou les autorités déléguées par celle-ci. Conformément à l'article 90 (ci-après les «modalités d'exécution du règlement financier»), la décision portant adoption du programme de travail annuel visé à l'article 110 du règlement financier peut valoir décision de financement, à condition qu'elle constitue un cadre suffisamment précis. Le présent document vise à remplir ces obligations et expose les actions prévues pour 2012.

En plus des États membres et de l'Union européenne, le programme de santé est également ouvert à la participation de pays tiers. Les pays de l'AELE/EEE, à savoir l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège, y participent conformément aux conditions définies dans l'accord EEE. D'autres pays tiers peuvent également y participer, moyennant les accords nécessaires, notamment les pays concernés par la politique européenne de voisinage, les pays qui ont introduit une demande d'adhésion à l'Union, les pays candidats à l'adhésion et les pays en voie d'adhésion, ainsi que les pays des Balkans occidentaux associés au processus de stabilisation et d'association. Parmi ces pays figure la Croatie, qui a passé pareil accord et participe au programme.

([1]) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:FR:PDF

1.2. **Ressources**

La décision établissant le programme prévoit un budget total de 321 500 000 EUR pour la période comprise entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2013. Le budget pour 2012 s'élève à 49 700 000 EUR, sous réserve de l'approbation du budget par l'autorité budgétaire:

— 48 300 000 EUR pour la ligne 17 03 06 «Action de l'UE dans le domaine de la santé» (budget de fonctionnement),

— 1 400 000 EUR pour la ligne 17 01 04 02 «Dépenses pour la gestion administrative» (budget administratif).

Les pays de l'AELE/EEE et la Croatie apportent des contributions supplémentaires estimées, respectivement, à 1 292 200 EUR et 138 000 EUR.

Ces contributions portent le total à 49 688 800 EUR pour la ligne 17 03 06 et à 1 441 400 EUR pour la ligne 17 01 04 02.

Les montants figurant dans les chapitres ci-après ont une valeur indicative. Conformément à l'article 90, paragraphe 4, des modalités d'exécution, chaque poste de dépense admet, pour le montant alloué à chacun des mécanismes de financement, des variations non substantielles.

Le poste 17 01 04 02 «Dépenses pour la gestion administrative» est destiné à couvrir les dépenses consacrées aux études, aux réunions d'experts, à l'information, aux publications et à l'assistance administrative et technique pour les systèmes informatiques. Ces actions ont un lien direct avec la réalisation des objectifs du programme ou des mesures entreprises dans le cadre de cette activité.

L'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (l'«Agence») aide la Commission à mettre en application le présent programme de travail en vertu de la décision C(2008) 4943 de la Commission du 9 septembre 2008. La ligne budgétaire correspondant aux crédits administratifs liés à l'Agence est le poste 17 01 04 30.

Sous réserve de l'approbation du budget par l'autorité budgétaire, une enveloppe de 200 000 EUR est prévue au titre de la contribution financière de l'UE à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, à l'article 17 03 05 «Accords internationaux et adhésion à des organisations internationales dans le domaine de la santé publique et de la lutte antitabac».

2. MÉCANISMES DE FINANCEMENT

Les crédits disponibles à l'article 17 03 06 «Action de l'UE dans le domaine de la santé» serviront à l'octroi de subventions de projets, de subventions de fonctionnement, de subventions d'actions conjointes, de subventions de conférences et de subventions directes à des organisations internationales, ainsi qu'au financement de marchés publics et d'autres actions. Les subventions font toutes l'objet d'une convention écrite.

Conformément au considérant 33 de la décision établissant le programme, il convient de faciliter la collaboration avec les pays tiers ne participant pas au programme. Cette collaboration ne devrait pas prendre la forme d'un financement au titre du programme. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés, les frais de voyage et de séjour des experts invités qui viennent de ces pays ou qui s'y rendent pourront toutefois être considérés comme des coûts admissibles, pour autant que cela contribue directement aux objectifs du programme.

2.1. **Subventions de projets**

Le montant global indicatif destiné à des subventions de projets est estimé à 13 171 820 EUR. Les subventions de projets sont déterminées sur la base des coûts admissibles engagés. Le taux de cofinancement de l'Union ne peut dépasser 60 %, mais il peut atteindre 80 % lorsqu'une proposition remplit les critères d'utilité exceptionnelle. Les critères d'exclusion, d'admissibilité, de sélection et d'attribution relatifs aux subventions de projets figurent à l'annexe II, et les critères d'utilité exceptionnelle, à l'annexe VII.

Seules les propositions qui ont un rapport direct avec le thème développé dans le présent programme de travail et la description qui y figure et pour lesquelles le mécanisme de financement «subventions de projets» est indiqué seront prises en considération en vue d'un éventuel financement. Les propositions ne portant que sur le thème général sans être en rapport avec la description précise d'une action donnée seront écartées.

L'appel à propositions relatif aux subventions de projets sera publié au Journal officiel au quatrième trimestre de 2011 (calendrier indicatif).

2.2. **Subventions de fonctionnement**

Le montant global indicatif destiné à des subventions de fonctionnement est estimé à 4 400 000 EUR. Ces subventions sont déterminées sur la base des coûts admissibles engagés. Le taux de cofinancement de l'Union ne peut dépasser 60 %, mais il peut atteindre 80 % lorsqu'une proposition remplit les critères d'utilité exceptionnelle.

Un montant est réservé au renouvellement de subventions de fonctionnement octroyées au titre du programme de travail 2011 à des organismes non gouvernementaux (ONG) et à des réseaux spécialisés. De nouvelles subventions de fonctionnement peuvent être accordées à des ONG et à des réseaux spécialisés dont les domaines d'activité sont en rapport avec les trois objectifs du programme de santé. Les travaux financés par des subventions de fonctionnement doivent contribuer directement à la réalisation des priorités définies dans la communication COM(2010) 2020 de la Commission du 3 mars 2010 intitulée «EUROPE 2020 — Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive» [1]. Les thèmes les plus pertinents sont notamment le vieillissement actif et en bonne santé, l'action en faveur de la santé et la prévention des maladies, la prévention des inégalités en matière de santé et l'amélioration de l'accès aux soins pour tous, ainsi que les questions relatives au personnel de santé.

Conformément à l'article 4, paragraphe 2, de la décision établissant le programme, le renouvellement de la participation financière prévue au paragraphe 1, point b), dudit article au profit des ONG et des réseaux spécialisés peut être exempté du principe de dégressivité. En règle générale, cette exemption s'applique aux organisations demandeuses dont le fonctionnement n'est pas financé par le secteur privé [2] ni par d'autres intérêts incompatibles (financement de base). Pour toutes les autres subventions de fonctionnement renouvelées, le taux du cofinancement de l'Union appliqué sera celui fixé dans la convention de subvention conclue à l'issue de l'appel à propositions 2011, diminué d'un point de pourcentage. En tout état de cause, le montant du cofinancement de l'Union ne peut être supérieur au montant octroyé en 2011. Les critères d'exclusion, d'admissibilité, de sélection et d'attribution relatifs aux subventions de fonctionnement figurent à l'annexe III, et les critères d'utilité exceptionnelle, à l'annexe VII.

L'appel à propositions relatif aux subventions de fonctionnement sera publié au Journal officiel au quatrième trimestre de 2011 (calendrier indicatif).

2.3. **Subventions d'actions conjointes**

Le montant global indicatif destiné à des actions conjointes est estimé à 8 950 000 EUR. Les actions conjointes permettent aux autorités compétentes des États membres, des autres pays participant au programme de santé et à la Commission européenne de poursuivre leur action dans des domaines déterminés en commun. Les organismes publics ou les ONG établis dans un État membre ou un autre pays participant au programme associé à une action conjointe donnée peuvent participer à cette dernière, à condition d'être expressément mandatés à cette fin par les autorités dudit État membre ou pays participant.

Les subventions d'actions conjointes sont déterminées sur la base des coûts admissibles engagés. Le taux de cofinancement de l'Union ne peut dépasser 50 %, mais il peut atteindre 70 % en cas d'utilité exceptionnelle. Un cofinancement de 70 % est ainsi envisagé pour l'action conjointe «Faciliter la collaboration entre les autorités nationales au sein de l'UE en matière de don d'organes» (voir le point 3.1.4.2) en raison de sa contribution à l'application effective de la législation de l'UE dans ce domaine. Dans les autres cas, les critères d'utilité exceptionnelle énoncés à l'annexe VII s'appliquent. Les critères d'exclusion, d'admissibilité, de sélection et d'attribution relatifs aux actions conjointes figurent à l'annexe IV.

Les États membres et les autres pays participant au programme de santé qui souhaitent participer à une ou plusieurs actions conjointes doivent en informer la Commission avant la date limite fixée pour la soumission des propositions. À l'exception des ONG dont le terrain d'action est l'Union, seules les organisations établies dans des États membres et d'autres pays participant au programme qui auront ainsi fait part de leur intention pourront demander de participer aux actions conjointes.

L'appel à propositions relatif aux actions conjointes sera publié au Journal officiel au quatrième trimestre de 2011 (calendrier indicatif).

2.4. **Subventions de conférences**

Le montant global indicatif destiné à des conférences s'élève à 800 000 EUR, à raison de 200 000 EUR pour les conférences organisées par la présidence et des 600 000 EUR pour les autres. Pour des raisons administratives, les conférences pouvant prétendre à un cofinancement — en dehors des conférences organisées par la présidence — devront se tenir en 2013.

2.4.1. *Conférences de la présidence — Monopole de droit*

Aux termes de l'article 168, paragraphe 1, c), des modalités d'exécution, des subventions peuvent être octroyées sans appel à propositions à des organismes se trouvant dans une situation de monopole de droit ou de fait, dûment motivée dans la décision d'attribution.

[1] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:FR:PDF

[2] Le terme «secteur privé» couvre les compagnies, entreprises ou sociétés, les organisations professionnelles ou toute autre entité «à but lucratif», indépendamment de leur statut juridique (enregistrées ou non enregistrées), du régime de propriété (entièrement ou partiellement privées/publiques) et de leur taille (grandes ou petites), dès lors qu'elles ne sont pas sous le contrôle des pouvoirs publics.

Les conférences organisées par la présidence, qui revêtent une grande importance politique et réunissent des représentants de premier plan des autorités nationales et européennes, sont exclusivement organisées par l'État membre occupant la présidence de l'Union. Eu égard à la spécificité du rôle de la présidence dans les activités de l'Union, l'État membre chargé de l'organisation de la manifestation est considéré comme détenant un monopole de droit.

Deux conférences organisées par les présidences de l'Union, la première au second semestre de 2012 et l'autre au premier semestre de 2013, peuvent bénéficier chacune d'un montant maximal de 100 000 EUR. Le taux de cofinancement de l'Union ne peut dépasser 50 % des coûts admissibles engagés.

La demande de subvention de la conférence est introduite par la présidence auprès de l'Agence, par l'intermédiaire de la représentation permanente, au moyen d'un formulaire fourni par l'Agence. Cette demande doit être déposée au moins quatre mois avant la date prévue de l'événement.

La conférence de la présidence financée dans le cadre du présent programme de travail s'intitule «Steps Towards a Healthy Ageing Process» et devrait se tenir en septembre 2012 sous la présidence chypriote.

2.4.2. *Autres conférences*

Des subventions peuvent être octroyées pour l'organisation de conférences relevant des trois objectifs du programme de santé. Pour bénéficier d'un financement, les conférences doivent contribuer directement aux priorités de l'Union européenne, telles que définies dans la communication COM(2010) 2020 de la Commission du 3 mars 2010 intitulée «EUROPE 2020 — Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive». Les thèmes les plus pertinents sont notamment le vieillissement actif et en bonne santé, l'action en faveur de la santé et la prévention des maladies, la prévention des inégalités en matière de santé et l'amélioration de l'accès aux soins pour tous ainsi que les questions relatives au personnel de santé.

Les conférences doivent revêtir une dimension européenne. Elles doivent être organisées par un organisme public ou à but non lucratif, implanté dans un pays participant au programme de santé et disposant d'une expérience dans la coopération à l'échelle de l'Union. Les conférences peuvent obtenir jusqu'à 100 000 EUR (maximum de 50 % du budget total). Les critères d'exclusion, d'admissibilité, de sélection et d'attribution de subventions de conférences autres que les conférences organisées par la présidence figurent à l'annexe V.

L'appel à propositions relatif aux subventions de conférences sera publié au Journal officiel au quatrième trimestre de 2011 (calendrier indicatif).

2.5. **Conventions de subventions directes avec des organisations internationales**

Le montant global indicatif destiné à des subventions directes est estimé à 2 633 000 EUR. Les subventions directes seront mises en œuvre en collaboration avec la Commission.

Comme le prévoit l'article 168, paragraphe 1, point f), des modalités d'exécution, les actions menées avec des organisations internationales, portant sur les thèmes recensés dans le présent programme de travail, bénéficieront de fonds alloués par conventions de subvention sans appel à propositions. Les organisations internationales et leurs antennes nationales ou régionales ne peuvent prétendre à aucun financement au titre d'un appel à propositions en tant que bénéficiaire principal ou bénéficiaire associé. Le taux de cofinancement de l'Union ne peut dépasser 60 % des coûts admissibles réellement engagés. Conformément au considérant 33 de la décision établissant le programme, les coûts relatifs aux activités associant des pays tiers qui ne participent pas au programme ne peuvent être considérés comme admissibles. Toutefois, dans des cas exceptionnels dûment justifiés, les frais de voyage et de séjour des experts invités qui viennent de ces pays ou qui s'y rendent pourront être considérés comme coûts admissibles, pour autant que cela contribue directement aux objectifs du programme.

Les organisations internationales ci-après pourront prétendre à un financement par subvention directe en vertu de la présente décision de financement, en raison de leurs compétences spécifiques et de leur degré élevé de spécialisation dans les domaines couverts par les subventions directes, tels que définis dans les sections 3.1, 3.2 et 3.3:

— le Conseil de l'Europe,

— le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC),

— l'Organisation internationale pour les migrations (OIM),

— l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

2.6. **Marchés publics**

Le montant global indicatif destiné à des marchés publics s'élève à 14 463 980 EUR.

Les marchés publics couvrent des activités comme l'évaluation et le suivi des actions et des politiques, des études, les activités de conseil, de fourniture de données et d'informations dans le domaine de la santé, l'assistance scientifique et technique, les activités de communication et de sensibilisation ainsi que les applications informatiques à l'appui des politiques. Les appels d'offres devraient être publiés au Journal officiel au premier semestre de 2012. Des contrats-cadres et de nouveaux contrats de services seront utilisés conformément au présent programme de travail.

2.7. **Autres actions**

Le montant global indicatif destiné à d'autres actions est estimé à 5 270 000 EUR.

Il englobe les contributions versées par l'Union au titre des cotisations à des organismes dont elle est membre, au sens de l'article 108, paragraphe 2, point d), du règlement financier, des accords administratifs avec le Centre commun de recherche (JRC) et des indemnités spéciales versées aux experts pour leur participation aux réunions et aux travaux liés aux avis scientifiques (point 3.1.3.1) et au conseil sur les systèmes de santé (3.3.2.1).

2.8. **Contribution financière de l'Union à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac**

L'Union européenne est partie à part entière à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). La contribution de l'Union à cette convention-cadre pour la période 2012 sera financée au titre de la ligne budgétaire 17 03 05 «Accords internationaux et adhésion à des organisations internationales dans le domaine de la santé publique et de la lutte antitabac», et non du programme de santé. Le concours financier de l'Union se fonde sur la décision relative au budget et au plan de travail 2012-2013, adoptée lors de la 4e session de la conférence des parties à la convention-cadre en novembre 2010 (FCTC/COP/4/20).

La contribution de l'Union est fixée à 145 225 USD pour 2012. Le montant maximal s'élève par conséquent à 200 000 EUR pour 2012, afin de couvrir les fluctuations du taux de change. Le secrétariat de la convention-cadre assurera la gestion des fonds conformément aux règles financières de l'OMS.

3. PRIORITÉS POUR 2012

Dans l'ensemble, les actions prévues par le présent programme de travail visent à contribuer à la réalisation des priorités de l'UE définies dans la stratégie Europe 2020 et à respecter des obligations législatives et des engagements politiques. Les priorités de *croissance intelligente* et de *croissance inclusive* fixées par la stratégie Europe 2020 revêtent une importance particulière pour le présent programme de travail. Les objectifs de la stratégie Europe 2020 sont identiques à ceux de la stratégie de l'UE en matière de santé, selon laquelle l'investissement dans la santé peut stimuler l'innovation, créer des compétences et des emplois et réduire les inégalités en matière de santé.

En 2012, le programme de santé contribuera aux objectifs des initiatives phares ci-dessous relevant de la stratégie Europe 2020:

Le projet pilote de partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé préconisé par l'initiative phare «Une Union de l'innovation» [1] a inspiré, dans le cadre du présent programme de travail, une action visant à permettre aux citoyens européens de mener aussi longtemps que possible une vie active, autonome et en bonne santé. Cette action œuvrera en faveur de la santé physique et mentale, notamment en encourageant une meilleure alimentation et l'activité physique, ainsi qu'en prévenant des comportements nuisibles pour la santé. Les moyens de prévenir l'apparition des maladies graves et chroniques, grâce à des mesures comme le dépistage du cancer, devront être déterminés. Des conseils et des informations adaptés aideront les États membres à mettre en place et à préserver des systèmes de santé durables et efficaces. Des actions seront aussi menées pour déterminer les moyens d'élaborer des produits et services novateurs répondant à la problématique du vieillissement. En définitive, toutes ces mesures visent à contribuer à l'objectif global d'un partenariat visant à augmenter de deux ans le nombre moyen d'années de vie en bonne santé de tous les Européens.

La plateforme européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale [2] instaurée dans le cadre de la stratégie Europe 2020 a inspiré des actions visant à réduire les inégalités. Ces actions ont pour but d'améliorer l'accès des populations vulnérables aux soins de santé, de favoriser leur intégration sociale et de combattre la discrimination à leur encontre. Elles contribuent à la réalisation de l'objectif que s'est fixé l'Union de réduire d'au moins 20 millions le nombre de personnes concernées par la pauvreté et l'exclusion sociale d'ici 2020.

La stratégie pour des compétences nouvelles et des emplois [3] constitue le cadre des mesures relatives au personnel de santé. Celles-ci visent à contribuer à la réalisation de l'objectif fixé par la stratégie Europe 2020 en matière d'emploi, à savoir un taux d'emploi de 75 % de la population en âge de travailler. Elles concourent tout particulièrement aux objectifs relevant de la deuxième priorité de la stratégie, soit doter les individus des compétences nécessaires à l'exercice d'un emploi.

[1] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:FR:PDF
[2] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0758:FIN:FR:PDF
[3] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0682:FIN:FR:PDF

Le présent programme de travail répond en outre à d'autres enjeux, pour lesquels une intervention de l'Union peut apporter une véritable valeur ajoutée. Une société sûre et sécurisée est une condition indispensable à la croissance économique et au bien-être des citoyens. Plusieurs menaces sanitaires transfrontalières survenues ces dernières années ont clairement démontré la nécessité et la valeur d'une action cohérente et efficace à l'échelle de l'Union. Les actions prévues dans le cadre du présent programme de travail visent à déterminer et à mettre en place des mécanismes efficaces pour détecter et prévenir la propagation de différentes menaces sanitaires transfrontalières, ou pour en minimiser l'incidence. Ce programme de travail envisage également un soutien à des systèmes et des mécanismes sûrs et sécurisés visant à étayer la législation de l'UE sur la qualité et la sécurité des organes et des substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang. Les activités ont pour but d'obtenir et de préserver la confiance des citoyens européens dans ce domaine. De même, une action ciblée sera également menée à l'appui de la législation en matière de soins de santé transfrontaliers.

L'allongement de la durée de vie active et en bonne santé a une incidence positive sur la productivité et la compétitivité. C'est la raison pour laquelle une action complémentaire est prévue sur les principaux facteurs de risque pour la santé, comme l'alimentation, l'abus d'alcool et le tabagisme, ainsi que dans le domaine des maladies graves, chroniques et rares.

