



CONSEIL DE  
L'UNION EUROPÉENNE



9658/06 (Presse 148)

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

2733ème session du Conseil

### Emploi, politique sociale, santé et consommateurs

Luxembourg, les 1er et 2 juin 2006

Président

**Mme Ursula HAUBNER**

Ministre fédéral de la sécurité sociale, des questions propres aux différentes générations et de la protection des consommateurs

**M. Martin BARTENSTEIN**

Ministre fédéral de l'économie et du travail et

**Mme Maria RAUCH-KALLAT**

Ministre fédéral de la santé et de la condition féminine de l'Autriche

# P R E S S E

Rue de la Loi, 175 B - 1048 BRUXELLES Tél.: +32 (0)2 281 8716 / 6319 Fax: +32 (0)2 281 8026  
[press.office@consilium.europa.eu](mailto:press.office@consilium.europa.eu) <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>

9658/06 (Presse 148)

1  
FR

## **Principaux résultats du Conseil**

*Le Conseil a adopté à la majorité qualifiée et en première lecture une directive concernant les additifs alimentaires.*

*Le Conseil est parvenu à un accord politique sur:*

- un projet de règlement portant création d'un **Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes**;*
- un projet de décision relative aux **lignes directrices pour les politiques de l'emploi des États membres pour 2006**;*
- un projet de décision établissant un **programme communautaire pour l'emploi et la solidarité sociale**.*

## SOMMAIRE<sup>1</sup>

<b>PARTICIPANTS.....</b>	<b>5</b>
 <b>POINTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN DÉBAT</b>	
<b>EMPLOI ET POLITIQUE SOCIALE .....</b>	<b>8</b>
– Stratégie européenne de développement durable – inclusion sociale.....	8
– Services sociaux d'intérêt général.....	10
– Sécurité sociale .....	11
– Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes .....	12
– Programme d'action de Pékin – conclusions du Conseil.....	13
– Flexicurité.....	17
– Portabilité des droits à pension complémentaire .....	18
– Programme pour l'emploi et la solidarité sociale – PROGRESS .....	19
– Lignes directrices pour les politiques de l'emploi des États membres.....	21
– Temps de travail .....	22

<sup>1</sup>

- Lorsque des déclarations, des conclusions ou des résolutions ont été formellement adoptées par le Conseil, cela est indiqué dans le titre du point concerné et le texte figure entre guillemets.
- Les documents dont la référence est mentionnée sont accessibles sur le site internet du Conseil <http://www.consilium.europa.eu>.
- Les actes adoptés comportant des déclarations au procès-verbal accessibles au public sont signalés par un astérisque; ces déclarations sont accessibles sur le site internet du Conseil mentionné ci-dessus ou peuvent être obtenues auprès du Service de presse.

SANTÉ .....	23
– Additifs alimentaires .....	23
– Santé des femmes - Conclusions du Conseil.....	24
– Modes de vie sains - Prévention du diabète de type 2 - Conclusions du Conseil .....	28
– Valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'UE – Conclusions du Conseil .....	33
– Stratégie de l'UE en faveur du développement durable .....	38
– Préparation et planification en cas de grippe pandémique .....	40
– Lutte contre le VIH/sida.....	41
– Médicaments de thérapie innovante.....	42
– Dispositifs médicaux.....	43
DIVERS .....	44

## **AUTRES POINTS APPROUVÉS**

### *PÊCHE*

– Merlan bleu et hareng.....	46
------------------------------	----

## **PARTICIPANTS**

Les gouvernements des États membres et la Commission européenne étaient représentés comme suit:

### **Belgique :**

M. Peter VANVELTHOVEN  
M. Rudy DEMOTTE

Ministre de l'emploi  
Ministre des affaires sociales et de la santé publique

### **République tchèque :**

M. Čestmír SAJDA

Vice-ministre du travail et des affaires sociales chargé de l'Union européenne et des relations internationales

### **Danemark :**

M. Claus Hjort FREDERIKSEN  
Mme Eva Kjer HANSEN

Ministre de l'emploi  
Ministre des affaires sociales et de l'égalité des chances

### **Allemagne :**

Mme Gerd ANDRES

Secrétaire d'État parlementaire auprès du ministre fédéral de l'économie et du travail

Mme Marion CASPERS-MERK

Secrétaire d'État parlementaire auprès du ministre fédéral de la santé

### **Estonie :**

M. Jaak AAB

Ministre des affaires sociales

### **Grèce :**

M. Savvas TSITOURIDIS  
M. Georgios KONSTANTOPOULOS

Ministre de l'emploi et de la protection sociale  
Secrétaire d'État à la santé et à la solidarité sociale