Enfin, plusieurs activités sont envisagées pour contribuer à la réalisation du troisième objectif du programme, à savoir «Produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé». Une série d'activités, en partie organisées en coopération avec des organisations partenaires externes, vise à collecter des données, produire des preuves scientifiques et transmettre efficacement les informations aux citoyens, aux parties prenantes et aux responsables politiques.

3.1. **Actions au titre du premier objectif («Améliorer la sécurité sanitaire des citoyens»)**

3.1.1. *Protéger les citoyens contre les menaces sanitaires — Élaborer des capacités et des procédures de gestion des risques, améliorer la préparation et la planification en cas d'urgence sanitaire (point 1.1.3 de l'annexe de la décision établissant le programme)*

3.1.1.1. Formation et exercices en matière de préparation et d'intervention dans le domaine de la santé publique

Cette action a pour objectif d'améliorer et de renforcer la capacité de réaction de l'Union à des risques potentiels. Les évaluations de la pandémie de 2009 menées au niveau national et de l'Union démontrent clairement qu'il est indispensable de renforcer la préparation en partageant les pratiques exemplaires et en poursuivant l'élaboration d'outils communs au niveau de l'Union. Cette action vise à doter les autorités des États membres d'une meilleure connaissance des risques transfrontaliers et de la gestion des interventions de santé publique destinées à y faire face, ainsi que d'une maîtrise effective des outils informatiques connexes.

Cette action se compose de trois modules de travail. Le premier doit déboucher sur l'organisation de deux sessions de formation et d'exercices, destinés aux fonctionnaires des États membres, sur la préparation et l'intervention en cas de menaces sanitaires transfrontalières graves. Ces sessions porteront sur les responsabilités et le rôle respectifs des parties prenantes, sur l'état de préparation, sur la communication de crise et sur l'utilisation des outils informatiques. Le deuxième module poursuivra l'échange d'experts débuté en 2011 dans le but de partager les bonnes pratiques et les expériences en matière de gestion de crises entre les fonctionnaires/parties prenantes des États membres de l'UE. Le troisième module consiste à élaborer un nouveau module d'apprentissage en ligne pour l'application Hedis (*Health Emergency & Diseases Information System*) ainsi qu'une description des rôles et fonctions destinée à compléter ceux définis en 2010.

[Contrat-cadre et appel d'offres]

3.1.2. *Protéger les citoyens contre les menaces sanitaires — 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 (point 1.1.1 de l'annexe à la décision établissant le programme)*

3.1.2.1. Coordination de l'intervention sanitaire en cas d'incident chimique

Cette action vise à garantir l'efficacité de la réaction aux incidents transfrontaliers graves d'origine chimique grâce à la mise en place d'un réseau pilote au niveau de l'Union et à la complémentarité avec les travaux d'autres secteurs, comme le mécanisme de protection civile de l'UE. Ce réseau permettra que l'expérience et les pratiques exemplaires mises en œuvre par un État membre suite à un incident profitent à tous les États membres. Il permettra d'assurer une réaction efficace et cohérente au niveau européen aux incidents transfrontaliers potentiellement dévastateurs. Il revêt une importance particulière pour les États membres qui disposent d'une capacité et d'une expertise moindre en matière d'incidents chimiques. Aucun accord formel sur la coordination de la réaction à de tels incidents n'existe au niveau de l'Union dans le domaine de la santé publique. Les dispositifs *ad hoc* utilisés jusqu'à présent ont clairement démontré la nécessité et la valeur ajoutée de la mise en place d'un mécanisme structuré d'évaluation des risques et de coordination à l'échelle de l'Union des mesures de santé publique. Cette action aidera les États membres à mettre en œuvre le nouveau règlement sanitaire international.

Dans le cadre de cette action, il convient d'étudier dans le détail les expériences retirées du réseau de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles créé par la décision n° 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 ([1]). Cette action devrait s'appuyer; a) sur le projet de document «POS à l'intention du réseau CSS pour l'évaluation et la gestion des risques liés aux incidents chimiques», préparé par la Commission, avec la participation du groupe du comité de sécurité sanitaire (CSS) chargé des risques chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires (CBRN), dans le contexte de l'initiative CARRA-NET; b) sur les résultats du projet CARRA-NET (*Chemical and Radiation Risk Assessment Network* —) lancé en octobre 2010 au titre du marché de services n° EAHC/2010/Health/12 conclu en application du contrat-cadre n° EAHC/2009/Health/06, lot 2, relatif à la conclusion de contrats-cadres multiples avec remise en concurrence concernant l'aide extérieure pour les activités menées dans le secteur de la sécurité sanitaire pour la «création de réseaux pour l'évaluation des risques liés aux produits chimiques industriels toxiques et aux menaces de nature radioactive» — ce marché, attribué à la *Health Protection Agency*, posera les jalons de la mise en place future de réseaux en matière de menaces chimiques et radioactives; c) sur les enseignements tirés des trois simulations théoriques d'incidents chimiques à l'échelle régionale menées en 2011 («IRIDIUM» — ces simulations ont été réalisées dans le contexte du volet «incidents chimiques» du contrat-cadre n° SANCO/C3-2007-01 ([2])); et d), sur les résultats du projet CARIMEC (*Chemical and Radiological Inventory of Medical Countermeasures*), lancé en décembre 2010 dans le cadre du marché de services n° EAHC/2010/Health/17 conclu en application du contrat-cadre n° EAHC/2009/Health/06, lot 2, susmentionné, et mené par la *Health Protection Agency*.

Le réseau pilote devrait commencer à fonctionner en 2013-2014. Il devrait être relié aux structures et mécanismes élaborés et mis en place dans d'autres secteurs, comme le programme de recensement des enseignements tirés relevant du mécanisme européen de protection civile dans le domaine des désastres majeurs, y compris les incidents chimiques. Le réseau pilote donnera des indications sur l'opportunité de prendre des mesures supplémentaires ainsi que sur l'étendue de ces mesures, notamment sur la pérennisation du mécanisme.

[Subventions de projets] Montant indicatif: 450 000 EUR

3.1.2.2. Incidences des menaces sanitaires liées à des agents biologiques, chimiques et radiologiques sur le transport aérien

Cette action vise à garantir une réaction efficace au niveau de l'Union aux menaces sanitaires transfrontalières graves sur les aéronefs. Il n'existe aucun accord formel au niveau de l'Union sur la coordination des mesures de réaction à ces menaces. Les accords *ad hoc* utilisés jusqu'à présent ont clairement démontré la nécessité et la valeur ajoutée associée à la mise en place d'un mécanisme structuré d'évaluation des risques et de coordination des mesures à l'échelle de l'Union. Cette action aidera les États membres à mettre en œuvre le nouveau règlement sanitaire international.

Cette action devrait s'appuyer sur les résultats et l'expérience acquise dans le cadre de projets financés par le programme de santé dans le domaine du transport maritime, notamment le projet SHIPSAN pour l'évaluation de l'utilité d'un programme européen d'assainissement des navires et de coordination des mesures de lutte contre les maladies transmissibles sur les navires et ferries, ainsi que le projet SHIPSAN TRAINET pour un réseau européen de formation en matière d'assainissement des navires ([3]).

L'action devrait couvrir au moins les principaux aéroports internationaux des États membres de l'UE et être réalisée en collaboration avec les principales compagnies aériennes et les autorités aéroportuaires. Cette action devrait: a) définir un champ d'application et des procédures opérationnelles standard (POS) et, en particulier, préciser le rôle des autorités concernées et établir un mécanisme de coordination satisfaisant, b) définir les points de contact pour un réseau d'autorités sanitaires de surveillance et d'intervention compétentes pour les menaces sanitaires liées aux maladies transmissibles, entre autres, susceptibles d'avoir une incidence sur la zone internationale d'aéroports désignés, c) assister les États membres et leurs autorités aéroportuaires à développer des capacités de base et à appliquer le nouveau règlement sanitaire international, en accordant une attention particulière à la mise en œuvre des principales capacités requises pour la surveillance et l'action concernant les menaces sanitaires liées aux maladies transmissibles, entre autres, susceptibles d'avoir une incidence sur la zone internationale d'aéroports désignés, d) étudier l'incidence d'exigences supplémentaires sur les infrastructures aéroportuaires, tant du point de vue du personnel que des équipements, e) et, sur la base de l'expérience du secteur maritime, créer, en collaboration avec les compagnies aériennes, un réseau d'autorités sanitaires responsable du transport aérien civil et compétent au moins pour les principaux aéroports internationaux des États membres. Il convient de garantir la cohérence avec les mesures similaires adoptées par l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) et la Conférence européenne de l'aviation civile (CEAC), afin d'éviter toute redondance.

Pendant la première phase, un réseau couvrant au moins les principales plateformes aéroportuaires des États membres de l'UE (huit États membres au minimum et une dizaine d'aéroports) devrait être créé en collaboration avec les grandes compagnies aériennes européennes (au moins huit compagnies totalisant quelque 300 aéronefs). Dans la deuxième phase, un ensemble de POS et de procédures de consultation devrait être approuvé et testé. Enfin, un nombre limité d'incidents devrait faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Parallèlement, il convient de développer les capacités de base en matière

([1]) JO L 268 du 3.10.1998, p. 1.
([2]) Résultats disponibles à l'adresse: http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/iridium_1_2011_frep_en.pdf
([3]) http://www.shipsan.eu/

de surveillance, d'intervention et d'évaluation des besoins. Le réseau pilote devrait commencer à fonctionner en 2013-2014. Le réseau pilote donnera des indications sur l'opportunité de prendre des mesures supplémentaires ainsi que sur l'étendue de ces mesures, notamment sur la pérennisation du mécanisme.

[Subventions de projets] Montant indicatif: 600 000 EUR

3.1.2.3. Incidence sur le transport maritime des menaces sanitaires liées à des agents biologiques, chimiques et radiologiques, ainsi qu'aux maladies transmissibles

Cette action a pour but de créer une stratégie intégrée et durable au niveau de l'Union pour protéger la santé des voyageurs et des équipages des navires de transport de passagers et de marchandises, ainsi que de prévenir la propagation transfrontalière des maladies. Les mesures de contrôle et d'intervention relatives aux menaces sanitaires transfrontalières graves liées au transport maritime, comme les maladies transmissibles ou les menaces associées à des agents chimiques, biologiques et radiologiques, sont des problèmes transfrontaliers qui doivent être gérés au niveau de l'Union. L'immigration aux frontières maritimes rend également essentielle l'amélioration de la surveillance des maladies transmissibles et du transport maritime.

Cette action procède de l'application de la décision n° 2119/98/CE et de ses mesures d'application, comme la décision 2000/57/CE de la Commission du 22 décembre 1999 concernant le système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles prévu par la décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil ([1]), de la directive 2010/65/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 octobre 2010 concernant les formalités déclaratives applicables aux navires à l'entrée et/ou à la sortie des ports des États membres et abrogeant la directive 2002/6/CE ([2]), ainsi que du nouveau règlement sanitaire international. Elle contribue également à la mise en application de la directive 2009/13/CE du Conseil du 16 février 2009 portant mise en œuvre de l'accord conclu par les Associations des armateurs de la Communauté européenne (ECSA) et la Fédération européenne des travailleurs des transports (ETF) concernant la convention du travail maritime, 2006, et modifiant la directive 1999/63/CE ([3]).

Cette action devrait s'appuyer sur les résultats et l'expérience acquise dans le cadre de projets financés par le programme de santé dans le domaine du transport maritime, notamment le projet SHIPSAN pour l'évaluation de l'utilité d'un programme européen d'assainissement des navires et de coordination des mesures de lutte contre les maladies transmissibles sur les navires et ferries, ainsi que le projet SHIPSAN TRAINET pour un réseau européen de formation en matière d'assainissement des navires.

Cette action devrait se concentrer: a) sur le fonctionnement de la plateforme de communication élaborée dans le cadre du projet SHIPSAN pour la coordination des interventions en réaction à des incidents réels à bord de navires de croisière, b) sur l'extension aux navires de transport de marchandises d'un mécanisme adapté et durable d'orientation, d'actualisation des normes techniques, de formation, de simulation et d'orientation en matière d'évaluation associé aux certificats de contrôle sanitaire des navires mis au point dans le cadre du projet SHIPSAN. Un lien permanent avec les mécanismes existants de contrôle des maladies transmissibles à bord des navires relevant de la décision n° 2119/98/CE et de ses mesures d'application devra être assuré; c) sur la formation du personnel de bord des navires de transport de marchandises, du personnel portuaire chargé de la santé publique, des agents de liaison entre les navires, des autorités portuaires et des autorités sanitaires responsables de la notification des États membres, de la Commission et du Centre européen de contrôle des maladies; d) sur un mécanisme d'évaluation des risques et de soutien aux activités de gestion des risques; e) et sur une étude de faisabilité concernant l'utilisation du projet SHIPSAN pour l'établissement de la déclaration maritime de santé sous forme électronique, conformément à la directive 2010/65/UE.

[Action conjointe] Montant indicatif: 1 800 000 EUR

3.1.2.4. Amélioration de la prévention du VIH en Europe

Cette action conjointe vise à encourager l'intégration de pratiques d'assurance et d'amélioration de la qualité dans les programmes de prévention du VIH afin d'en améliorer l'efficacité. Des programmes de prévention plus efficaces contribueront à réduire l'incidence du VIH en Europe ainsi qu'à lutter contre la discrimination et l'exclusion sociale dont souffrent souvent les personnes infectées.

Cette action relève de la mise en œuvre de la communication COM(2009) 569 final de la Commission du 26 octobre 2009, intitulée «La lutte contre le VIH/sida dans l'Union européenne et les pays voisins, 2009-2013» ([4]). Cette communication établit un cadre d'appui à l'élaboration de stratégies nationales et d'orientation de la coordination des politiques des États membres en matière de VIH. Elle se concentre spécifiquement sur l'amélioration de l'efficacité de la prévention pour combattre la transmission du VIH. Cette action, ainsi que d'autres projets afférents à la prévention du VIH, traduisent en action les objectifs de prévention définis dans le plan d'action contre le VIH pour 2009-2013 ([5]). L'action conjointe doit contribuer à lutter contre la discrimination et à améliorer l'intégration des personnes handicapées, des minorités ethniques, des immigrants et d'autres groupes vulnérables, auxquels appartiennent souvent les personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH.

([1]) JO L 21 du 26.1.2000, p. 32.
([2]) JO L 283 du 29.10.2010, p. 1.
([3]) JO L 124 du 20.5.2009, p. 30.
([4]) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52009DC0569:FR:NOT
([5]) http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/docs/eu_communication_2009_action_en.pdf

L'action conjointe envisagée devrait porter sur l'élaboration et l'intégration de méthodes et d'outils d'assurance et d'amélioration de la qualité dans la prévention du VIH. Elle devrait notamment porter: a) sur l'élaboration et la validation d'une charte de normes et de principes pour l'assurance et l'amélioration de la qualité destinée aux principales parties concernées, b) sur la diffusion de ces normes, c) sur le suivi de l'intégration de celles-ci dans les stratégies et activités de prévention, une attention particulière étant accordée aux groupes prioritaires définis dans la stratégie de l'Union, d) sur la création d'un réseau durable d'organisations chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de l'assurance et de l'amélioration de la qualité dans les programmes de prévention du VIH et d'apporter des conseils en la matière, et e) sur l'identification et le soutien de projets pilotes de démonstration fondés sur des données concrètes.

Les réalisations attendues sont notamment une charte validée sur l'assurance et l'amélioration de la qualité dans les programmes de prévention du VIH, destinée à être appliquée dans toute l'Europe et au-delà, un guide sur la bonne mise en œuvre des programmes de prévention du VIH, une analyse des circuits de diffusion efficaces pour les informations de santé publique, un réseau d'experts en assurance de la qualité et en prévention du VIH ainsi qu'un cadre pour le suivi et l'évaluation de l'incidence des programmes de prévention du VIH.

Cette action conjointe contribuera à l'élaboration et à la mise en place de programmes de prévention du VIH plus efficaces, qui pourront aussi être adaptés à d'autres régions.

[Action conjointe] Montant indicatif: 1 500 000 EUR

3.1.3. *Améliorer la sécurité des citoyens — Avis scientifiques (point 1.2.1 de l'annexe à la décision établissant le programme)*

3.1.3.1. Assistance scientifique et technique pour le fonctionnement des comités scientifiques de la Commission et la communication sur les risques, et indemnisation des experts

Cette action doit permettre à la Commission de recueillir des avis indépendants de qualité sur les risques pour la santé. Conformément aux principes d'amélioration de la réglementation, elle contribuera ainsi à créer une base scientifique solide pour les politiques et les mesures de l'UE. Ces avis sont fournis par les comités scientifiques conformément à la décision 2008/721/CE de la Commission du 5 août 2008 établissant une structure consultative de comités scientifiques et d'experts dans le domaine de la sécurité des consommateurs, de la santé publique et de l'environnement et abrogeant la décision 2004/210/CE ([1]). Cette action contribue à accroître le rôle de la science dans le débat sur l'action de l'Union et à informer les citoyens sur les risques. Elle permet aussi aux parties prenantes et au grand public de mieux comprendre les politiques de l'UE et les propositions y afférentes. L'action se compose de deux volets, à savoir les indemnités spéciales versées aux experts pour leur travail sur les avis scientifiques d'une part, et l'assistance scientifique et technique pour le fonctionnement des comités scientifiques et la communication sur les risques d'autre part.

Les indemnités spéciales sont versées aux experts participant à l'élaboration des avis scientifiques conformément à la décision 2008/721/CE.

[Autres actions] Montant indicatif: 270 000 EUR

L'assistance technique et scientifique pour le fonctionnement des comités scientifiques et la communication en matière de risques inclut: a) la recherche, l'analyse et la synthèse de publications scientifiques, b) l'élaboration de versions vulgarisées des avis scientifiques, c) la rédaction de résumés, d) la recherche de données, e) l'établissement d'une bibliographie relative aux thèmes traités par les comités, f) et la révision de textes. Ce soutien est impératif car les membres des comités ne bénéficient d'aucun appui de la part de leurs organisations. L'action couvre aussi l'organisation de conférences scientifiques, de réunions de travail et d'ateliers thématiques.

[Appels d'offres]

3.1.4. *Améliorer la sécurité des citoyens — Sécurité et qualité des organes et des substances d'origine humaine, du sang et des dérivés sanguins (point 1.2.2 de l'annexe à la décision établissant le programme)*

3.1.4.1. Surveiller l'application de la législation européenne sur le sang, les composants sanguins, les tissus et les cellules

L'objectif de cette action est d'évaluer la mise en œuvre par les États membres de la législation européenne sur le sang, les composants sanguins et les tissus, et d'en dresser le bilan. Les actes concernés sont les suivants: a) la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 janvier 2003 établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation et la distribution du sang humain et des composants sanguins, et modifiant

([1]) JO L 241 du 10.9.2008, p. 21.

la directive 2001/83/CE ([1]) et les mesures d'application y afférentes ([2]), et b) la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relative à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution des tissus et cellules humains ([3]) ainsi que les directives d'application y afférentes ([4]).

La collecte et la fourniture de sang et de composants sanguins sont des activités de grande valeur pour les systèmes de santé publique des États membres du fait des nombreuses possibilités de traitement qui y sont associées. Elles contribuent également à des évolutions dans le secteur pharmaceutique. Le risque de transmission de maladies est inhérent à l'utilisation de sang et de composants sanguins et être lié à des risques en matière de sécurité et de qualité. La directive 2002/98/CE et les mesures d'application y afférentes visent à répondre à ces inquiétudes. Le secteur des tissus et des cellules connaît une croissance rapide, et permet un nombre de traitements en constante augmentation. Il pourra contribuer à la croissance économique ainsi qu'au développement du secteur pharmaceutique, à condition que la sécurité et la qualité des substances d'origine humaine collectées soient garanties, aspects auxquels la directive 2004/23/CE et les directives d'application y afférentes entendent répondre.

Cette action doit déboucher sur l'élaboration de deux rapports sur l'évaluation, dans tous les États membres, d'aspects déterminants. Ces rapports permettront a) d'alimenter les rapports sur l'expérience acquise par les États membres dans la transposition de la directive 2004/23/CE, conformément à l'article 26, paragraphe 2, de ladite directive, et dans la transposition de la directive 2002/98/CE, conformément à l'article 26, paragraphe 2, de cette dernière, b) d'identifier les États membres qui ont réussi à mettre en œuvre ces actes et d'aider les États membres qui ont rencontré des problèmes à cet égard, c) de contribuer à la mise en application de la législation, et d) de déterminer les problèmes systémiques justifiant une éventuelle modification de la législation. La date prévue pour la remise de ces deux rapports est fixée à fin 2013.

[Appel d'offres]

3.1.4.2. Faciliter la collaboration entre les autorités nationales de l'UE en matière de don d'organes

Cette action a pour objectif d'aider les États membres à organiser de manière optimale l'attribution, l'utilisation et la transplantation des organes donnés, grâce à des accords bilatéraux et multilatéraux ainsi qu'à la transplantation dans d'autres États membres. Cette action contribuera à la mise en œuvre de la communication COM(2008) 819/3 de la Commission du 8 décembre 2008, intitulée «Plan d'action sur le don et la transplantation d'organes (2009-2015): renforcement de la coopération entre les États membres» ([5]).

Cette action vise à établir une plateforme informatique à l'échelle européenne pour l'échange multilatéral d'organes. La plupart des États membres disposent d'organismes nationaux chargés de l'attribution qui veillent à l'appariement des organes disponibles et des receveurs potentiels et à une attribution et une utilisation optimales de chaque organe. Certains États membres ont associé leurs efforts au sein d'une organisation d'échange regroupant plusieurs pays, comme *Eurotransplant* et *Scandiatransplant*. Toutefois, il n'est pas toujours possible de trouver un receveur ou un donneur ou d'attribuer et d'utiliser tous les organes au niveau national ou dans ces groupements de pays. Cette remarque s'applique tout particulièrement pour les patients hyperimmunisés, les enfants et les organes rares. Une plateforme européenne qui mettrait en relation les organismes d'attribution d'organes en Europe permettrait d'atteindre ce résultat. Cette action porte sur la mise au point de protocoles et de formats convenus pour permettre un échange de données simple et rapide. Des travaux préparatoires ont déjà été réalisés dans le cadre du projet COORENOR (*Coordinating a European initiative among national organisations for organ transplantation*) financé par le programme de santé. Ces travaux vont se poursuivre, une plateforme concrète sera créée et le nombre d'États membres participants sera accru. Une préparation minutieuse sur le plan juridique, financier et opérationnel minutieuse en amont d'accords concrets entre les États membres contribuera à la pérennité de la plateforme.

Cette action aidera aussi les autorités nationales à conclure des accords bilatéraux sur l'échange d'organes entre les États membres. Tous les États membres ne disposent pas de programmes pour la transplantation de chaque type d'organe. La conclusion entre les États membres d'accords bilatéraux spécifiques à différents organes permettra aux citoyens européens de se faire soigner dans un autre État membre, dans un centre de transplantation spécialisé eu égard à l'organe concerné. Des organes pourront aussi être obtenus dans un État membre et envoyés dans un autre. Les accords existants ont renforcé la mobilité des patients et l'utilisation des organes à l'échelle de l'Europe. Cette action étudiera les pratiques existantes, déterminera les possibilités d'accords bilatéraux, aidera les États membres à conclure de tels accords et mettra en place un dispositif opérationnel. Les travaux entrepris dans le cadre du projet COORENOR contribueront également à atteindre ces objectifs.

([1]) JO L 33 du 8.2.2003, p. 30.

([2]) Directive 2005/62/CE de la Commission du 30 septembre 2005 portant application de la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil concernant les normes et spécifications communautaires relatives à un système de qualité dans les établissements de transfusion sanguine, JO L 256 du 1.10.2005, p. 41 et JO L 287M du 18.10.2006, p. 359; directive 2005/61/CE de la Commission du 30 septembre 2005 portant application de la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les exigences en matière de traçabilité et la notification des réactions et incidents indésirables graves, JO L 256 du 1.10.2005, p. 32 et JO L 287M du 18.10.2006, p. 350; directive 2004/33/CE de la Commission du 22 mars 2004 portant application de la directive 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au sang et aux composants sanguins, JO L 91 du 30.3.2004, p. 25.

([3]) JO L 102 du 7.4.2004, p. 48.

([4]) Directive 2006/17/CE de la Commission du 8 février 2006 portant application de la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au don, à l'obtention et au contrôle de tissus et de cellules d'origine humaine, JO L 38 du 9.2.2006, p. 40 et JO L 330M du 28.11.2006, p. 162; directive 2006/86/CE de la Commission du 24 octobre 2006 portant application de la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les exigences de traçabilité, la notification des réactions et incidents indésirables graves, ainsi que certaines exigences techniques relatives à la codification, à la transformation, à la conservation, au stockage et à la distribution des tissus et cellules d'origine humaine, JO L 294 du 25.10.2006, p. 32 et JO L 314M du 1.12.2007, p. 272.

([5]) http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organs/docs/organs_action_fr.pdf

Cette action vise aussi à éliminer les obstacles qui empêchent les citoyens européens d'accéder aux programmes de transplantation d'autres États membres. Elle doit permettre de dresser un état des lieux des schémas de mobilité des patients dans les États membres pour la transplantation d'organes ainsi que des problèmes y afférents, et de proposer des solutions à ces derniers. Elle a également pour objectif de recenser les méthodes et systèmes relatifs au consentement dans les États membres pour en permettre la connaissance mutuelle et faciliter les dons dans un État membre autre que le pays d'origine d'un donneur d'organes potentiel lorsque celui-ci y décède. La date prévue pour la fourniture des résultats est fixée à fin 2015.

[Action conjointe] Montant indicatif: 1 150 000 EUR

3.1.4.3. Diffusion de pratiques exemplaires en matière de don et de transplantation d'organes

Cette action vise à favoriser une diffusion efficace, par l'intermédiaire du Conseil de l'Europe, de pratiques exemplaires en matière de don et de transplantation d'organes, de tissus, de cellules et de sang. Elle s'inscrit dans le prolongement d'un ensemble de projets financés par le programme de santé et de travaux réalisés par différents groupes de travail pour déterminer et élaborer des pratiques exemplaires au sein de l'UE. Ces pratiques portent notamment: a) sur les campagnes de sensibilisation du public, b) sur l'identification, le recrutement et la gestion des donneurs, c) sur les dons d'organes de donneurs vivants, d) sur les pratiques en matière de qualité appliquées dans les établissements traitant le sang et des tissus, notamment en rapport avec la collecte, le contrôle, le traitement, le stockage et la distribution, e) sur le contrôle de la sécurité des substances d'origine humaine, f) sur la collaboration avec les unités de soins intensifs et g) sur le suivi après le don ou la transplantation/transfusion.

Grâce à son rayon d'action et à sa structure, le Conseil de l'Europe peut apporter une contribution sensible à la diffusion de pratiques exemplaires et toucher un plus vaste public, dont les professionnels de la santé et les établissements de santé ainsi que les représentants des autorités compétentes, largement représentés dans les groupes d'experts du Conseil de l'Europe. Ces autorités compétentes sont responsables de l'organisation des activités relatives au don, à la transplantation et à la transfusion dans les États membres.

Pour maximiser son rayon d'action et garantir que des groupes supplémentaires pourront tirer profit des connaissances développées avec le financement de l'UE, le Conseil de l'Europe élaborera et mettra en œuvre un plan de diffusion pour différents groupes cibles et zones géographiques. Les activités concrètes pourront inclure des conférences, la constitution de plateformes, des campagnes de sensibilisation, la diffusion des textes de référence au moyen de listes de diffusion ou de sites web, la publication de brochures et de documents d'orientation et des formations.

Ces activités contribueront à une meilleure mise en œuvre des exigences de sécurité et de qualité définies par la directive 2010/53/UE du Parlement européen et du Conseil du 7 juillet 2010 relative aux normes de qualité et de sécurité des organes humains destinés à la transplantation [1], la directive 2002/98/CE et la directive 2004/23/CE. Elles permettront aussi d'améliorer l'efficacité des systèmes et l'accessibilité des substances d'origine humaine, notamment des organes, conformément au plan d'action de la Commission sur le don et la transplantation d'organes.

[Subvention directe au Conseil de l'Europe] Montant indicatif: 100 000 EUR

3.2. **Actions au titre du deuxième objectif («Promouvoir la santé»)**

3.2.1. *Prolonger l'espérance de vie en bonne santé et favoriser le vieillissement en bonne santé (point 2.1.1 de l'annexe à la décision établissant le programme)*

3.2.1.1. Soutien du partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé

L'objectif de cette action est de contribuer au vieillissement actif et en bonne santé, une priorité de la stratégie Europe 2020. Cette action procède de la mise en œuvre du partenariat d'innovation européen dans le domaine du vieillissement actif et en bonne santé, tel que présenté dans la communication COM(2010) 546 final de la Commission du 6 octobre 2010, intitulée «Initiative phare 2020 — Une Union de l'innovation».

L'action se concentrera sur un certain nombre d'activités concrètes, conformément au plan stratégique de mise en œuvre du partenariat. Elle vise à favoriser, en matière de soins de santé, l'application de solutions innovantes du point de vue des politiques et des modèles d'entreprise mis en œuvre pour des systèmes de soins collaboratifs et intégrés fondés sur le principe de continuité des soins. Elle se concentrera aussi sur la gestion des maladies chroniques, et notamment sur les patients atteints de maladies chroniques multiples. Elle englobera trois types d'action: a) financer le lancement de projets pilotes pour l'évolution de la prestation des soins de santé, b) favoriser le recours au partenariat pour l'évolution de la prestation des soins de santé, et c) favoriser la santé des personnes âgées.

a) Favoriser l'évolution de la prestation des soins de santé

Un soutien sera apporté sous la forme de capitaux de démarrage afin de préparer et de concrétiser l'évolution des systèmes d'aide sociale et de soins de santé vers la prestation de soins intégrés sur la base de technologies et de

[1] JO L 207 du 6.8.2010, p. 14.

modèles d'entreprise innovants. Cette action vise à favoriser les changements nécessaires sur la voie de la mise en place de systèmes de soins intégrés basés sur des modèles de soins axés sur les patients, coordonnés, intégrés et continus. Ces modèles traiteront notamment de la gestion des maladies chroniques sur la base de données concrètes. Les modèles intégrés devraient aider à réduire les invalidités de longue durée et la fragilité des patients atteints de maladies chroniques multiples, ainsi qu'à limiter les hospitalisations superflues. En plus de favoriser l'évolution des systèmes, cette action assurera aussi le transfert des connaissances acquises dans le cadre de la mise en œuvre des changements vers d'autres parties concernées, comme les entités responsables de l'organisation et de la prestation des soins au sein de l'UE.

b) Recourir au partenariat pour favoriser le changement

Cette action vise à favoriser la coopération des parties prenantes pour faire évoluer les systèmes d'aide sociale et de soins. Les activités qui pourraient être réalisées en partenariat sont les suivantes: a) définir de nouveaux modèles d'entreprise concrétisant des solutions innovantes, notamment pour la gestion des patients atteints de maladies chroniques multiples, b) élaborer de nouvelles filières de soins s'inscrivant dans un continuum thérapeutique, c) élaborer des lignes directrices sur la base des nouveaux modèles d'entreprises et solutions, d) élaborer pour les prestataires de soins des modules de formation tenant compte de ces nouveaux modèles d'entreprises et solutions, e) élaborer des lignes directrices pour la prestation de soins informels et f) favoriser la modernisation des marchés publics correspondants, y compris concernant les spécifications fonctionnelles des offres, les critères qualitatifs, les exigences en matière d'interopérabilité, les achats publics conjoints avant commercialisation ainsi que la prise en compte de la valeur sur l'ensemble du cycle de vie pour l'évaluation des investissements. Cette action sera axée sur des activités pouvant manifestement être mises en pratique.

c) Favoriser la santé des personnes âgées

Cette action a pour but de maximiser l'incidence des ressources en faveur la santé des personnes âgées, grâce a) à l'amélioration de la collaboration et de la coordination, par exemple pour le soutien à l'élaboration et la diffusion de modèles de pratiques exemplaires destinées à favoriser la santé des populations vieillissantes, ou pour le renforcement des systèmes de données, b) au renforcement des capacités, par l'élaboration de programmes d'éducation à la santé ou la formation en gérontologie, par exemple, c) au soutien des interventions qui permettent d'éviter la dégradation de la santé, et d) à la détermination de mesures garantissant la prise en compte du vieillissement sont prises en compte dans l'élaboration des politiques en matière de santé.

[Subventions de projets] Montant indicatif: 4 021 820 EUR

3.2.2. *Identifier les causes des inégalités dans et entre les États membres et les initiatives visant à les combattre et à les réduire, afin de contribuer à la prospérité et à la cohésion; favoriser la coopération sur les questions en rapport avec les soins de santé transfrontaliers et la mobilité des patients et des professionnels de la santé (point 2.1.2 de l'annexe de la décision établissant le programme)*

3.2.2.1. Encourager la prestation de soins de santé à l'attention des migrants, des Roms et d'autres groupes vulnérables

Cette action a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé, l'action en faveur de la santé et la prévention, ainsi que leur adéquation aux besoins des migrants, des Roms et d'autres minorités ethniques vulnérables, y compris les migrants illégaux ou en situation irrégulière.

Cette action se compose de deux éléments. Le premier est axé sur l'action en faveur de la prestation de soins de santé aux migrants aux frontières méridionales de l'UE, qui aura pour effet, à long terme, de renforcer la sécurité sanitaire au sein de l'UE. Celle-ci se base sur les résultats du projet «Sécurité publique le long de la nouvelle frontière orientale de l'Europe» financé dans le cadre du premier programme de santé publique en 2006. Elle procède la mise en œuvre de la décision n° 2119/98/CE de la décision 2000/57/CE de la directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres [1] et du nouveau règlement sanitaire international. Elle contribue également à concrétiser la communication COM(2011) 292 de la Commission du 24 mai 2011, intitulée «Un dialogue pour les migrations, la mobilité et la sécurité avec les pays du Sud de la Méditerranée».

Le deuxième élément est axé sur les Roms et d'autres groupes ethniques minoritaires vulnérables, dont les immigrés clandestins ou en situation irrégulière. Cette action contribuera à atteindre les objectifs de la stratégie Europe 2020 concernant la réduction des inégalités en matière de santé. Elle apporte une contribution directe à la mise en œuvre de la communication COM(2010) 758 final de la Commission du 16 décembre 2010, intitulée «Plateforme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale: un cadre européen pour la cohésion sociale et territoriale» [2], de la communication COM(2009) 567 final de la Commission du 20 octobre 2009, intitulée «Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne» [3], de la communication COM(2010) 133 final de la Commission du 7 avril 2010, intitulée «L'intégration sociale et économique des Roms en Europe» [4] et de la communication COM(2011) 173 final de la Commission du 5 avril 2011, intitulée «Cadre de l'UE pour les stratégies nationales d'intégration des Roms pour la période allant jusqu'à 2020» [5].

[1] JO L 31 du 6.2.2003, p. 18.
[2] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0758:FIN:FR:PDF
[3] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0567:FIN:FR:PDF
[4] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0133:FIN:FR:PDF
[5] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0173:FIN:FR:PDF

Cette action permettra a) d'établir un mécanisme pour la mise en réseau et l'échange de bonnes pratiques entre les États membres, les pays en voie d'adhésion et les organisations internationales compétentes, dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé, l'action en faveur de la santé et la prévention, ainsi que leur adéquation aux besoins des migrants, des Roms et d'autres minorités ethniques vulnérables, y compris les migrants illégaux ou en situation irrégulière, b) de documenter le cadre juridique et politique, d'examiner les programmes nationaux en matière de santé et de favoriser l'élaboration et le suivi de plans d'action nationaux axés sur les migrants et les minorités ethniques, et sur les Roms en particulier, c) d'élaborer des critères de référence et des lignes directrices consensuelles sur les bonnes pratiques en matière d'accès aux soins de santé des Roms ainsi que d'autres groupes ethniques minoritaires vulnérables et des migrants, et d) d'examiner les programmes de formation et de renforcement des capacités en lien avec la santé des minorités ethniques et des migrants, et avec l'élaboration d'un cadre consensuel pour le renforcement des capacités des professionnels portant notamment sur les composants de base d'un programme de formation et sur les aspects opérationnels de sa mise en œuvre et de l'évaluation de celui-ci. L'action envisagée doit déboucher sur un renforcement des politiques et des initiatives au niveau national et régional visant à répondre aux besoins des Roms, des migrants et des minorités en matière de santé, et contribuer ainsi à leur intégration.

[Subvention directe à l'OIM] Montant indicatif: 1 533 000 EUR

3.2.2.2. Identifier les pratiques exemplaires en matière de lutte antitabac afin de réduire les inégalités en matière de santé

Cette action a pour objectif d'analyser la consommation de tabac au sein de différents groupes de la société et d'étudier le rôle du tabagisme dans les disparités actuelles et à venir en matière de santé. Elle doit également permettre d'analyser l'incidence des mesures prises par l'Union, les États membres et des pays tiers pour réduire les inégalités liées au tabagisme. Ces mesures ciblent notamment des groupes qui présentent les niveaux les plus faibles du point de vue de l'instruction, de la profession et du revenu, des groupes de sexe et d'âge variables, ainsi que des groupes socialement défavorisés, comme les personnes handicapées, les sans-abri, les jeunes qui ont des besoins spécifiques et les migrants.

L'action permettra de brosser un tableau complet des problématiques associées aux inégalités liées au tabagisme dans toute l'Union, d'établir un socle de données concrètes et de contribuer au partage des bonnes pratiques. Étant donné que certains groupes marginaux sont difficiles à toucher, il sera utile pour chaque État membre de tirer des enseignements de l'expérience acquise par d'autres et d'éviter de consacrer des ressources à des mesures qui se sont déjà avérées inefficaces. Cette action doit déboucher sur une étude présentant une analyse complète des inégalités actuelles et futures liées au tabagisme ainsi qu'un tour d'horizon des mesures les plus rentables pour lutter contre celles-ci. Cette étude contiendra des recommandations sur la prise en compte des questions d'égalité en matière de santé dans les politiques et la législation sur la lutte antitabac, dans les États membres mais aussi au niveau de l'Union. Les résultats escomptés permettront aux décideurs politiques nationaux et européens de mieux comprendre les bonnes pratiques pour la réduction des inégalités liées au tabagisme. La date prévue pour la remise de l'étude est fixée à fin 2013.

[Contrat-cadre/appel d'offres]

3.2.2.3. Étude sur la responsabilisation des patients dans le cadre de la directive sur les soins de santé transfrontaliers

L'objectif de cette action est de soutenir les États membres dans la mise en œuvre de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers ([1]). La directive doit être transposée le 25 octobre 2013 au plus tard. Selon l'article 6 de cette directive, les États membres doivent désigner un ou plusieurs points de contact nationaux, chargés de fournir aux patients «une information adéquate sur tous les aspects essentiels des soins de santé transfrontaliers[,] nécessaire pour [leur] permettre d'exercer effectivement leurs droits à des soins de santé transfrontaliers».

Cette action vise à concevoir et à réaliser une étude prospective ayant pour but de déterminer la meilleure manière, pour les points de contact nationaux, de formuler et de présenter les informations destinées aux patients. Les critères d'évaluation préconisés sont la satisfaction des patients, l'assimilation et la compréhension des informations, au regard notamment de la cohérence des choix des patients. Des hypothèses de recherche seront formulées et les publications pertinentes passées en revue. Un projet d'étude préliminaire distinguant les résultats primaires/secondaires à mesurer au sein de groupes de patients constitués de manière aléatoire sera élaboré. Les résultats de cette étude seront transposés sous la forme de recommandations adressées aux États membres.