### **Espagne :**

M. Jesús CALDERA SÁNCHEZ-CAPITÁN

Ministre du travail et des affaires sociales

### **France :**

M. Gérard LARCHER

Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes

M. Xavier BERTRAND

Ministre de la santé et des solidarités

### **Irlande :**

M. Séamus BRENNAN

Ministre des affaires sociales et des questions relatives à la famille

M. Tony KILLEEN

Ministre adjoint ("Minister of State") au ministère de l'entreprise, du commerce et de l'emploi, chargé des questions d'emploi, y compris la formation

M. Sean POWER

Ministre adjoint ("Minister of State") au ministère de la santé et de l'enfance, chargé de la promotion de la santé et des questions connexes

### **Italie :**

M. Cesare DAMIANO  
Mme Franca DONAGGIO  
Mme Livia TURCO

Ministre du travail et des politiques sociales  
Secrétaire d'État à la solidarité sociale  
Ministre de la santé

### **Chypre :**

M. Christos TALIADOROS  
M. Andreas GAVRIELIDES

Ministre du travail et de la sécurité sociale  
Ministre de la santé

### **Lettonie :**

Mme Dagnija STAŽE  
M. Gundars BĒRZIŅŠ

Ministre des affaires sociales  
Ministre de la santé

### **Lituanie :**

M. Rimantas KAIRELIS

Secrétaire d'État au ministère de la sécurité sociale et du travail

M. Žilvinas PADAIGA

Ministre de la santé

**Luxembourg :**

Mme Marie-Josée JACOBS

M. François BILTGEN

M. Mars DI BARTOLOMEO

Ministre de la famille et de l'intégration, ministre de l'égalité des chances  
 Ministre du travail et de l'emploi, ministre de la culture, de l'enseignement supérieur et de la recherche, ministre des cultes  
 Ministre de la santé et de la sécurité sociale

**Hongrie :**

M. Gábor CSIZMÁR

M. Gábor KAPÓCS

Ministre de la politique de l'emploi et du travail  
 Sous-secrétaire d'État, ministère de la santé

**Malte :**

M. Louis GALEA

M. Louis DEGUARA

Ministre de l'éducation, de la jeunesse et de l'emploi  
 Ministre de la santé, des personnes âgées et des soins de proximité

**Pays-Bas :**

M. Aart Jan de GEUS

M. Johannes Franciscus HOOGERVORST

Ministre des affaires sociales et de l'emploi  
 Ministre de la santé, du bien-être et des sports

**Autriche :**

M. Martin BARTENSTEIN

Mme Ursula HAUBNER

Mme Maria RAUCH-KALLAT

Ministre fédéral de l'économie et du travail  
 Ministre fédéral de la sécurité sociale, des questions propres aux différentes générations et de la protection des consommateurs  
 Ministre fédéral de la santé et de la condition féminine

**Pologne :**

Mme Anna KALATA

M. Jaroslaw PINKAS

Ministre du travail et de la politique sociale  
 Sous-secrétaire d'État au ministère de la santé

**Portugal :**

M. José VIEIRA DA SILVA

M. António CORREIA DE CAMPOS

Ministre du travail et de la solidarité sociale  
 Ministre de la santé

**Slovénie :**

M. Janez DROBNIČ

M. Andrej BRUČAN

Ministre du travail, de la famille et des affaires sociales  
 Ministre de la santé

**Slovaquie :**

M. Miroslav BEBLAVÝ

M. Rudolf ZAJAC

Secrétaire d'État du ministère du travail, des affaires sociales et de la famille  
 Ministre de la santé

**Finlande :**

Mme Tarja FILATOV

Mme Tuula HAATAINEN

Mme Liisa HYSSÄLÄ

Ministre du travail  
 Ministre des affaires sociales et de la santé  
 Ministre de la santé et des services sociaux

**Suède :**

M. Hans KARLSSON

M. Morgan JOHANSSON

Ministre au ministère de l'industrie, de l'emploi et des communications, chargé des questions relatives à la vie professionnelle  
 Ministre au ministère des affaires sociales, chargé de la santé publique et des services sociaux

**Royaume-Uni :**

M. Alister DARLING

Mme Anne McGUIRE

Mme Rosie WINTERTON

Ministre du commerce et de l'industrie  
 Secrétaire d'État chargé des personnes handicapées  
 Ministre adjoint chargé des services de santé

**Commission :**

M. Vladimír ŠPIDLA

M. Markos KYPRIANOU

Membre  
 Membre

**Autres participants:**

M. Tom MULHERIN  
M. Maarten CAMPS

Président du Comité de la protection sociale  
Président du Comité de l'emploi

.....