Cette action contribuera à la responsabilisation des patients, en clarifiant les droits des patients en matière de traitements transfrontaliers, à la sécurité des patients, en fournissant des informations sur les prestataires de soins de santé et sur les normes de qualité et de sécurité qu'ils appliquent, et à renforcer la coopération des États membres en matière de soins de santé transfrontaliers, par l'échange d'informations au sein du réseau des points de contact nationaux.

[Contrat-cadre]

([1]) JO L 88 du 4.4.2011, p. 45.

3.2.2.4. Prévoir les besoins en personnel de santé pour une planification efficace au sein de l'Union

Cette action vise à établir une plateforme permettant aux États membres de collaborer sur la prévision des besoins en personnel de santé et sur des méthodes de planification des effectifs en vue de déterminer des solutions à la pénurie de personnel de santé en Europe. L'action a été annoncée dans la communication COM(2010) 0682 final de la Commission du 23 novembre 2010, intitulée «Une stratégie pour des compétences nouvelles et des emplois: une contribution européenne au plein-emploi» ([1]). Elle contribuera directement à la réalisation des objectifs de la 2e priorité définie dans la communication, à savoir doter les individus des compétences nécessaires à l'exercice d'un emploi. Les États membres ont aussi demandé la mise en place d'une telle plateforme dans les conclusions du Conseil «Investir dans le personnel de santé de demain en Europe: le champ d'action en matière d'innovation et de collaboration» adoptée le 7 décembre 2010 ([2]).

Des stratégies et mécanismes de prévision complets et intégrés aideraient les États membres à évaluer le nombre et le type de personnel de santé dont leur système de santé a besoin. Une prévision et une planification adéquates contribuent à garantir la viabilité des systèmes de santé et à répondre aux problématiques actuelles et futures, parmi lesquelles le vieillissement du personnel et des patients, l'ampleur prise par les services de gestion des patients souffrant de maladies chroniques, la santé mentale, les soins médicaux et sociaux de longue durée, l'évolution du personnel de santé et la progression de la mobilité transfrontalière de celui-ci. Une action au niveau de l'Union peut aussi apporter de la valeur ajoutée en répertoriant les compétences et aptitudes requises à l'avenir, en contribuant à doter le personnel de santé des qualifications nécessaires ainsi qu'en déterminant les facteurs cruciaux pour un environnement de travail satisfaisant.

Cette action vise a) à fournir des informations et échanger des bonnes pratiques concernant les méthodes de planification utilisées. Les facteurs déterminants pour leur efficacité, notamment le contexte local, les aspects culturels et la structure du personnel, seront analysés. Une base de données répertoriant les pratiques exemplaires et des lignes directrices pour l'amélioration de la modélisation sera élaborée (2013-2014) et une plateforme permanente au niveau de l'Union sera créée (2015); b) à estimer les besoins futurs en termes d'aptitudes et de compétences ainsi que de répartition du personnel de santé. Un rapport recensera les différentes méthodes utilisées dans l'Union et établira des lignes directrices à l'intention des utilisateurs sur l'estimation des besoins futurs (2013); c) à formuler des conseils sur les moyens de renforcer les capacités de planification du personnel dans les États membres (2014). Cette action doit permettre d'identifier, dans les États membres, des experts en planification du personnel qui pourront aider les autorités compétentes d'autres États membres à renforcer leurs capacités en la matière; d) à élaborer des orientations européennes sur les modalités de coopération entre le pays d'origine et le pays d'accueil les mieux à même de déboucher sur des solutions mutuellement bénéfiques en termes de capacités de formation et de mobilité circulaire (2014-2015); et e) à fournir des informations sur les tendances en matière de mobilité des professionnels de la santé dans les États membres (2013-2015). Une telle collaboration a déjà été engagée dans plusieurs projets de recherche et d'innovation comme PROMeTHEUS ([3]) (*HEALTH PROfessional Mobility in THe European Union Study*) et RN4CAST ([4]) (*Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing*), mais elle doit être encore renforcée. La plateforme européenne poursuit également cet objectif. Cette action conjointe devrait s'appuyer sur les projets PROMETHEUS, RN4CAST et MoHProf ([5]) (*Mobility for Health Professionals*) et exploiter leurs résultats et réalisations. L'action contribuera à la mise en œuvre du «code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé», qui constitue un cadre éthique pour guider les États membres dans le recrutement des professionnels de santé, notamment de ceux qui viennent des pays en développement confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé, en incitant les États membres à prendre des mesures efficaces pour former, fidéliser et pérenniser un personnel de santé adapté, sur la base d'une planification des ressources humaines fondée sur des bases factuelles (point 5.4 du code). Cette action inclura aussi un module sur les modalités de pérennisation de la collaboration après le terme l'action conjointe.

[Action conjointe] Montant indicatif: 3 000 000 EUR

3.2.3. *Agir sur les facteurs influant sur la santé pour promouvoir et améliorer la santé physique et mentale et prendre des mesures concernant les facteurs essentiels tels que l'alimentation et l'activité physique, ainsi que les facteurs liés à la dépendance, comme le tabac et l'alcool (point 2.2.1 de l'annexe de la décision établissant le programme)*

3.2.3.1. Santé mentale et bien-être

Cette action conjointe est destinée à établir un procédé de travail structuré sur la santé mentale impliquant les États membres, les parties prenantes de la santé et d'autres secteurs concernés ainsi que des organisations internationales, notamment l'OMS et l'OCDE. L'action conjointe s'appuiera sur les conférences thématiques organisées en 2009-2011 dans le cadre du «Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être» créé sous la présidence slovène en 2008. Les conclusions du Conseil adoptées en juin 2011 concernant ce pacte («le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être: résultats et action future» ([6])), invitent les États membres et la Commission à mettre en place une action conjointe «Santé mentale et bien-être» dans le cadre du programme de la santé.

([1]) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0682:FIN:FR:PDF
([2]) 3053e session du Conseil Emploi, politique sociale, santé et consommateurs.
([3]) http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/activities/research-studies-and-projects/prometheus
([4]) http://www.rn4cast.eu/en/index.php
([5]) http://www.mohprof.eu/LIVE/
([6]) 3095e session du Conseil Emploi, politique sociale, santé et consommateurs.

Cette action conjointe permettra d'élaborer un cadre de référence pour les activités habituellement soutenues qui visent à favoriser la santé mentale et le bien-être ainsi qu'à prévenir les problèmes de santé mentale en intervenant sur les politiques sanitaires et sociales et sur le cadre de vie. Les aspects à traiter sont notamment: a) la lutte contre les troubles mentaux, en particulier la dépression, par l'intermédiaire des systèmes de santé et d'aide sociale, notamment par la désinstitutionnalisation des services de santé, leur intégration au niveau des collectivités locales et leur interconnexion avec les services sociaux, b) la disponibilité et la formation du personnel de santé, c) l'action en faveur d'environnements de travail sains et d) l'action en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes par l'intégration des questions de santé mentale dans le cadre scolaire et des collectivités locales, par des activités de sensibilisation des parents et par la formation des professionnels de l'éducation.

Cette action conjointe comportera trois volets. Le premier, le «cadre d'action en matière de santé mentale», est consacré à l'élaboration de cadres de référence bénéficiant d'une large adhésion pour l'intervention des systèmes de santé et d'aide sociale en faveur de la santé mentale, y compris dans certains environnements clés comme les écoles et le lieu de travail. L'examen par les pairs sera utilisé comme instrument d'apprentissage mutuel. Des activités de sensibilisation coordonnées seront envisagées. Le deuxième volet, axé sur l'outil «Mental health Compass», vise à poursuivre le développement de la base de données de l'UE sur la santé mentale et le bien-être afin d'en faire un mécanisme de collecte, d'examen et de diffusion des bonnes pratiques dans la santé et d'autres secteurs clés. Le troisième volet, consacré à l'information sur la santé mentale, sera axé sur la collecte de données sur la situation des États membres en matière de santé mentale. L'impact des déterminants sociaux sera examiné et des groupes vulnérables seront identifiés. Une étude sera commandée sur l'importance de la santé mentale et du bien-être pour la santé publique dans l'Union et sur leur pertinence au regard de la stratégie Europe 2020.

Cette action conjointe devrait s'appuyer sur les projets de recherche et d'innovation ci-après, encourager leur prise en compte dans la pratique clinique et exploiter leurs résultats et réalisations: «Clinical decision making and outcome in routine care for people with severe mental illness» (CEDAR) ([1]), «Children of Prisoners, Interventions & Mitigations to Strengthen Mental Health» (COPING) ([2]), «European Network of Bipolar Research Expert Centres» (ENBREC), «Prevalence, 1-year incidence and symptom severity of mental disorders in the elderly: Relationship to impairment, functioning (ICF) and service utilisation» (MentDis_ICF65+) ([3]), «Financing systems' effects on the Quality of Mental health care in Europe» (REFINEMENT), «A Roadmap for Mental Health Research in Europe» (ROAMER), «Save Young Lives in Europe: Promote health through prevention of risk-taking and self-destructive behaviours» (SEYLE) ([4]), «Tailored implementation for chronic diseases» (TICD) et «Work Together to Stop Truancy Among Youth» (WE-STAY).

Cette action conjointe aidera les États membres a) à améliorer leurs services de santé mentale et à renforcer l'action en faveur de la santé mentale et la prévention, b) à encourager les partenariats entre le secteur de la santé et d'autres secteurs pour promouvoir la santé mentale et le bien-être, c) à prévenir les troubles mentaux et à soutenir les personnes souffrant de tels troubles, d) à gérer la transition des services de soins institutionnels vers des modèles de soins basés sur les collectivités, e) à favoriser l'intégration sociale des personnes présentant des problèmes de santé mentale et à lutter contre leur discrimination et leur stigmatisation, et f) à mettre au point des indicateurs de santé mentale. Les résultats de cette action conjointe seront résumés dans un rapport qui proposera des cadres de référence pour une action dans le domaine de la santé mentale et des options pour la poursuite de l'action au niveau européen. Ce rapport devrait être publié en 2015.

[Action conjointe] Montant indicatif: 1 500 000 EUR

3.2.3.2. Initiatives des collectivités locales, y compris au niveau scolaire, visant à prévenir la surcharge pondérale et l'obésité chez les enfants et les adolescents

Cette action a pour objectif de contribuer à la réduction des maladies liées à la surcharge pondérale et à l'obésité chez les jeunes. Elle procède de la mise en œuvre d'une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité ([5]) et répond directement aux discussions tenues au sein du groupe de haut niveau sur l'alimentation et l'activité physique et de la plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé.

Les mesures envisagées dans le cadre de cette action visent à mettre au point des interventions et des campagnes innovantes ayant pour but de promouvoir, dans les milieux concernés, un régime alimentaire équilibré et l'activité physique chez les enfants et les adolescents. Elles cherchent à faciliter l'échange de savoir-faire dans la conception d'interventions ciblant les enfants et les adolescents, en particulier les groupes socialement défavorisés. Elles s'efforcent aussi de mener à plus grande échelle les initiatives axées sur les collectivités locales et les écoles qui ont prouvé leur efficacité, et d'élaborer des campagnes médiatiques innovantes destinées aux enfants et aux adolescents. Les partenariats EPODE ([6]) ou Shape up ([7]), qui réunissent tous les acteurs de la société civile et d'autres intervenants locaux sous l'égide

([1]) http://www.cedar-net.eu
([2]) http://www.coping-project.eu/
([3]) http://www.mentdiselderly.eu
([4]) http://www.seyle.org
([5]) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:FR:PDF
([6]) http://www.epode.org/
([7]) http://ec.europa.eu/eahc/phea_ami/pdbview40/printing/print_prjdet.cfm?prjno=2005316

des autorités locales ou scolaires, pourraient servir d'exemples. Il convient d'envisager de vastes campagnes de nature à la fois communicationnelle et pédagogique sur l'alimentation équilibrée et l'activité physique des adolescents, basées sur des partenariats solides entre le public et le privé et ciblant plusieurs États membres ou régions. Cette action est destinée à soutenir les projets cherchant à mettre en réseau les initiatives existantes, à déterminer et à diffuser les bonnes pratiques, ainsi qu'à favoriser la mise en place ou la réalisation à plus grande échelle d'initiatives de partenariat local ou régional, notamment de campagnes visant à promouvoir une alimentation équilibrée et un mode actif auprès des enfants, en particulier dans les régions dans lesquelles de tels mécanismes de coopération ne sont pas très répandus. Les bonnes pratiques y afférentes devraient être présentées de manière à pouvoir être facilement transposées dans différents environnements dans les États membres et à alimenter la documentation du bureau européen de l'OMS sur les bonnes pratiques. Cette action devrait tirer profit des projets de recherche et d'innovation ci-après, encourager leur application dans la pratique clinique et exploiter leurs résultats et réalisations: «EuropeaN Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth» (ENERGY) [1], «Sustainable prevention of obesity through integrated strategies» (SPOTLIGHT), «Temptations to Eat Moderated by Personal and Environmental Self-regulation Tools» (TEMPEST) [2], et «Tailored implementation for chronic diseases» (TICD). Les initiatives ayant pour objectif de générer des changements de nature à éviter la surcharge pondérale et l'obésité devraient aussi inclure ou s'appuyer sur des études comportementales.

Ces mesures devraient contribuer à accroître le nombre des interventions basées sur les collectivités locales au sein de l'UE et donner lieu à des changements positifs dans le comportement des enfants et des adolescents, notamment dans les groupes socialement défavorisés. Au final, cette action vise à contribuer à la baisse du taux de surcharge pondérale et d'obésité, ou d'autres indicateurs indirects validés, chez les enfants et les adolescents d'ici 2020.

[Subventions de projets] Montant indicatif: 1 200 000 EUR

3.2.3.3. Évaluation de la stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité

Cette action a pour objectif d'évaluer la mise en œuvre de la stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, à la surcharge pondérale et à l'obésité, définie pour six ans et présentée dans le document COM(2007) 279 final du 30 mai 2007. Cette stratégie vise à définir une approche européenne intégrée de ce problème de santé publique clé qui constitue un fardeau considérable pour les systèmes de santé et l'économie dans son ensemble, en raison de l'absentéisme au travail, de la perte de productivité et des départs en retraite anticipée. Dans ce domaine, l'action de l'UE aide les États membres à préserver la santé de leurs citoyens, réduisant ainsi les coûts liés aux problèmes de santé. Cette action devrait tirer profit des projets de recherche et d'innovation ci-après, encourager leur application dans la pratique clinique et exploiter leurs résultats et réalisations: «Effective Environmental Strategies for the Prevention of Alcohol Abuse among Adolescents in Europe» (AAA-PREVENT) [3], «Alcohol Measures for Public Health Research Alliance» (AMPHORA) [4] et «Optimizing delivery of health care interventions» (ODHIN). Elle contribuera ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie Europe 2020 au regard de l'amélioration de l'emploi, de l'innovation et du vieillissement actif et en bonne santé.

Cette action couvre a) l'analyse de données factuelles sur la mise en œuvre de la stratégie par les États membres et la Commission, b) l'évaluation de la contribution des parties prenantes à l'échelle européenne, notamment dans le cadre de la plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, c) l'évaluation de la contribution des politiques européennes, d) l'évaluation du soutien apporté par la stratégie aux États membres, et e) une contribution au processus d'analyse d'impact permettant d'assurer le suivi de la stratégie. Cette action devrait alimenter de manière significative les décisions de suivi. La durée prévue pour la réalisation de cette action est fixée à un an.

[Contrat-cadre]

3.2.3.4. Action pour la prévention et la réduction des dommages liés à l'alcool

Cette action vise à protéger les enfants et les jeunes contre la consommation nocive d'alcool et à les sensibiliser aux habitudes de consommation à moindre risque. Elle procède de la mise en œuvre de la stratégie de l'Union européenne sur l'alcool établie dans la communication COM(2006) 625 final de la Commission du 24 octobre 2006, intitulée «Une stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool» [5]. Elle répond aussi aux conclusions du Conseil du 1er décembre 2009 sur l'alcool et la santé (2009/C 302/07) [6] qui invitent la Commission à envisager de nouvelles mesures pour protéger les enfants, les adolescents et les jeunes des dommages liés à l'alcool.

Cette action se compose de deux éléments. Le premier porte sur l'évaluation de l'étendue et de l'efficacité de l'utilisation d'étiquettes sur les produits alcoolisés pour transmettre des informations en rapport avec la santé. De telles étiquettes sont de plus en plus utilisées au sein de l'UE par les producteurs d'alcool, principalement sur une base volontaire. Toutefois, il n'existe aucune information fiable sur l'étendue de ces pratiques, ni sur leur efficacité en termes de visibilité et de valeur informative. Les synthèses précédentes des programmes d'étiquetage volontaire se fondaient sur des informations collectées dans le cadre d'enquêtes. Les recherches destinées à dresser un état des lieux exhaustif pour évaluer l'efficacité des informations sur la santé doivent s'appuyer sur des travaux de terrain visant à prélever des échantillons représentatifs d'emballages de boissons alcoolisées dans les points de vente au détail de l'ensemble des États membres. S'agissant de faire baisser la consommation d'alcool avant l'âge légal, les limites d'âge légales fixées pour la vente et le service de boissons

[1] http://www.projectenergy.eu
[2] http://www.tempestproject.eu
[3] http://www.aaaprevent.yse.nl
[4] http://www.amphoraproject.net
[5] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2006/com2006_0625fr01.pdf
[6] JO C 302 du 12.12.2009, p. 15.

alcoolisées font partie des instruments les plus efficaces. Les travaux antérieurs en matière de bonnes pratiques visant à renforcer le respect des limites d'âge se sont principalement concentrés sur des initiatives d'ONG ou d'exploitants du secteur des boissons alcoolisées. Toutefois, pour obtenir une représentation complète de la situation, il convient de tenir compte des enseignements tirés d'initiatives impliquant des autorités nationales ou locales, d'autant que les conclusions de recherches suggèrent que la coopération entre plusieurs parties prenantes pourrait être le meilleur moyen d'obtenir des résultats. Des exemples de bonnes pratiques seront recensés et l'échange et la diffusion de bonnes pratiques seront facilités. Cette action permettra aux États membres, aux ONG et à l'industrie de fonder leurs activités actuelles ou futures sur des pratiques exemplaires en matière d'étiquetage et de mise en application des limites d'âges fixées pour la vente et le service de boissons alcoolisées. La durée prévue pour la réalisation de cette action est d'un an.

[Appel d'offres]

Le deuxième élément s'articule autour de trois projets pilotes visant à soutenir les organisations pour la jeunesse au niveau de l'Union. L'objectif est d'élaborer des bonnes pratiques et des méthodes de travail propres à favoriser des choix de vie sains et à améliorer l'autonomie fonctionnelle des jeunes afin de prévenir les dommages liés à l'alcool, et de les intégrer dans leurs activités régulières ou de les transmettre au moyen du soutien par les pairs. Cet élément devrait donner une meilleure vue d'ensemble des bonnes pratiques et des méthodes de prévention des dommages liés à l'alcool dans le travail des organisations pour la jeunesse.

[Subventions de projets] Montant indicatif: 500 000 EUR

3.2.3.5. Suivi de la «Plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé» et du «Forum européen sur l'alcool et la santé»

Le but de cette action est d'obtenir une analyse indépendante et des informations sur les progrès de la «Plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé» et du «Forum européen sur l'alcool et la santé» regroupant les principaux opérateurs économiques et parties prenantes désireux d'aider les États membres à améliorer la santé des citoyens européens. L'action relève de la stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité, telle que présentée dans le document COM(2007) 279 final, et la stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool définie dans le document COM(2006) 625 final.