Les gouvernements des pays en voie d'adhésion étaient représentés comme suit:

**Bulgarie :**

Mme Emilia MASLAROVA  
M. Valeri TZEKOV

Ministre du travail et des affaires sociales  
Vice-ministre de la santé

**Roumanie :**

M. Gheorghe BARBU  
M. Anton Vlad ILIESCU

Ministre du travail, de la solidarité sociale et de la famille  
Secrétaire d'État, ministère de la santé

## POINTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN DÉBAT

### EMPLOI ET POLITIQUE SOCIALE

#### – *Stratégie européenne de développement durable – inclusion sociale*

Le Conseil a tenu un débat d'orientation approfondi (*débat public*) et a approuvé un avis conjoint du Comité de l'emploi et du Comité de la protection sociale (doc. 9330/06) sur l'examen de la stratégie de développement durable de l'UE (SDD).

Une importance particulière a été accordée à la question de la réduction de la pauvreté (en particulier pour les enfants et les personnes âgées) et du renforcement de la cohésion sociale. Les questions ci-après ont fait l'objet d'une attention particulière:

- un accroissement important de l'emploi, l'amélioration de la qualité et de la productivité du travail, ainsi qu'un renforcement de la cohésion sociale doivent demeurer des éléments essentiels de la SDD;
- la dimension sociale de la SDD doit être renforcée en assurant une coopération étroite avec les processus existants, dans le cadre de méthode ouverte de coordination dans le domaine de la protection sociale et de l'inclusion sociale, et de la stratégie de Lisbonne révisée;
- les États membres devraient poursuivre la transition vers des politiques actives et préventives, en particulier compte tenu des défis posés par la mondialisation et l'évolution démographique;
- il est essentiel de promouvoir la bonne gestion des affaires publiques. À cet égard, la participation des personnes directement touchées par la pauvreté est importante et il conviendrait de s'inspirer des rencontres européennes des personnes en situation de pauvreté qui ont lieu annuellement;
- il est nécessaire de mieux hiérarchiser les objectifs et les actions clés ainsi que les différents instruments proposés dans le paquet relatif à l'examen de la SDD; à cet égard, les indicateurs jouent un rôle particulièrement important;
- le Conseil EPSCO a un rôle à jouer pour obtenir des résultats visibles et réaliser des progrès mesurables dans la mise en œuvre de la SDD de l'UE, en particulier par le renforcement des synergies entre les différentes politiques et les différents processus, y compris la stratégie de Lisbonne;
- une SDD ambitieuse devrait contribuer à accroître la cohérence entre les politiques internes de l'UE et ses engagements internationaux. Dans le domaine social, il conviendrait de déployer des efforts particuliers pour promouvoir le travail décent.

En résumant le débat, le président a noté que les délégations estimaient qu'un nouveau processus n'était pas nécessaire dans ce domaine puisque la méthode ouverte de coordination (en particulier l'échange de bonnes pratiques et le recours à des indicateurs pour suivre les évolutions) fournissait un cadre approprié pour intégrer l'inclusion sociale à la SDD dont elle constituera un élément essentiel.

Il est rappelé que, en juin 2005, le Conseil européen a adopté une déclaration sur les principes directeurs du développement durable reposant sur quatre objectifs, à savoir *la protection de l'environnement, l'équité sociale et la cohésion, la prospérité économique et la nécessité d'assumer nos responsabilités internationales*<sup>1</sup>.

En décembre 2005, le Conseil européen a pris note de la présentation par la Commission de sa communication relative au renouvellement de la stratégie de développement durable pour les cinq prochaines années (*doc. 15796/05*) et s'est réjoui "*à la perspective d'adopter en juin 2006 une stratégie globale ambitieuse comportant des objectifs, des indicateurs et une procédure de suivi effective. Cette stratégie devrait englober la dimension interne et la dimension externe et être fondée sur une véritable vision à long terme, réunissant les priorités et objectifs de la Communauté en matière de développement durable dans une stratégie claire et cohérente, qui puisse être communiquée aux citoyens de manière simple et efficace.*"<sup>2</sup>

La présidence consulte actuellement toutes les formations du Conseil concernées en vue de l'adoption par le Conseil européen en juin 2006 de la SDD de l'UE renouvelée.

---

<sup>1</sup> Doc. 10255/05.

<sup>2</sup> Point 13 des conclusions du Conseil européen de décembre 2005 (*doc. 15914/1/05*).

– *Services sociaux d'intérêt général*

Le Conseil a reçu de la Commission des informations concernant sa communication intitulée: *Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne – Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne (doc. 9038/06)*. Le président du Comité de la protection sociale a présenté oralement les premières observations du comité concernant cette communication.