Cette action contribuera: a) à mieux comprendre les engagements de la plate-forme et des membres du forum, et leur pertinence au regard des objectifs de la plate-forme et du forum, b) à ajuster ces engagements, c) à déterminer les actions requises et les moyens de mieux intégrer tous les engagements, d) à renforcer la confiance des parties concernées, et e) au final, à diffuser les bonnes pratiques. L'action favorisera le débat sur les engagements de la plate-forme et du forum dans chaque secteur clé, à savoir l'information des consommateurs et l'étiquetage; la formation; l'action en faveur de l'activité physique; le marketing et la publicité; la composition des aliments, la disponibilité de plats sains et la taille des portions; la sensibilisation, l'action publique et l'échange d'informations pour renforcer l'incidence des initiatives individuelles; et les principaux domaines d'intervention du forum sur l'alcool, tels qu'établis par la charte de celui-ci. Cette action couvre aussi les rapports annuels concernant les réalisations de la plate-forme et du forum, notamment les engagements individuels et ceux pris dans le cadre de la plate-forme et du forum. La période estimée pour les prestations attendues est fixée à deux ans.

[Contrat-cadre]

3.2.3.6. Campagne de communication visant à encourager l'arrêt du tabac

Cette action a pour objectif de sensibiliser davantage aux dommages causés par le tabac et d'encourager les fumeurs à arrêter de fumer. Elle cible les jeunes adultes, les groupes de la société au sein desquels la prévalence du tabagisme est plus élevée que la moyenne et les groupes défavorisés. La dimension de genre sera aussi prise en compte. Cette action s'inscrit dans le contexte des efforts de l'UE dans le domaine de la lutte antitabac et de la mise en œuvre de la directive 2001/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2001 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac ([1]), de la directive 2003/33/CE du Parlement européen et du Conseil du 26 mai 2003 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac ([2]), de la directive 2010/13/UE du Parlement européen et du Conseil du 10 mars 2010 visant à la coordination de certaines dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à la fourniture de services de médias audiovisuels ([3]) et de la recommandation 2003/54/CE du Conseil du 2 décembre 2002 relative à la prévention du tabagisme et à des initiatives visant à renforcer la lutte antitabac ([4]).

Cette action complétera et soutiendra les efforts en faveur du sevrage tabagique entrepris par les États membres. Elle transmettra un message cohérent dans l'ensemble des États membres, générant ainsi des économies d'échelle et

([1]) JO L 194 du 18.7.2001, p. 26.
([2]) JO L 152 du 20.6.2003, p. 16.
([3]) JO L 95 du 15.4.2010, p. 1.
([4]) JO L 22 du 25.1.2003, p. 31.

contribuant en définitive à réduire les inégalités de santé au sein de l'UE. Des activités spécifiques seront élaborées et réalisées en coopération avec les autorités sanitaires des États membres afin de créer des synergies et de garantir une coordination efficace.

La campagne réalisée dans le cadre de cette action constitue un effort structurel soutenu qui s'étalera sur une durée totale de trois ans. La première année (2011) a été celle de l'élaboration et de l'adoption du concept. La deuxième année de la campagne (2012) sera axée sur la valorisation des anciens fumeurs, et la troisième année (2013) mettra en lumière les témoignages d'anciens fumeurs pour promouvoir l'arrêt du tabac et exposer les premiers résultats de la campagne. Le média le plus approprié sera utilisé pour cibler des groupes spécifiques, comme les femmes dans les groupes socioéconomiques défavorisés. Les composants de la campagne prévus par le programme de travail sont les suivants: a) des activités de sensibilisation de dimension européenne, comme des tournées de présentation, des stands et des ateliers sur le lieu de travail, b) du matériel publicitaire, comme des publications et des vidéos, destiné à favoriser la réalisation des objectifs de la campagne, et c) la gestion et l'alimentation régulière d'un site web et de l'outil d'accompagnement iCoach dans toutes les langues officielles de l'Union européenne. L'action couvre aussi la réalisation de tests, des activités de conseil scientifique, ainsi que la collecte et l'évaluation de données.

[Appel d'offres]

3.2.3.7. Soutien scientifique et technique du forum européen de la santé

L'objectif de cette action est d'apporter un soutien scientifique et technique au forum européen de la santé. La participation active des parties prenantes à l'élaboration des politiques dans le domaine de la santé est préconisée, avec une référence spécifique au forum de la santé, par la communication COM(2007) 630 final de la Commission du 23 octobre 2007, intitulée «Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013». Cette action contribue aussi aux objectifs du partenariat d'innovation européen dans le domaine du vieillissement actif et en bonne santé.

L'action couvre l'organisation et le soutien des activités du Forum européen de la santé et du Forum ouvert en 2013. Ces activités incluent des travaux scientifiques et techniques liés aux priorités stratégiques suivantes: a) évolution économique: la santé comme moteur économique et comme coût, b) évolution démographique: impact sur les systèmes et les besoins de santé, c) évolution environnementale: impact sur l'organisation des services de santé et sur la santé, d) évolution sociale et santé publique, et e) évolution technologique: innovation et développement.

Cette action permet aux parties prenantes de la santé de s'engager activement et de contribuer significativement aux politiques de l'Union, et notamment au partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé. Le travail du forum de la santé aide aussi à garantir que les activités de l'Union en matière de santé sont bien adaptées et comprises par les intervenants de la santé publique au sens large.

[Contrat-cadre]

3.2.4. *Prévention des maladies majeures et des maladies rares (point 2.2.2 de l'annexe de la décision établissant le programme)*

3.2.4.1. Fournir des informations sur le cancer et poursuivre les efforts de renforcement de la prévention et de la lutte contre cette maladie

Cette action a pour objectif d'obtenir les informations les plus récentes sur la charge que représente le cancer dans l'UE et de faire progresser les travaux sur la prévention et la lutte contre le cancer sur la base des connaissances et des développements scientifiques les plus récents. Cette action contribue directement à la réalisation des objectifs du partenariat d'innovation européen dans le domaine du vieillissement actif et en bonne santé. Compte tenu de l'expertise et des ressources limitées disponibles à l'échelon national, une action au niveau de l'UE permet des économies d'échelle significatives.

Cette action répond à la nécessité de disposer de données exactes et comparables concernant l'incidence du cancer, sa prévalence, la morbidité et la mortalité liées à cette maladie, ainsi que la guérison et la survie des patients dans l'UE, comme le précise la communication COM(2009) 291 final de la Commission du 24 juin 2009, intitulée «Lutte contre le cancer: un partenariat européen» ([1]). Ces données serviront de base pour définir une politique efficace de lutte contre le cancer.

L'action répond aussi à la nécessité d'actualiser les lignes directrices pour le dépistage du cancer, définies dans la recommandation 2003/878/CE du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer ([2]). Le but est d'actualiser les «Lignes directrices européennes pour la garantie de la qualité du dépistage et du diagnostic du cancer du sein» pour tenir compte des derniers développements scientifiques. Le délai d'exécution prévu est de trois ans.

L'action cherche également à développer le système européen d'accréditation volontaire des services de dépistage du cancer du sein en réponse aux conclusions du Conseil du 10 juin 2008 appelant à «Réduire la charge que représente le cancer» ([3]) et aux demandes formulées par le Parlement européen, entre autres, dans la déclaration écrite du Parlement européen du 14 décembre 2009 sur la lutte contre le cancer du sein dans l'Union européenne (0071/2009). Le délai d'exécution prévu est de trois ans.

([1]) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0291:FIN:FR:PDF
([2]) JO L 327 du 16.12.2003, p. 34, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:fr:PDF
([3]) http://www.eu2008.si/fr/News_and_Documents/Council_Conclusions/June/0609_EPSCO-cancer.pdf

[Accord administratif avec le JRC] Montant indicatif: 3 500 000 EUR

Cette action doit aussi déboucher sur une formation à la mammographie numérique des professionnels de santé participant aux programmes de dépistage, sur la base des résultats du projet «European Cooperation on Development and Implementation of Cancer Screening and Prevention Guidelines» ([1]). Ce volet comprend la préparation et la réalisation de deux séminaires de formation. Cette action contribue à la mise en œuvre de la recommandation 2003/878/CE. Le délai d'exécution prévu est d'un an.

[Accord administratif avec le JRC/Subvention directe au CIRC] Montant indicatif: 500 000 EUR

Cette action prévoit également une étude comparative de traitements globaux du cancer reposant sur une prise en charge thérapeutique interdisciplinaire des patients, dont seront tirés des exemples de bonnes pratiques en matière de traitement global. Ce volet est destiné à répondre à la communication COM(2009) 291 final de la Commission du 24 juin 2009, intitulée «Lutte contre le cancer: un partenariat européen», qui vise à réduire les inégalités liées au cancer de 70 % d'ici 2020.

[Subventions de projets] Montant indicatif: 500 000 EUR

3.2.4.2. Prévenir les maladies chroniques

Cette action vise à aider les États membres à élaborer et à mettre en œuvre des politiques économiquement plus efficaces en matière de prévention des maladies chroniques.

L'action cherche à soutenir les projets qui examinent l'efficacité économique d'approches intégrées de la prévention des maladies chroniques, notamment du diabète, des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires. Elle portera sur l'analyse de l'efficacité économique de mesures de prévention, de dépistage et de traitement de maladies chroniques. Les projets accorderont aussi une attention particulière à la réduction des inégalités sociales et à l'impact sur les populations présentant les taux de mortalité prématurée les plus élevés. Les travaux seront axés sur une analyse économique, notamment de l'efficacité, et sur des estimations pour une transposition au niveau national et international.

En contribuant à réduire la mortalité prématurée et la morbidité, y compris dans les groupes vulnérables, cette action concourra aux objectifs de la communication COM(2009) 567 final de la Commission du 20 octobre 2009, intitulée «Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne». Elle répond aussi aux conclusions du Conseil concernant des «Approches novatrices à l'égard des maladies chroniques dans le cadre de la santé publique et des systèmes de soins de santé», adoptées le 7 décembre 2010 ([2]). Cette action sera alimentée par le document final de la réunion extraordinaire de haut niveau des Nations unies sur les maladies non transmissibles en même temps qu'elle contribuera à sa mise en œuvre.

[Subventions de projets] Montant indicatif: 1 400 000 EUR

3.2.4.3. Soutien aux réseaux européens d'information sur les maladies rares

L'objectif de cette action est de favoriser la mise en place de registres ou de réseaux d'information sur les maladies rares. L'action contribue à la mise en œuvre de la communication COM(2008) 679 final de la Commission du 11 novembre 2008 intitulée «Les maladies rares: un défi pour l'Europe» ([3]) et de la recommandation du Conseil du 8 juin 2009 relative à une action dans le domaine des maladies rares (2009/C 151/02) ([4]).

Les registres et les réseaux d'information sur les maladies rares sont des instruments essentiels à une meilleure connaissance des maladies rares et au développement de la recherche clinique dans ce domaine. Ils représentent le seul moyen de centraliser les données dans le but d'obtenir un échantillon d'une taille suffisante pour effectuer des recherches épidémiologiques et/ou cliniques. Compte tenu de la faible taille des échantillons au niveau national, ces registres et réseaux d'information ne peuvent être créés qu'au niveau européen. Des efforts de collaboration pour la mise en place et la gestion d'une base de données seront envisagés, à condition que ces ressources soient ouvertes et accessibles. L'enregistrement des patients est indispensable à toute action ultérieure visant à améliorer leur qualité de vie. Il est nécessaire à l'identification des médicaments orphelins, à l'établissement des priorités en matière de recherche et à la désignation et l'accréditation de réseaux européens de référence (RER) pour les maladies rares. Cette action contribuera aussi à la réflexion sur les critères de désignation des RER dans le cadre établi par la directive 2011/24/UE. Les domaines prioritaires pour cette action sont les suivants: les tumeurs rares, les anémies rares, les paralysies cérébrales, les maladies neuromusculaires, la mucoviscidose, les troubles neurologiques graves et les syndromes rares associés à l'autisme. D'autres maladies rares peuvent aussi être incluses. Cette action devrait cofinancer au moins cinq réseaux.

[Subventions de projets] Montant indicatif: 4 500 000 EUR

([1]) http://ec.europa.eu/eahc/phea_ami/pdbview40/printing/print_prjdet.cfm?prjno=2006322
([2]) 3053e session du Conseil Emploi, politique sociale, santé et consommateurs.
([3]) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0679:FIN:FR:PDF
([4]) JO C 151 du 3.7.2009, p. 7.

3.3. **Actions au titre du troisième objectif («Produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé»)**

3.3.1. *Système européen d'information sur la santé (point 3.2.1 de l'annexe de la décision établissant le programme)*

3.3.1.1. Évaluation de l'utilisation et de l'incidence des indicateurs élaborés dans le cadre de l'action conjointe pour la surveillance des indicateurs de santé de la Communauté européenne

Cette action a pour objectif d'évaluer l'utilisation et l'incidence des indicateurs élaborés dans le cadre de l'action conjointe pour la surveillance des indicateurs de santé de la Communauté européenne, financée par le programme de santé au titre du programme de travail 2009. Les indicateurs de santé de la Communauté européenne (ECHI) constituent l'élément central du système européen de surveillance de la santé, qui permet à la Commission et aux États membres d'identifier et d'échanger des pratiques exemplaires, conformément à l'article 168 du TFUE, et d'évaluer la performance et la viabilité de leurs systèmes de santé, conformément à la stratégie Europe 2020. Cette action vise à évaluer dans quelle mesure ces indicateurs sont utilisés dans la prise de décision au niveau des États membres et de l'Union. Elle analysera la manière dont les États membres utilisent les indicateurs ECHI pour surveiller et évaluer leurs politiques de santé et pour évaluer les performances de leur système de santé, notamment du point de vue de la viabilité.

[Contrat-cadre]

3.3.1.2. Collecte et diffusion d'informations sur la santé par la coopération avec l'Organisation de coopération et de développement économique

L'objectif de cette action est de collecter, par la coopération avec l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), des informations essentielles pour la prise de décision dans les domaines des soins et systèmes de santé. Sont notamment visés: a) les informations destinées au partenariat d'innovation européen dans le domaine du vieillissement actif et en bonne santé, qui doit déboucher sur des approches innovantes en matière de prestation de soins de santé et de services sociaux à une population vieillissante, b) les données susceptibles de répondre aux demandes de soutien et de conseil des États membres concernant la viabilité des systèmes de santé nationaux, en lien notamment avec l'analyse de l'efficacité économique des mesures de prévention ainsi que de l'efficacité, l'efficience et l'impact des interventions dans le domaine de la santé, et c) l'élaboration et la diffusion d'indicateurs clés relatifs aux soins et aux systèmes de santé.

Cette action se compose de deux volets. Le premier est axé sur l'évaluation de l'efficacité économique des activités de prévention des maladies chroniques et des implications économiques globales des maladies chroniques, qui seront établies en comparant diverses options d'intervention pour les futures politiques de prévention des maladies chroniques. Il convient d'examiner des interventions relatives aux principaux facteurs de risques pour les principales maladies chroniques (tabagisme, alimentation, activité physique et consommation nocive d'alcool) ainsi que des programmes de prévention/gestion des maladies chroniques pour le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles mentaux et les maladies respiratoires chroniques. Dans le cadre de ce volet sera développée une typologie de l'étendue et de l'ampleur de l'action en faveur de la santé et des mesures de prévention, avec une focalisation particulière sur l'abus d'alcool, le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique. Les performances de ces interventions seront évaluées au regard des statistiques de l'OCDE sur la santé concernant les déterminants non médicaux de la santé (alimentation, abus d'alcool et tabagisme), sous l'angle de leur influence sur les maladies chroniques et l'incidence économique de celles-ci. La qualité des systèmes de soins primaires sera évaluée dans l'optique de répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques, en analysant leurs performances sur la base des mesures qualitatives effectuées au sein de populations ciblées. Le rôle et l'impact potentiel de programmes de gestion des maladies, de systèmes de rémunération au résultat et d'autres mécanismes incitatifs seront également examinés.

Le deuxième volet poursuivra les travaux sur les indicateurs de sécurité des patients entrepris par la Commission et l'OCDE dans le cadre du projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (*Health Care Quality Indicators* [1]) lancé en 2010. La Commission a cofinancé ce projet en 2006-2007 par l'intermédiaire du projet 2005 151 «Indicators of quality of health care» et en 2009-2011 par l'intermédiaire du projet 2009 53 02 «European edition of Health at a Glance and Health Care Quality Indicators: moving to the next level — HealthData». Cette action s'inscrit dans le contexte de la recommandation du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci (2009/C 151/01) [2], qui recommande de mettre au point un ensemble d'indicateurs fiables et comparables, afin de faciliter l'apprentissage mutuel, compte tenu des travaux des organisations internationales. Cette action contribue aussi à la mise en œuvre de la directive 2011/24/UE. Les travaux consisteront notamment: a) à accroître le nombre d'indicateurs potentiels, b) à recueillir des données dans les États membres qui ne participent pas actuellement à la collecte des données, et c) à développer des indicateurs qui peuvent être utilisés au niveau des hôpitaux/établissements.

[Subvention directe à l'OCDE] Montant indicatif: 500 000 EUR

3.3.1.3. Cotisation de la Commission à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Cette action met en œuvre la décision C(2009) 10213 final de la Commission du 21 décembre 2009 sur son intégration au titre d'organisation participante à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé jusqu'à la fin du programme de santé actuel, à savoir en 2013. La décision établit la cotisation de la Commission à 500 000 EUR par an.

[1] http:/project.www.oecd.org/document/34/0,3746,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,00.html
[2] JO C 151 du 3.7.2009, p. 1.

La participation de la Commission à l'Observatoire a pour objectif de générer et de diffuser des informations de qualité et des données concrètes exploitables sur les systèmes de santé de l'UE. L'Observatoire est une banque d'expertise technique source d'analyses indépendantes et d'avis qui font autorité. L'Observatoire est un projet mené en partenariat par le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe, les gouvernements de Belgique, de Finlande, de Norvège, de Slovénie, d'Espagne et de Suède, la région italienne de Vénétie, ainsi que la Commission européenne (pendant la durée du programme de santé, 2009-2013), la Banque européenne d'investissement (BEI), la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (Banque mondiale), l'Union nationale française des caisses d'assurance-maladie (UNCAM), la London School of Economics (LES) et la London School for Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM).

La Commission sera un partenaire privilégié et ses sujets d'intérêt seront inclus dans le programme de travail de l'Observatoire, non seulement en rapport avec les systèmes de soins de santé mais aussi avec les déterminants de la santé, l'action en faveur de la santé et la prévention des maladies, notamment des maladies chroniques. Des études spécifiques à réaliser à court terme pourraient être commandées dans des domaines spécifiques, en particulier pour contribuer à la mise en œuvre de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

[Autres actions] Montant indicatif: 500 000 EUR

3.3.2. *Diffusion, analyse et application des informations sur la santé; fourniture d'informations aux citoyens, aux parties prenantes et aux responsables politiques (point 3.2.2 de l'annexe de la décision établissant le programme)*

3.3.2.1. Indemnisation d'experts pour des activités de conseil sur les systèmes de santé

L'objectif de cette action est de mettre en place un dispositif d'expertise pour conseiller les États membres et la Commission, à leur demande, sur l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé. Dans ses conclusions du 6 juin 2011 («Vers des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables»), le Conseil demande à la Commission de créer un tel dispositif. Un organisme pluridisciplinaire composé d'experts hautement qualifiés dans les domaines concernés, notamment la santé publique, la gestion des systèmes de santé, l'épidémiologie, la sécurité sociale, l'économie de la santé et les finances publiques, sera mis en place à cet effet. Les experts seront issus du milieu universitaire et industriel et de la société civile. La Commission se chargera de la gestion de l'organisme. Cette tâche portera notamment, s'il y a lieu, sur la préparation de documents de référence à joindre aux questions et la liaison avec les experts. Les avis émis par les experts doivent être adaptés aux besoins spécifiques et à la situation particulière de l'État membre qui soumet la question. Cet organisme peut aussi fournir une expertise en matière de santé à la Commission, dans le cadre de l'examen annuel de la croissance et des plans nationaux de réforme. L'action couvre les indemnités versées aux experts pour leurs travaux.

[Autres actions] Montant indicatif: 1 000 000 EUR

3.3.2.2. Communication et promotion des politiques de santé de l'UE et des résultats du programme de santé

Cette action vise à donner aux citoyens de l'UE des informations précises et opportunes sur les activités de santé publique, conformément à l'article 168 du TFUE, et ainsi qu'à rapprocher l'Europe des citoyens. Elle vise également à promouvoir l'action de l'Union en matière de santé eu égard aux nouvelles priorités, dont la stratégie Europe 2020.

L'action se compose de trois éléments. Le premier vise à faire connaître la directive 2011/24/UE. La directive présente une nouvelle approche novatrice pour traiter le remboursement des soins de santé transfrontaliers, facilite la reconnaissance des ordonnances délivrées dans d'autres États membres, aide les patients qui ont besoin d'un traitement spécialisé et facilite l'échange d'informations sur les normes de qualité et de sécurité appliquées en matière de soins de santé. Le succès de sa mise en œuvre dépend du degré d'information des parties concernées et du grand public sur ses dispositions. Des mesures claires et ciblées réalisées au titre de cette action visent à assurer ce travail d'information. Les mesures concernées incluent des dépliants, la diffusion d'informations sur le web et la participation à des conférences avec les parties concernées.

Le deuxième élément consiste à organiser le 4e prix européen du journalisme. Cette action sera consacrée à l'expansion et à la gestion du réseau informel de journalistes des États membres spécialisés dans la santé. Elle contribuera à une meilleure couverture de l'actualité de l'Union en matière de santé dans les États membres et, ainsi, à sensibiliser davantage à l'action de l'UE ayant trait à la santé, aux soins de santé et aux droits des patients.

Le troisième élément porte sur la préparation et la diffusion de matériel d'informations et de communication destiné à expliquer les activités et les initiatives de l'UE en matière de santé. En plus des activités associées aux initiatives de santé en cours et à la diffusion des résultats du programme de santé, les activités sont notamment axées sur l'explication de l'initiative sur les produits du tabac et de l'initiative pour la sécurité sanitaire aux parties concernées et aux citoyens. Les activités incluent la préparation et la diffusion de matériel audiovisuel et de publications électroniques et imprimé, l'organisation et la participation à des ateliers et des réunions d'experts et la réalisation de stands d'information et d'autre matériel de communication/relations publiques.

[Contrat-cadre]

3.3.2.3. Applications informatiques d'appui aux politiques de santé publique

L'objectif des mesures couvertes par cette action est de soutenir les politiques européennes en matière de santé publique conformément à l'article 168 TFUE grâce à des applications informatiques adaptées. Ces outils contribuent aussi à répondre aux objectifs de la stratégie Europe 2020, notamment de recentrer l'innovation sur les défis que notre société doit relever dans le domaine de la santé, de promouvoir la santé en ligne, de réduire les inégalités en matière de santé, de favoriser un vieillissement actif et en bonne santé, de réagir aux nouveaux risques pour la santé et de garantir un meilleur accès aux systèmes de soins de santé.

Cette action couvre les applications suivantes: a) le portail de la santé de l'Union européenne — site web sur la santé publique et sous-sites tels que l'Europe pour les patients, la communication en situation de crise, le prix du journalisme et la santé des jeunes, b) les outils *Injury Data Base* (IDB) et *Health in Europe: Information and Data Interface* (HEIDI), c) HEIDI Wiki, d) *Health Emergency & Diseases Information System* (HEDIS), *Medical Intelligence System* (MedIsys) et *Early Warning and Reporting project* (EAR), e) *Health Emergency Operations Facility* (HEOF) — intranet pour les situations de crise, f) le système d'alerte rapide et d'échange d'informations sur les menaces pour la santé liées à la dissémination délibérée d'agents chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires — RAS-BICHAT et le système d'alerte rapide pour l'échange d'informations sur les incidents impliquant des agents chimiques — RAS-CHEM, g) les plates-formes: collecte de données sur les actions en rapport avec le régime alimentaire, l'activité physique et la santé; base de données du forum européen sur l'alcool et la santé (*Alcohol Clearing House* — ACH); *Mental Health Compass*: système de gestion des documents en rapport avec le forum; bases de données des ONG; h) les applications relatives au sang, cellules et tissus et au tabac: collecte annuelle des données sur les réactions et incidents indésirables graves en relation avec les transfusions sanguines et les transplantations de cellules/tissus (SARE); registre de toutes les banques de tissus de l'UE, accessible aux autorités compétentes des États membres; système de rapport annuel des dons volontaires gratuits, rapport annuel obligatoire pour les États membres; registre des établissements de contrôle des produits du tabac au sein de l'UE, registre des avertissements, des textes et des illustrations apposés sur le tabac, accessible aux autorités compétentes des États membres, et registre pour le système européen de codage des cellules et des tissus humains, i) les soins de santé transfrontaliers, le registre des ordonnances et le registre des médicaments, et j) les services transversaux pour les applications et les systèmes en matière de soins de santé.

[Contrats-cadres]

3.3.3. *Analyse et rapport (point 3.2.3 de l'annexe de la décision établissant le programme)*

3.3.3.1. Fourniture de données et d'informations comparables fondées sur des éléments factuels à l'appui des mesures de politique

Cette action a pour but de fournir une analyse, des informations comparables et des données scientifiques indépendantes et de qualité pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation, sur la base de données probantes, de l'action de l'Union et des États membres en matière de santé, y compris dans le cadre du partenariat d'innovation européen dans le domaine du vieillissement actif et en bonne santé. Elle aidera à pérenniser des projets financés par le programme de santé grâce à l'actualisation et à l'exploitation des informations et des données produites jusqu'à présent. La fourniture de données concrètes et de rapports en matière de santé au niveau de l'UE permettra une comparaison des politiques qui contribuera à l'élaboration et à l'évaluation de politiques, ainsi qu'à la détermination, la diffusion et l'application de pratiques exemplaires. Cette démarche permettra à l'Union européenne et aux États membres de détecter les obstacles à la croissance dans le domaine de la santé et, ainsi, d'améliorer le soutien aux systèmes de santé nationaux.

L'action se compose de trois éléments. Le premier consiste à collecter, analyser et diffuser des données et informations comparables fondées sur des données probantes afin de soutenir et d'évaluer les politiques de santé, et à fournir des informations aux responsables politiques, aux experts et aux citoyens européens.

[Contrats-cadres]

Le deuxième élément consiste à apporter des données supplémentaires concernant le vieillissement actif et en bonne santé et d'autres domaines prioritaires du système européen d'information et de connaissances en matière de santé, dans le but de fournir des informations actualisées aux responsables politiques, aux experts de la santé et aux citoyens européens.

[Appel d'offres]

Le troisième élément est une enquête Eurobaromètre sur le tabac, qui vise à fournir des données sur le comportement tabagique, l'exposition à la fumée de tabac secondaire et certaines attitudes clés des fumeurs et des non-fumeurs, et à actualiser les indicateurs concernant la lutte antitabac aux fins du suivi de la mise en œuvre des politiques de lutte contre le tabac. Les résultats seront utilisés à titre informatif dans le cadre des discussions au sein du Parlement européen du Conseil sur la proposition de la Commission de révision de la directive 2001/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2001 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac [1], des discussions interinstitutionnelles sur d'éventuelles initiatives visant à protéger les employés contre la fumée de tabac sur le lieu de travail et de l'élaboration d'autres initiatives de lutte antitabac.

[Contrat-cadre]

---

[1] La révision de la directive sur les produits du tabac (2001/37/CE) est mentionnée dans la liste de l'annexe II (initiatives potentielles pour 2012) du programme de travail de la Commission pour 2011 [COM(2010) 623 final].

ANNEXE II

Critères applicables aux participations financières aux projets au titre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

Décision n° 1350/2007/CE, article 4, paragraphe 1, point a)

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Le règlement financier et ses modalités d'exécution constituent les documents de référence pour l'exécution du programme de santé.

2. Les subventions doivent obéir aux principes suivants:

— le principe de cofinancement, qui impose un cofinancement externe provenant d'une source autre que les fonds de l'Union, soit en ressources propres du bénéficiaire, soit sous la forme de ressources financières de tiers. Des contributions en nature en provenance de tiers peuvent être considérées comme un cofinancement si elles sont jugées nécessaires ou appropriées (article 113 du règlement financier et article 172 des modalités d'exécution);

— la règle de non-profit: la subvention ne peut avoir pour objet ou pour effet de donner lieu à profit pour le bénéficiaire (article 109, paragraphe 2, du règlement financier et article 165 des modalités d'exécution);

— le principe de non-rétroactivité: les dépenses éligibles à un financement ne peuvent être exposées qu'après la signature de la convention. Dans des cas exceptionnels, la prise en considération de dépenses exposées au plus tôt à compter de la date de dépôt de la demande de subvention peut être admise (article 112 du règlement financier);

— le principe de non-cumul: une seule subvention peut être octroyée à un bénéficiaire donné pour un projet spécifique (article 111 du règlement financier) ([1]).

3. Les propositions d'actions seront évaluées sur la base de trois catégories de critères:

— les critères d'exclusion et d'éligibilité, visant à apprécier l'éligibilité du demandeur (article 114 du règlement financier);

— les critères de sélection, permettant d'évaluer la capacité financière et opérationnelle du demandeur à mener l'action proposée à son terme (article 115 du règlement financier);

— les critères d'attribution, visant à apprécier la qualité de la proposition, compte tenu de son coût.

Ces catégories de critères seront examinées consécutivement durant la procédure d'évaluation. Une proposition ne répondant pas aux exigences de l'une de ces catégories de critères ne sera pas prise en considération lors de l'étape suivante d'évaluation et sera écartée.

4. Les projets doivent

— présenter un caractère innovant et ne pas être de nature récurrente,

— apporter une valeur ajoutée européenne dans le domaine de la santé: engendrer des économies d'échelle importantes, associer un nombre de pays éligibles adapté à l'ampleur du projet et être transposables ailleurs;

— contribuer et apporter un appui à l'élaboration des politiques de l'Union en matière de santé;

— présenter une structure de gestion efficace, un processus d'évaluation clair et une description précise des résultats attendus;

— comporter un plan d'exploitation des résultats et de diffusion de ceux-ci auprès de publics cibles appropriés à l'échelle de l'Union.

2. CRITÈRES D'EXCLUSION ET D'ÉLIGIBILITÉ

1. Sont exclus de la participation aux procédures d'attribution de subventions du programme de santé les demandeurs qui sont dans l'une des situations d'exclusion visées à l'article 93, paragraphe 1, et à l'article 94 du règlement financier.

Moyen de preuve: le demandeur doit fournir une attestation sur l'honneur, dûment signée et datée, mentionnant qu'il ne se trouve dans aucune des situations visées ci-dessus.

2. Les propositions qui ne font intervenir qu'un seul pays éligible ou qu'une seule région d'un pays seront écartées.

([1]) Cela signifie que le cofinancement d'une action spécifique, présentée par un demandeur en vue d'obtenir une subvention, ne peut être admis par la Commission qu'une seule fois, quelle que soit la durée de l'action.

3. Les propositions incomplètes, reçues hors délai ou qui ne répondent pas aux exigences formelles énoncées dans l'appel à propositions ne seront pas prises en considération en vue d'un éventuel financement. Cette disposition ne s'applique pas aux erreurs matérielles manifestes au sens de l'article 178, paragraphe 2, des modalités d'exécution.

Chaque proposition doit comprendre les documents requis dans l'appel à propositions, notamment:

— les données administratives relatives au partenaire principal et aux partenaires associés;

— la description technique du projet;

— le budget global du projet et le niveau du cofinancement de l'Union demandé.

Moyen de preuve: le contenu de la proposition.

4. Sont exclues de la participation au programme de santé les actions qui ont déjà commencé à la date de l'enregistrement de la demande de subvention.

Moyen de preuve: la date prévue de démarrage de l'action et la durée de celle-ci doivent être précisées dans la demande de subvention.

3. CRITÈRES DE SÉLECTION

Seules les propositions répondant aux exigences des critères d'exclusion et d'éligibilité pourront être évaluées. Les critères de sélection ci-après doivent être remplis.

1. Capacité financière

Le demandeur doit disposer de sources de financement stables et suffisantes pour maintenir son activité pendant toute la période d'exécution de l'action et pouvoir participer à son financement.

Moyen de preuve: le demandeur doit présenter les comptes de gestion et les bilans des deux derniers exercices clos.

La vérification de la capacité financière ne s'applique ni aux organismes publics, ni aux organisations de droit international public créées par des accords intergouvernementaux, ni aux agences spécialisées créées par celles-ci.

2. Capacité opérationnelle

Le demandeur doit disposer des ressources, des compétences et des qualifications professionnelles requises pour mener à son terme l'action proposée.

Moyen de preuve: le demandeur doit fournir le dernier rapport d'activité annuel de l'organisation comprenant des informations détaillées d'ordre opérationnel, financier et technique, ainsi que le curriculum vitæ des membres du personnel concernés de toutes les organisations participant à l'action proposée.

3. Documents complémentaires à fournir à la demande de la Commission

À la demande de la Commission, le demandeur doit présenter un rapport d'audit externe, produit par un contrôleur des comptes agréé, certifiant les comptes du dernier exercice disponible et donnant une appréciation de la viabilité financière du demandeur.

4. CRITÈRES D'ATTRIBUTION

Seuls les projets répondant aux exigences des critères d'exclusion, d'éligibilité et de sélection seront pris en considération pour l'étape suivante de l'évaluation, effectuée sur la base des critères d'attribution énoncés ci-après.

1. Pertinence stratégique et contextuelle (40 points; seuil éliminatoire: 20 points)

a) Contribution du projet à la réalisation des objectifs et des priorités définis dans le programme de travail pour 2012 (8 points).

b) Pertinence stratégique du point de vue de la stratégie de l'Union en matière de santé [1], de la contribution attendue aux connaissances et des incidences sur la santé (8 points).

c) Valeur ajoutée à l'échelle de l'Union dans le domaine de la santé publique (8 points):

   — incidence sur les groupes cibles, effets à long terme et effets multiplicateurs éventuels, par exemple des activités pouvant être reproduites, transférées et pérennisées;

   — interaction avec les politiques et programmes de l'Union en la matière: contributions, complémentarité, synergies et compatibilité.

d) Pertinence de la couverture géographique (8 points)

   Le demandeur doit s'assurer que la couverture géographique du projet est adaptée aux objectifs de celui-ci et expliquer le rôle des pays éligibles en tant que partenaires et la pertinence des ressources du projet ou des populations cibles concernées.

[1] COM(2007) 630 final; http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_fr.htm

e) Contexte social, culturel et politique (8 points)

Le demandeur doit expliquer en quoi le projet est lié à la situation des pays ou des zones particulières concernés et veiller à la compatibilité des actions envisagées avec la culture et les opinions des groupes cibles.

2. Qualité technique (30 points, seuil éliminatoire: 15 points)

a) Base factuelle (6 points)

Le demandeur doit joindre une analyse du problème et décrire clairement les facteurs, l'incidence, l'efficacité et l'applicabilité des mesures proposées.

b) Spécification du contenu (6 points)

Le demandeur doit décrire clairement les objectifs poursuivis, les groupes cibles et, s'il y a lieu, les facteurs géographiques, les méthodes ainsi que les effets et résultats attendus.

c) Caractère innovant, complémentarité technique et absence de redondance avec d'autres actions existantes à l'échelle de l'Union (6 points)

Le demandeur doit préciser clairement les progrès que le projet entend générer dans un domaine donné par rapport à la situation existante et s'assurer de l'absence de tout recoupement ou redondance, partiel ou total, entre son projet et des projets et activités menés à l'échelle de l'Union ou à l'échelle internationale.

d) Stratégie d'évaluation (6 points)

Le demandeur doit expliquer clairement les méthodes proposées et les indicateurs choisis, et démontrer leur pertinence.

e) Stratégie de diffusion (6 points)

Le demandeur doit illustrer clairement l'adéquation de la stratégie envisagée et de la méthode de travail proposée pour assurer la transférabilité des résultats et la pérennité de leur diffusion.

3. Qualité de la gestion et budget (30 points, seuil éliminatoire: 15 points)

a) Planification et organisation (5 points)

Le demandeur doit décrire les activités à réaliser, le calendrier et les étapes principales, les réalisations attendues ainsi que la nature et la répartition des tâches, et fournir une analyse des risques.

b) Capacité organisationnelle (5 points)

Le demandeur doit décrire clairement la structure de gestion, les compétences du personnel, la répartition des responsabilités et les modalités de communication interne, de prise de décision ainsi que de contrôle et de surveillance.

c) Qualité des partenariats (5 points)

Le demandeur doit décrire clairement l'ampleur des partenariats envisagés, les rôles et les responsabilités des différents partenaires, les relations entre ceux-ci, les synergies et complémentarités des partenaires et la structure du réseau.

d) Stratégie de communication (5 points)

Le demandeur doit décrire clairement la stratégie de communication envisagée, sous l'angle de la planification, des groupes cibles, de la pertinence des moyens de communication utilisés et de la publicité du cofinancement de l'Union.

e) Budget global et budget détaillé, gestion financière (10 points; seuil éliminatoire: 5 points)

Le demandeur doit veiller à ce que le budget soit pertinent, approprié, équilibré et cohérent, intrinsèquement et eu égard aux divers partenaires ainsi qu'aux objectifs particuliers poursuivis. Il convient que le budget soit raisonnablement ventilé entre les partenaires, en évitant une fragmentation excessive.

Le demandeur doit décrire les circuits financiers, les responsabilités ainsi que les modalités d'établissement de rapports et de contrôle.

Toute proposition qui n'atteint pas le seuil éliminatoire pour l'un des critères ci-dessus sera écartée.

À la suite de l'évaluation, les propositions pouvant prétendre à un financement seront classées par ordre décroissant en fonction de la note globale obtenue. Selon les disponibilités budgétaires, les propositions les mieux classées se verront attribuer un cofinancement.

ANNEXE III

Critères applicables aux participations financières au fonctionnement des organismes non gouvernementaux et des réseaux spécialisés (subventions de fonctionnement) au titre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

Décision n° 1350/2007/CE, article 4, paragraphe 1, point b)

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Le règlement financier et ses modalités d'exécution constituent les documents de référence pour l'exécution du programme de santé.

2. Les subventions doivent obéir aux principes suivants:

— le principe de cofinancement, qui impose un cofinancement externe provenant d'une source autre que les fonds de l'Union, soit en ressources propres du bénéficiaire, soit sous la forme de ressources financières de tiers. Des contributions en nature en provenance de tiers peuvent être considérées comme un cofinancement si elles sont jugées nécessaires ou appropriées (article 113 du règlement financier et article 172 des modalités d'exécution);

— la règle de non-profit: la subvention ne peut avoir pour objet ou pour effet de donner lieu à profit pour le bénéficiaire (article 109, paragraphe 2, du règlement financier et article 165 des modalités d'exécution);

— le principe de non-rétroactivité: les dépenses éligibles à un financement ne peuvent être exposées qu'après la signature de la convention. Dans des cas exceptionnels, la prise en considération de dépenses exposées au plus tôt à compter de la date de dépôt de la demande de subvention peut être admise (article 112 du règlement financier);

— le principe de non-cumul: une seule subvention de fonctionnement peut être octroyée par exercice à un bénéficiaire donné (article 111 du règlement financier) [1].

3. Les propositions d'actions seront évaluées sur la base de trois catégories de critères:

— les critères d'exclusion et d'éligibilité, visant à apprécier l'éligibilité du demandeur (article 114 du règlement financier);

— les critères de sélection, permettant d'évaluer la capacité financière et opérationnelle du demandeur à mener à son terme l'action proposée (article 115 du règlement financier);

— les critères d'attribution, visant à apprécier la qualité de la proposition, compte tenu de son coût.

Ces catégories de critères seront examinées consécutivement durant la procédure d'évaluation. Une proposition ne répondant pas aux exigences de l'une de ces catégories de critères ne sera pas prise en considération lors de l'étape suivante d'évaluation et sera écartée.

2. CRITÈRES D'EXCLUSION ET D'ÉLIGIBILITÉ

1. L'Union peut participer financièrement au fonctionnement d'un organisme non gouvernemental ou aux coûts liés à la coordination d'un réseau spécialisé par un organisme à but non lucratif. Un réseau spécialisé est un réseau européen représentant des organismes à but non lucratif actifs dans les États membres ou les pays participant au programme de santé qui œuvrent en faveur de principes et de politiques cohérents avec les objectifs du programme, pouvant faire état de réalisations conjointes pertinentes (des projets menés à bien ou des publications conjointes, par exemple) et disposant de règles de collaboration établies (des procédures normalisées ou un protocole d'accord, par exemple). Un organisme ou un réseau spécialisé peut bénéficier d'un financement:

— s'il est à but non lucratif et n'est exposé à aucun conflit d'intérêts de nature industrielle, commerciale, professionnelle ou autre;

— s'il compte des membres dans la moitié au moins des États membres;

— si sa couverture géographique est équilibrée;

— s'il vise en premier lieu à réaliser un ou plusieurs objectifs du programme de santé;

— si ses objectifs généraux ne sont pas directement ou indirectement contraires aux politiques de l'Union et si son image ne nuit pas à l'image de l'Union;

— s'il a fourni à la Commission des informations satisfaisantes en ce qui concerne ses membres, ses règles internes et ses sources de financement;

[1] Cela signifie que le cofinancement d'un programme de travail annuel, présenté par un demandeur en vue d'obtenir une subvention de fonctionnement, ne peut être admis par la Commission qu'une seule fois.

— s'il a fourni à la Commission son programme de travail annuel pour l'exercice en cours, son dernier rapport d'activité annuel et, le cas échéant, le dernier rapport d'évaluation;

— s'il ne se trouve dans aucune des situations d'exclusion visées à l'article 93, paragraphe 1, et à l'article 94 du règlement financier.

Les demandes d'entités collaborant avec des entreprises du secteur privé considérées comme non éligibles du fait de l'incompatibilité de la nature de leurs activités avec les principes de l'Union européenne, tels qu'ils sont énoncés aux articles 2 et 3 du traité UE, peuvent être rejetées.

2. Les propositions incomplètes, reçues hors délai ou qui ne répondent pas aux exigences formelles énoncées dans l'appel à propositions ne seront pas prises en considération en vue d'un éventuel financement. Cette disposition ne s'applique pas aux erreurs matérielles manifestes au sens de l'article 178, paragraphe 2, des modalités d'exécution.

3. L'absence de conflits d'intérêt de nature industrielle, commerciale, professionnelle ou autre sera évaluée sur la base des critères établis à l'annexe VI.

3. CRITÈRES DE SÉLECTION

Seules les propositions répondant aux exigences des critères d'exclusion et d'éligibilité pourront être évaluées.

Les critères de sélection permettent d'évaluer la capacité financière et opérationnelle de l'organisation demandeuse à mener à bien le programme de travail proposé.

Seules les organisations disposant des ressources nécessaires pour assurer leur fonctionnement peuvent bénéficier d'une subvention. Pour attester la disponibilité de ces ressources, elles doivent:

— joindre une copie de leurs comptes annuels concernant le dernier exercice clos avant l'introduction de la demande. Si la demande de subvention émane d'une nouvelle organisation européenne, il convient de produire les comptes annuels (y compris le bilan et le compte de gestion) des organisations membres de la nouvelle entité pour le dernier exercice clos avant l'introduction de la demande;

— présenter un budget prévisionnel détaillé et équilibré du point de vue des dépenses et des recettes;

— pour les demandes de subventions de fonctionnement de plus de 100 000 EUR, joindre un rapport d'audit externe produit par un contrôleur des comptes agréé, certifiant les comptes du dernier exercice disponible et donnant une appréciation de la viabilité financière de l'organisation demandeuse.

Seules les organisations disposant des capacités opérationnelles, des qualifications et de l'expérience professionnelle requises peuvent bénéficier d'une subvention. Les informations ci-après doivent par conséquent être jointes à l'appui de la demande:

— le dernier rapport annuel d'activité de l'organisation ou, pour une organisation nouvellement constituée, le curriculum vitæ des membres de l'organe de direction et d'autres membres du personnel, ainsi que les rapports annuels d'activité des organisations membres de la nouvelle entité,

— toute référence à la participation ou la candidature à des actions financées par l'Union européenne, à la conclusion de conventions de subvention et à la conclusion de contrats financés par le budget de l'Union.

4. CRITÈRES D'ATTRIBUTION

Seules les propositions répondant aux exigences des critères d'exclusion, d'éligibilité et de sélection pourront être évaluées.

Les critères d'attribution permettent de sélectionner les programmes de travail qui sont en mesure de garantir le respect des objectifs et des priorités de l'Union ainsi qu'une diffusion et une communication de qualité, y compris pour ce qui est de la publicité du financement de l'Union.

Dans cette optique, le programme de travail annuel présenté en vue de l'obtention d'un financement de l'Union doit satisfaire aux critères énoncés ci-après.

1. Pertinence stratégique et contextuelle du programme de travail annuel de l'organisme non gouvernemental ou du réseau spécialisé (25 points; seuil éliminatoire: 13 points)

a) Cohérence du programme de travail annuel avec les objectifs et les priorités du programme de santé et du programme de travail annuel y afférent (10 points).

b) Description des activités ([1]) de l'organisation en liaison avec les priorités énoncées dans le programme de travail pour 2012 du programme de santé (10 points).

([1]) Les activités de lobbying ciblant exclusivement les institutions européennes ne peuvent pas faire l'objet d'un financement.

c) Pertinence de la couverture géographique de l'organisme non gouvernemental ou du réseau spécialisé. Le programme de travail annuel du demandeur doit comprendre des activités dans un nombre représentatif de pays participants (5 points).

2. Qualité technique du programme de travail annuel proposé (40 points; seuil éliminatoire: 20 points)

a) Objet du programme de travail annuel: dans son programme de travail, le demandeur doit décrire clairement tous les objectifs de l'organisme ou du réseau spécialisé et leur pertinence pour l'obtention des résultats escomptés. Le demandeur doit démontrer que le programme de travail présenté donne une image fidèle de toutes les activités prévues pour l'organisme ou le réseau spécialisé en 2012, y compris celles qui n'entrent pas dans le programme de travail pour 2012 du programme de santé. (10 points).

b) Cadre opérationnel: dans son programme de travail, le demandeur doit décrire clairement les activités prévues, les tâches, les responsabilités et le calendrier relatifs à la partie de son programme de travail qui correspond au programme de travail pour 2012 du programme de santé, et décrire le lien entre cette partie et les autres parties de son activité (10 points).

c) Stratégie d'évaluation: dans son programme de travail, le demandeur doit décrire clairement les mécanismes d'évaluation interne et externe de ses activités et les indicateurs retenus (10 points).

d) Stratégie de diffusion: le demandeur doit illustrer clairement la pertinence des actions et des méthodes de communication et de diffusion (10 points).

3. Qualité de la gestion (35 points; seuil éliminatoire: 18 points):

a) Planification du travail annuel: le demandeur doit décrire clairement les activités à réaliser, le calendrier et les étapes principales, les réalisations attendues, ainsi que la nature et la répartition des tâches, et fournir une analyse des risques (10 points).

b) Capacité organisationnelle: le demandeur doit décrire clairement la méthode de gestion, les ressources humaines, les compétences du personnel, la répartition des responsabilités et les modalités de communication interne, de prise de décision ainsi que de contrôle et de surveillance. Il doit également préciser de façon claire les relations professionnelles qu'il entretient avec les partenaires et les parties prenantes concernés (10 points).

c) Budget global et détaillé: le demandeur doit veiller à ce que le budget soit pertinent, approprié, équilibré et cohérent, intrinsèquement et eu égard aux activités prévues (10 points).

d) Gestion financière: le demandeur doit décrire clairement les circuits financiers, les responsabilités, les procédures d'établissement de rapports et, si possible, les modalités de contrôle (5 points).

Toute proposition qui n'atteint pas le seuil éliminatoire pour l'un des critères susmentionnés sera écartée.

À la suite de l'évaluation, les propositions pouvant prétendre à un financement seront classées par ordre décroissant en fonction de la note globale obtenue. Selon les disponibilités budgétaires, les propositions les mieux classées se verront attribuer un cofinancement.

ANNEXE IV

Critères applicables aux participations financières aux actions conjointes au titre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

Décision n° 1350/2007/CE, article 4, paragraphe 3

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Le règlement financier et ses modalités d'exécution constituent les documents de référence pour l'exécution du programme de santé.

2. Les subventions doivent obéir aux principes suivants:

— le principe de cofinancement, qui impose un cofinancement externe provenant d'une source autre que les fonds de l'Union, soit en ressources propres du bénéficiaire, soit sous la forme de ressources financières de tiers. Des contributions en nature en provenance de tiers peuvent être considérées comme un cofinancement si elles sont jugées nécessaires ou appropriées (article 113 du règlement financier et article 172 des modalités d'exécution);

— la règle de non-profit: la subvention ne peut avoir pour objet ou pour effet de donner lieu à profit pour le bénéficiaire (article 109, paragraphe 2, du règlement financier et article 165 des modalités d'exécution);

— le principe de non-rétroactivité: les dépenses éligibles à un financement ne peuvent être exposées qu'après la signature de la convention. Dans des cas exceptionnels, la prise en considération de dépenses exposées au plus tôt à compter de la date de dépôt de la demande de subvention peut être admise (article 112 du règlement financier);

— le principe de non-cumul: une seule subvention peut être octroyée à un bénéficiaire donné pour une action conjointe spécifique (article 111 du règlement financier) [1].

3. Les propositions d'actions seront évaluées sur la base de trois catégories de critères:

— les critères d'exclusion et d'éligibilité, visant à apprécier l'éligibilité du demandeur (article 114 du règlement financier);

— les critères de sélection, permettant d'évaluer la capacité financière et opérationnelle du demandeur à mener à son terme l'action proposée (article 115 du règlement financier);

— les critères d'attribution, visant à apprécier la qualité de la proposition, compte tenu de son coût.

Ces catégories de critères seront examinées consécutivement durant la procédure d'évaluation. Une proposition ne répondant pas aux exigences de l'une de ces catégories de critères ne sera pas prise en considération lors de l'étape suivante d'évaluation et sera écartée.

2. CRITÈRES D'EXCLUSION ET D'ÉLIGIBILITÉ

1. Les actions conjointes peuvent être mises en œuvre avec des organismes publics ou des organismes non gouvernementaux:

— qui sont à but non lucratif et ne sont exposés à aucun conflit d'intérêts de nature industrielle, commerciale, professionnelle ou autre;

— qui visent en premier lieu à réaliser un ou plusieurs objectifs du programme de santé;

— dont les objectifs généraux ne sont pas directement ou indirectement contraires aux politiques de l'Union européenne ni associés à une image inappropriée;

— qui ont fourni à la Commission des informations satisfaisantes en ce qui concerne leurs membres, leurs règles internes et leurs sources de financement;

— qui sont désignés selon une procédure transparente par l'État membre ou l'autorité compétente concernée et agréée par la Commission;

— qui ne se trouvent dans aucune des situations d'exclusion visées à l'article 93, paragraphe 1, et à l'article 94 du règlement financier.

Les demandes d'entités collaborant avec des entreprises du secteur privé considérées comme non éligibles du fait de l'incompatibilité de la nature de leurs activités avec les principes de l'Union européenne, tels qu'ils sont énoncés aux articles 2 et 3 du traité UE, peuvent être rejetées.

[1] Cela signifie que le cofinancement d'une action spécifique, présentée par un demandeur en vue d'obtenir une subvention, ne peut être admis par la Commission qu'une seule fois, quelle que soit la durée de l'action.

2. Les propositions incomplètes, reçues hors délai ou qui ne répondent pas aux exigences formelles énoncées dans l'appel à propositions ne seront pas prises en considération en vue d'un éventuel financement. Cette disposition ne s'applique pas aux erreurs matérielles manifestes au sens de l'article 178, paragraphe 2, des modalités d'exécution.

3. L'absence de conflits d'intérêt de nature industrielle, commerciale, professionnelle ou autre sera évaluée sur la base des critères établis à l'annexe VI.

3. CRITÈRES DE SÉLECTION

Seules les propositions répondant aux exigences des critères d'exclusion et d'éligibilité pourront être évaluées.

Les critères de sélection permettent d'évaluer si le demandeur possède la capacité financière et opérationnelle nécessaire pour mener à bien l'action proposée.

Le demandeur doit disposer des ressources, des compétences et des qualifications professionnelles requises pour mener à son terme l'action proposée.

Il doit disposer de ressources financières suffisantes pour maintenir son activité pendant toute la période d'exécution de l'action et pouvoir participer à son financement.

Chaque demandeur doit fournir:

— un budget prévisionnel clair, exhaustif et détaillé concernant les dépenses afférentes aux activités accomplies par chaque organisme participant à l'action conjointe;

— un exemplaire des comptes annuels du dernier exercice clos avant l'introduction de la demande (pour les entités à but non lucratif autres que des organismes publics).

4. CRITÈRES D'ATTRIBUTION

Seules les actions conjointes répondant aux exigences des critères d'exclusion, d'éligibilité et de sélection seront prises en considération pour l'étape suivante de l'évaluation, effectuée sur la base des critères d'attribution énoncés ci-après.

1. Pertinence stratégique et contextuelle (40 points; seuil éliminatoire: 20 points)

a) Contribution de l'action conjointe à la réalisation des objectifs et des priorités définis dans le programme de travail pour 2012 (8 points).

b) Pertinence stratégique du point de vue de la stratégie de l'Union en matière de santé [1], de la contribution attendue aux connaissances existantes et des incidences sur la santé (8 points).

c) Valeur ajoutée à l'échelle de l'Union dans le domaine de la santé publique (8 points):

— incidence sur les groupes cibles, effets à long terme et effets multiplicateurs éventuels, par exemple des activités pouvant être reproduites, transférées et pérennisées;

— interaction avec les politiques et programmes de l'Union en la matière: apports, complémentarité, synergies et compatibilité.

d) Pertinence de la couverture géographique (8 points).

Le demandeur doit s'assurer que la couverture géographique de l'action conjointe est appropriée au regard de ses objectifs et expliquer le rôle des pays éligibles en tant que partenaires et la pertinence des ressources de l'action conjointe ou des populations cibles concernées. Les propositions qui ne font intervenir qu'un seul pays éligible ou qu'une seule région d'un pays seront écartées.

e) Contexte social, culturel et politique (8 points).

Le demandeur doit expliquer en quoi l'action conjointe est liée à la situation des pays ou des zones particulières concernés et veiller à la compatibilité des actions envisagées avec la culture et les opinions des groupes cibles.

2. Qualité technique (30 points, seuil éliminatoire: 15 points)

a) Base factuelle (6 points):

Le demandeur doit joindre une analyse du problème et décrire clairement les facteurs, l'incidence, l'efficacité et l'applicabilité des mesures proposées.

[1] COM(2007) 630 final; http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_fr.htm

b) Spécification du contenu (6 points)

Le demandeur doit décrire clairement les objectifs poursuivis, les groupes cibles et, s'il y a lieu, les facteurs géographiques, les méthodes ainsi que les effets et résultats attendus.

c) Caractère innovant, complémentarité technique et absence de redondance avec d'autres actions existantes à l'échelle de l'Union (6 points)

Le demandeur doit préciser clairement les progrès que l'action conjointe entend générer dans le domaine concerné par rapport à la situation existante et s'assurer de l'absence de tout recoupement ou redondance, partiel ou total, entre l'action conjointe et des projets et activités réalisés à l'échelle de l'Union ou à l'échelle internationale.

d) Stratégie d'évaluation (6 points)

Le demandeur doit expliquer clairement les méthodes proposées et les indicateurs choisis et démontrer leur pertinence.

e) Stratégie de diffusion (6 points)

Le demandeur doit illustrer clairement l'adéquation de la stratégie envisagée et de la méthode de travail proposée pour assurer la transférabilité des résultats et la pérennité de la diffusion.

3. Qualité de la gestion et budget (30 points, seuil éliminatoire: 15 points)

a) Planification et organisation (5 points):

Le demandeur doit décrire clairement les activités à réaliser, le calendrier et les étapes principales, les réalisations attendues, ainsi que la nature et la répartition des tâches, et fournir une analyse des risques.

b) Capacité organisationnelle (5 points)

Le demandeur doit décrire clairement la structure de gestion, les compétences du personnel, la répartition des responsabilités et les modalités de communication interne, de prise de décision ainsi que de contrôle et de surveillance.

c) Qualité des partenariats (5 points)

Le demandeur doit décrire clairement les partenariats envisagés du point de vue de leur ampleur, du rôle et des responsabilités des différents partenaires ainsi que des relations qu'ils entretiennent, et des synergies et complémentarités des structures de partenariat et de réseau.

d) Stratégie de communication (5 points):

Le demandeur doit décrire clairement la stratégie de communication envisagée, sous l'angle de la planification, des groupes cibles, de la pertinence des moyens de communication utilisés et de la publicité du cofinancement de l'Union.

e) Budget global et budget détaillé, gestion financière (10 points; seuil éliminatoire: 5 points):

Le demandeur doit veiller à ce que le budget soit pertinent, approprié, équilibré et cohérent, intrinsèquement et eu égard aux divers partenaires ainsi qu'aux objectifs particuliers de l'action conjointe. Il convient que le budget soit raisonnablement ventilé entre les partenaires, en évitant une fragmentation excessive.

Le demandeur doit décrire clairement les circuits financiers, les responsabilités, les procédures d'établissement de rapports et les contrôles y afférents.

Toute proposition qui n'atteint pas le seuil éliminatoire pour l'un des critères ci-dessus sera écartée.

À la suite de l'évaluation, les propositions pouvant prétendre à un financement seront classées par ordre décroissant en fonction de la note globale obtenue.

ANNEXE V

Critères applicables aux participations financières aux conférences au titre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

Décision n° 1350/2007/CE, article 4, paragraphe 1, point a)

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Le règlement financier et ses modalités d'exécution constituent les documents de référence pour l'exécution du programme de santé.

2. Les subventions doivent obéir aux principes suivants:

— le principe de cofinancement, qui impose un cofinancement externe provenant d'une source autre que les fonds de l'Union, soit en ressources propres du bénéficiaire, soit sous la forme de ressources financières de tiers. Des contributions en nature en provenance de tiers peuvent être considérées comme un cofinancement si elles sont jugées nécessaires ou appropriées (article 113 du règlement financier et article 172 des modalités d'exécution);

— la règle de non-profit: la subvention ne peut avoir pour objet ou pour effet de donner lieu à profit pour le bénéficiaire (article 109, paragraphe 2, du règlement financier et article 165 des modalités d'exécution);

— le principe de non-rétroactivité: les dépenses éligibles à un financement ne peuvent être exposées qu'après la signature de la convention. Dans des cas exceptionnels, la prise en considération de dépenses exposées au plus tôt à compter de la date de dépôt de la demande de subvention peut être admise (article 112 du règlement financier);

— le principe de non-cumul: une seule subvention peut être octroyée à un bénéficiaire donné pour une conférence spécifique (article 111 du règlement financier) [1].

3. Les propositions d'actions seront évaluées sur la base de trois catégories de critères:

— les critères d'exclusion et d'éligibilité, visant à apprécier l'éligibilité du demandeur (article 114 du règlement financier);

— les critères de sélection, permettant d'évaluer la capacité financière et opérationnelle du demandeur à mener à son terme l'action proposée (article 115 du règlement financier);

— les critères d'attribution, visant à apprécier la qualité de la proposition, compte tenu de son coût.

Ces catégories de critères seront examinées consécutivement durant la procédure d'évaluation. Une proposition ne répondant pas aux exigences de l'une de ces catégories de critères ne sera pas prise en considération lors de l'étape suivante d'évaluation et sera écartée.

2. CRITÈRES D'EXCLUSION ET D'ÉLIGIBILITÉ

1. Sont exclus de la participation aux procédures d'attribution de subventions du programme de santé les demandeurs qui sont dans l'une des situations d'exclusion visées à l'article 93, paragraphe 1, et à l'article 94 du règlement financier.

Moyen de preuve: le demandeur doit fournir une attestation sur l'honneur, dûment signée et datée, mentionnant qu'il ne se trouve dans aucune des situations visées ci-dessus.

2. Les propositions incomplètes, reçues hors délai ou qui ne répondent pas aux exigences formelles énoncées dans l'appel à propositions ne seront pas prises en considération en vue d'un éventuel financement. Cette disposition ne s'applique pas aux erreurs matérielles manifestes au sens de l'article 178, paragraphe 2, des modalités d'exécution.

3. Chaque proposition doit comprendre les documents requis dans l'appel à propositions, y compris:

— les données administratives relatives au partenaire principal;

— la description technique de la conférence;

— le budget global de la conférence et le niveau du cofinancement de l'Union demandé.

Moyen de preuve: le contenu de la proposition.

[1] Cela signifie que le cofinancement d'une action spécifique, présentée par un demandeur en vue d'obtenir une subvention, ne peut être admis par la Commission qu'une seule fois, quelle que soit la durée de l'action.

4. Sont exclues de la participation au programme de santé les actions qui ont déjà commencé à la date de l'enregistrement de la demande de subvention. La durée de l'action ne peut dépasser douze mois.

Moyen de preuve: la date prévue de démarrage de l'action et la durée de celle-ci doivent être précisées dans la demande de subvention.

3. CRITÈRES DE SÉLECTION

Seules les propositions répondant aux exigences des critères d'exclusion et d'éligibilité pourront être évaluées. Les critères de sélection ci-après doivent être remplis.

1. Capacité financière

Le demandeur doit disposer de sources de financement stables et suffisantes pour maintenir son activité pendant toute la période d'exécution de l'action et pouvoir participer à son financement.

Moyen de preuve: le demandeur doit présenter les comptes de gestion et les bilans des deux derniers exercices clos.

La vérification de la capacité financière ne s'applique ni aux organismes publics, ni aux organisations de droit international public créées par des accords intergouvernementaux, ni aux agences spécialisées créées par celles-ci.

2. Capacité opérationnelle

Le demandeur doit disposer des ressources, des compétences et des qualifications professionnelles requises pour mener à son terme l'action proposée.

Moyen de preuve: le demandeur doit fournir le dernier rapport d'activité annuel de l'organisation comprenant des informations détaillées d'ordre opérationnel, financier et technique, ainsi que le curriculum vitæ des membres du personnel concernés de toutes les organisations participant à l'action proposée.

3. Documents complémentaires à fournir à la demande de la Commission

À la demande de la Commission, le demandeur doit présenter un rapport d'audit externe, produit par un contrôleur des comptes agréé, certifiant les comptes du dernier exercice disponible et donnant une appréciation de la viabilité financière du demandeur.

4. CRITÈRES D'ATTRIBUTION

1. Contenu de la proposition (60 points; seuil éliminatoire: 30 points)

a) Pertinence du contenu et des résultats escomptés de la manifestation au regard des objectifs et des priorités décrits dans le programme de travail pour 2012.

b) Participation (15 points)

Le demandeur doit préciser le nombre attendu de participants à la manifestation ainsi que leur profil/fonction et indiquer la répartition par État membre, organisation et domaine de spécialité.

c) Dimension européenne (15 points)

La conférence doit revêtir une vaste dimension européenne et prévoir la participation de représentants d'au moins dix pays participant au programme de santé.

d) Suivi et méthode d'évaluation (15 points)

Le demandeur doit décrire clairement sa stratégie de diffusion. Il doit prévoir une évaluation adéquate, fondée sur un plan d'évaluation précisant la forme, la méthode, les responsabilités, le calendrier et les indicateurs.

2. Qualité de la gestion (40 points; seuil éliminatoire: 20 points)

a) Planification de la manifestation (15 points)

Le demandeur doit décrire clairement la méthode, les outils, le calendrier d'exécution, les étapes principales, les réalisations attendues, la nature et la répartition des tâches ainsi que les circuits financiers, et fournir une analyse des risques.

b) Capacité organisationnelle (10 points)

Le demandeur doit décrire clairement la structure de gestion, les compétences du personnel, la répartition des responsabilités et les modalités de communication interne, de prise de décision ainsi que de contrôle et de surveillance.

c) Budget global et détaillé (15 points)

Le demandeur doit veiller à ce que le budget soit pertinent, approprié, équilibré et cohérent, intrinsèquement et avec le ou les objectifs de la conférence.

Toute proposition qui n'atteint pas le seuil éliminatoire pour l'un des critères ci-dessus sera écartée.

À la suite de l'évaluation, les propositions pouvant prétendre à un financement seront classées par ordre décroissant en fonction de la note globale obtenue. Selon les disponibilités budgétaires, les propositions les mieux classées se verront attribuer un cofinancement.

ANNEXE VI

Critères relatifs à l'absence de conflit d'intérêts de nature industrielle, commerciale, professionnelle ou autre applicables aux subventions de fonctionnement et aux subventions d'actions conjointes au titre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

Décision nº 1350/2007/CE, article 4, paragraphe 1, point b), et article 4, paragraphe 3

Un conflit d'intérêts apparaît quand un individu ou une organisation est impliqué dans de multiples intérêts, dont l'un peut corrompre la motivation à agir sur les autres.

L'absence de conflit d'intérêts de nature industrielle, commerciale, professionnelle ou autre se mesure au regard des trois critères mentionnés ci-après, qui doivent tous être remplis par l'organisation demandeuse.

1. L'INDÉPENDANCE JURIDIQUE

Pour prétendre à un financement, une ONG doit être indépendante d'autres entités représentant des intérêts concurrents de nature industrielle, commerciale, professionnelle ou autre.

Deux personnes morales sont considérées comme indépendantes l'une de l'autre quand aucune des deux n'est sous le contrôle direct ou indirect de l'autre et quand elles ne sont pas sous le contrôle direct ou indirect d'une même entité tierce.

Ce contrôle peut prendre notamment l'une des formes suivantes:

a) la détention directe ou indirecte de plus de 50 % de la valeur nominale du capital social émis par une personne morale ou de la majorité des droits de vote des actionnaires ou des associés de cette personne morale;

b) la détention, directe ou indirecte, de fait ou de droit, des pouvoirs de décision au sein de la personne morale concernée.

Cependant, les relations ci-après entre personnes morales ne sont pas réputées constituer en soi une relation de contrôle:

c) plus de 50 % de la valeur nominale du capital social émis de l'organisation demandeuse ou la majorité des droits de vote des actionnaires ou des associés des personnes morales sont détenus directement ou indirectement par le même organisme public;

d) les personnes morales concernées sont la propriété ou sont placées sous la tutelle du même organisme public.

2. L'INDÉPENDANCE FINANCIÈRE

Pour être considérée comme indépendante, l'organisation demandeuse doit s'engager unilatéralement à ne pas percevoir plus de 20 % de son financement de base auprès d'organisations du secteur privé [1] entraînant un conflit d'intérêts ou auprès d'autres sources entraînant un conflit d'intérêts au cours des exercices financiers couverts par la subvention.

On entend par financement de base le financement requis pour la structure de base d'une organisation, notamment les salaires du personnel à temps plein, les locaux, les équipements, les moyens de communication et les dépenses directes liées au travail quotidien. Le financement de base désigne également le financement de toutes les activités permanentes ou régulières. Les besoins de financement de base sont souvent budgétisés séparément des autres coûts tels que les actions ou projets spécifiques.

3. TRANSPARENCE DES ACTIVITÉS ET DU FINANCEMENT DU DEMANDEUR

Toutes les activités du demandeur doivent figurer dans son rapport annuel [2].

Toutes les informations sur le financement doivent être publiées sur le site web du demandeur; les ressources doivent être ventilées par type (financement de base, financement de projets, contributions en nature) et par source.

Les déclarations du demandeur concernant ses exigences en matière de transparence doivent, lorsqu'il en existe, être accessibles au public.

4. ÉVALUATION DE L'INDÉPENDANCE

L'indépendance juridique et la transparence sont évaluées sur la base des dernières informations disponibles fournies par le demandeur en même temps que la demande. L'indépendance financière sera appréciée sur la base des informations financières concernant l'exercice financier pour lequel la subvention sera attribuée au moment du rapport final. Ces

[1] Le terme «secteur privé» désigne les compagnies/entreprises/sociétés, les organisations professionnelles ou toute autre entité «à but lucratif», indépendamment de leur statut juridique (enregistrées/non enregistrées), du régime de propriété (entièrement ou partiellement privées/publiques) et de leur taille (grandes/petites), dès lors qu'elles ne sont pas sous le contrôle des pouvoirs publics.

[2] Il convient d'établir une liste des collaborateurs susceptibles d'être en situation de conflit d'intérêts (article 52 du règlement financier et article 34 des modalités d'exécution).

informations doivent être présentées conformément au formulaire publié avec l'appel à propositions et doivent être certifiées par un contrôleur des comptes indépendant. Si les comptes indiquent que, au cours d'un des exercices financiers couverts par la subvention, les bénéficiaires ont perçu plus de 20 % de leur financement de base auprès d'organisations du secteur privé ou d'autres sources entraînant un conflit d'intérêts, l'intégralité de la subvention est récupérée.

ANNEXE VII

Critères d'utilité exceptionnelle applicables aux subventions de projets, aux subventions de fonctionnement et aux actions conjointes au titre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

Décision nº 1350/2007/CE, article 4, paragraphe 1, points a) et b) et article 4, paragraphe 3

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Seront considérées comme présentant une utilité exceptionnelle les propositions qui apportent une forte valeur ajoutée au niveau européen sous l'une des formes suivantes.

Les contributions considérées comme pertinentes sont les contributions:

— à l'amélioration de la santé des citoyens européens, mesurée, si possible, par des indicateurs appropriés, dont celui du nombre d'années de vie en bonne santé,

— à la réduction des inégalités en matière de santé entre et dans les États membres et les régions de l'Union;

— au renforcement des capacités d'élaboration et d'application de politiques de santé publique efficaces, notamment dans les domaines où les besoins sont les plus sensibles;

— à l'engagement de nouveaux acteurs (non traditionnels) en faveur de la santé dans le cadre d'actions durables et conformes à l'éthique, tant au niveau régional ou local qu'entre les pays participants. Il peut s'agir d'organismes du secteur public ou privé et de parties prenantes de la société civile en général, dont les objectifs premiers ne se limitent pas à la santé publique (par exemple, dans les domaines de la jeunesse, des groupes ethniques et d'autres domaines d'intérêt public comme l'environnement et le sport).

Les propositions qui remplissent les critères ci-dessus peuvent être considérées comme présentant une utilité exceptionnelle. Le demandeur doit pouvoir démontrer en quoi l'action proposée répond aux objectifs ci-dessus en remplissant les critères énoncés ci-après.

2. UTILITÉ EXCEPTIONNELLE DES PROJETS

Un concours maximal de l'Union égal à 80 % des coûts éligibles par bénéficiaire (c'est-à-dire par bénéficiaire principal et par bénéficiaire associé) peut être envisagé lorsqu'une proposition présente une utilité exceptionnelle, au sens des principes généraux énoncés ci-dessus. Les projets bénéficiant d'un cofinancement de l'Union supérieur à 60 % ne peuvent représenter plus de 10 % du nombre des projets financés. Les propositions de projets pour lesquelles un taux de cofinancement de plus de 60 % est sollicité doivent satisfaire aux critères suivants:

— 60 % au moins du budget total de l'action sont destinés à la rémunération du personnel. Ce critère vise à favoriser le renforcement des capacités d'élaboration et d'application de politiques de santé publique efficaces;

— 25 % au moins du budget de l'action proposée sont destinés à des États membres dont le PIB par habitant se situe dans le quartile inférieur de tous les États membres de l'Union (selon le dernier rapport statistique d'Eurostat). Ce critère vise à contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé entre les États membres;

— la proposition obtient une note d'au moins 5 sur 8 pour chacun des critères d'attribution de la partie «Pertinence stratégique», figurant à l'annexe II. Le critère de la pertinence stratégique vise à encourager l'amélioration de la santé des citoyens européens;

— 10 % au moins du budget sont destinés à des organisations n'ayant reçu aucun fonds au titre des premier et deuxième programmes de santé au cours des cinq dernières années. Ce critère vise à favoriser l'engagement de nouveaux acteurs en faveur de la santé.

3. UTILITÉ EXCEPTIONNELLE POUR LES SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT

Un concours maximal de l'Union égal à 80 % des coûts éligibles peut être envisagé lorsqu'une proposition en vue de l'obtention d'une nouvelle subvention de fonctionnement présente une utilité exceptionnelle, au sens des principes généraux énoncés ci-dessus. Les propositions en vue de l'obtention de nouvelles subventions de fonctionnement pour lesquelles un taux de cofinancement de plus de 60 % est sollicité doivent satisfaire aux critères suivants:

— 25 % au moins des membres ou des membres candidats des organismes non gouvernementaux ou des organismes qui forment le réseau spécialisé sont issus d'États membres dont le PIB par habitant se situe dans le quartile inférieur de tous les États membres de l'Union européenne (selon le dernier rapport statistique d'Eurostat);

— la réduction des inégalités en matière de santé au niveau de l'Union, au niveau national ou au niveau régional fait partie intégrante de la mission et du programme de travail annuel de l'organisme/du réseau spécialisé demandeur.

Pour les subventions de fonctionnement faisant l'objet d'un renouvellement, les propositions conserveront le même statut à l'égard de l'utilité exceptionnelle qu'à l'issue de l'appel à propositions de 2011 à condition que la situation du bénéficiaire au regard des deux critères ci-dessus n'ait pas changé.

4. UTILITÉ EXCEPTIONNELLE DES ACTIONS CONJOINTES

Un concours maximal de l'Union égal à 70 % des coûts éligibles peut être envisagé lorsqu'une proposition d'action conjointe présente une utilité exceptionnelle, au sens des principes généraux énoncés ci-dessus. Les propositions d'actions conjointes pour lesquelles un taux de cofinancement de plus de 50 % est sollicité doivent satisfaire aux critères suivants:

— 60 % au moins du budget total de l'action sont destinés à la rémunération du personnel. Ce critère vise à favoriser le renforcement des capacités d'élaboration et d'application de politiques de santé publique efficaces;

— 25 % au moins du budget de l'action proposée sont destinés à des États membres dont le PIB par habitant se situe dans le quartile inférieur de tous les États membres de l'Union (selon le dernier rapport statistique d'Eurostat). Ce critère vise à contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé entre les États membres;

— la proposition obtient une note d'au moins 5 sur 8 pour chacun des critères d'attribution de la partie «Pertinence stratégique», figurant à l'annexe IV. Le critère de la pertinence stratégique vise à encourager l'amélioration de la santé des citoyens européens;

— 10 % au moins du budget sont destinés à des organisations n'ayant reçu aucun fonds au titre des premier et deuxième programmes de santé au cours des cinq dernières années. Ce critère vise à favoriser l'engagement de nouveaux acteurs en faveur de la santé;

— l'action conjointe fait intervenir des organismes d'au moins dix pays participants, ou de trois pays participants lorsque l'action est proposée par un organisme d'un État membre ayant adhéré à l'Union européenne depuis le 1er mai 2004 ou par un pays candidat.

Note concernant le code de bonnes pratiques en matière d'étiquetage pour les aliments pour animaux familiers

(2011/C 358/07)

Conformément à l'article 26 du règlement (CE) n° 767/2009 du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 concernant la mise sur le marché et l'utilisation des aliments pour animaux, modifiant le règlement (CE) n° 1831/2003 du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive 79/373/CEE du Conseil, la directive 80/511/CEE de la Commission, les directives 82/471/CEE, 83/228/CEE, 93/74/CEE, 93/113/CE et 96/25/CE du Conseil, ainsi que la décision 2004/217/CE de la Commission:

Titre: CODE OF GOOD LABELLING PRACTICE FOR PET FOOD (CODE DE BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE D'ÉTIQUETAGE POUR LES ALIMENTS POUR ANIMAUX FAMILIERS), version d'octobre 2011
Auteur: F.E.D.I.A.F. — Fédération européenne de l'industrie des aliments pour animaux familiers, European Pet Food Industry Federation: http://www.fediaf.org
Référence: http://ec.europa.eu/food/food/animalnutrition/labelling/index_en.htm

V

(Avis)

PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

COMMISSION EUROPÉENNE

Appel à candidatures 2012

Deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

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

(2011/C 358/08)

Un appel à candidatures «Santé 2012» est publié aujourd'hui dans le cadre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) ([1]).

Cet appel de candidatures comporte les volets suivants:

— un appel à propositions pour l'octroi d'une contribution financière à des actions spécifiques sous forme de projets;

— un appel à propositions pour l'octroi d'une contribution financière à des actions spécifiques sous forme de conférences;

— un appel à propositions pour l'octroi d'une contribution financière au fonctionnement d'organismes non gouvernementaux et de réseaux spécialisés (subventions de fonctionnement);

— une invitation adressée aux États membres et aux pays participants à présenter des actions conjointes.

Le délai de présentation des propositions pour chaque appel est le **9 mars 2012**.

La décision de la Commission du 1er décembre 2011 relative à l'adoption du plan de travail 2012 pour la mise en œuvre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013), ainsi que des informations utiles portant sur la sélection, l'attribution et d'autres critères concernant les contributions financières aux actions de ce programme ([2]) sont disponibles sur le site internet de l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs à l'adresse suivante:

http://ec.europa.eu/eahc

([1]) Décision nº 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007, établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013), (JO L 301 du 20.11.2007, p. 3).
([2]) Voir page 8 du présent Journal officiel.

Prix d'abonnement 2011 (hors TVA, frais de port pour expédition normale inclus)

Journal officiel de l'UE, séries L + C, édition papier uniquement	22 langues officielles de l'UE	1 100 EUR par an
Journal officiel de l'UE, séries L + C, papier + DVD annuel	22 langues officielles de l'UE	1 200 EUR par an
Journal officiel de l'UE, série L, édition papier uniquement	22 langues officielles de l'UE	770 EUR par an
Journal officiel de l'UE, séries L + C, DVD mensuel (cumulatif)	22 langues officielles de l'UE	400 EUR par an
Supplément au Journal officiel (série S — Marchés publics et adjudications), DVD, une édition par semaine	Multilingue: 23 langues officielles de l'UE	300 EUR par an
Journal officiel de l'UE, série C — Concours	Langues selon concours	50 EUR par an

L'abonnement au *Journal officiel de l'Union européenne,* qui paraît dans les langues officielles de l'Union européenne, est disponible dans 22 versions linguistiques. Il comprend les séries L (Législation) et C (Communications et informations).

Chaque version linguistique fait l'objet d'un abonnement séparé.

Conformément au règlement (CE) nº 920/2005 du Conseil, publié au Journal officiel L 156 du 18 juin 2005, stipulant que les institutions de l'Union européenne ne sont temporairement pas liées par l'obligation de rédiger tous les actes en irlandais et de les publier dans cette langue, les Journaux officiels publiés en langue irlandaise sont commercialisés à part.

L'abonnement au Supplément au Journal officiel (série S — Marchés publics et adjudications) regroupe la totalité des 23 versions linguistiques officielles en un DVD multilingue unique.

Sur simple demande, l'abonnement au *Journal officiel de l'Union européenne* donne droit à la réception des diverses annexes du Journal officiel. Les abonnés sont avertis de la parution des annexes grâce à un «Avis au lecteur» inséré dans le *Journal officiel de l'Union européenne*.

Ventes et abonnements

Les abonnements aux diverses publications payantes, comme l'abonnement au *Journal officiel de l'Union européenne*, sont disponibles auprès de nos bureaux de vente. La liste des bureaux de vente est disponible à l'adresse suivante:

http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm

EUR-Lex (http://eur-lex.europa.eu) offre un accès direct et gratuit au droit de l'Union européenne. Ce site permet de consulter le *Journal officiel de l'Union européenne* et inclut également les traités, la législation, la jurisprudence et les actes préparatoires de la législation.

Pour en savoir plus sur l'Union européenne, consultez: http://europa.eu

Office des publications de l'Union européenne
2985 Luxembourg
LUXEMBOURG

FR