L'objectif de cette communication est de cerner les caractéristiques spécifiques des services sociaux d'intérêt général et de préciser dans quelle mesure la réglementation européenne relative aux aides d'État, au marché intérieur et aux marchés publics doit s'appliquer à ces services. Elle doit être envisagée dans le contexte du débat général sur le projet de directive sur les services, du champ d'application de laquelle certains services sociaux sont exclus.

La communication présente une liste non exhaustive de caractéristiques illustrant les spécificités des services sociaux d'intérêt général. Outre les critères traditionnels (universalité, transparence, continuité, accessibilité, etc.), ces caractéristiques se réfèrent aux conditions et modalités d'organisation propres à ces services.

Cette communication servira de point de départ à une consultation que mènera la Commission auprès des États membres, des prestataires de services et des utilisateurs.

– *Sécurité sociale*

## Règlement d'application

Dans l'attente de l'avis en première lecture du Parlement européen, le Conseil a dégagé une orientation générale partielle<sup>1</sup> sur un projet de règlement relatif à l'application du règlement (CE) n° 883/2004<sup>2</sup> sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (*doc. 9584/06 + ADD 1*).

Le règlement (CE) n° 883/2004 a constitué la première étape d'un processus destiné à moderniser et à simplifier la réglementation européenne sur la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale, qui vise à permettre aux citoyens de l'UE de circuler librement en Europe, tout en conservant leurs droits aux prestations de sécurité sociale (prestations de santé, pensions, allocations chômage, etc.). Ce processus doit être complété par l'adoption d'un règlement d'application<sup>3</sup>, qui doit remplacer le règlement (CEE) n° 574/72 et pour lequel une proposition est actuellement à l'examen.

Base juridique proposée: articles 42 et 308 du traité – unanimité requise pour une décision du Conseil; codécision avec le Parlement européen.

*Annexe XI*

Dans l'attente de l'avis en première lecture du Parlement européen, le Conseil a dégagé une orientation générale partielle<sup>4</sup> sur un projet de règlement modifiant le règlement (CE) n° 883/2004 concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale, et déterminant le contenu de l'annexe XI (*doc. 9613/06*).

Le règlement proposé prévoit des dispositions concernant certaines spécificités de la législation des différents États membres qui constitueront le contenu de l'annexe XI du règlement (CE) n° 883/2004<sup>5</sup>.

Base juridique proposée: articles 42 et 308 du traité – unanimité requise pour une décision du Conseil; codécision avec le Parlement européen.

---

<sup>1</sup> Couvrant les titres I et II de la proposition de la Commission. L'examen de la proposition se poursuivra sous les prochaines présidences.

<sup>2</sup> Règlement du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, JO L 166 du 30.4.2004, corrigendum paru au JO L 200 du 7.6.2004.

<sup>3</sup> Cf. article 89 du règlement (CE) n° 883/2004.

<sup>4</sup> Couvrant les parties de la proposition qui correspondent aux titres I et II du règlement d'application proposé. L'examen de la proposition se poursuivra sous les prochaines présidences.

<sup>5</sup> Cf. article 83 du règlement (CE) n° 883/2004.

– *Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes*

Le Conseil est parvenu à un accord politique à l'unanimité<sup>1</sup> sur un projet de règlement portant création d'un Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes. Toutefois, la Commission n'a pas été en mesure d'approuver le conseil d'administration représentatif adopté par le Conseil, sa préférence allant à un conseil d'administration de taille réduite, tel que le prévoyait sa proposition modifiée<sup>2</sup>.

Le projet de règlement vise à créer un institut européen pour apporter un soutien technique aux institutions communautaires et aux États membres, en particulier en ce qui concerne la collecte, l'analyse et la diffusion de données et de statistiques comparables ainsi que l'élaboration d'outils méthodologiques permettant d'intégrer les politiques d'égalité entre les hommes et les femmes, ainsi que pour mieux sensibiliser les citoyens de l'Union européenne à cette question.

Une enveloppe globale de 52,5 millions d'euros pour la période 2007-2013 est prévue dans la fiche financière de la Commission pour couvrir les dépenses de l'institut.

Base juridique proposée: article 13, paragraphe 2, et article 141, paragraphe 3, du traité – procédure de codécision avec le Parlement européen est applicable et majorité qualifiée requise pour une décision du Conseil. Le Parlement européen a rendu son avis le 14 mars 2006 (*doc. 5133/06*). Un bon nombre des amendements proposés a été intégré au texte présenté au Conseil.

Le texte qui a fait l'objet de l'accord sera adopté sous forme de position commune lors d'une prochaine session du Conseil et il sera transmis au Parlement européen en vue de la deuxième lecture.

---

<sup>1</sup> La Pologne s'est abstenue, étant donné que la procédure nationale de consultation de son Parlement était encore en cours.

<sup>2</sup> Doc. 9195/06.

– *Programme d'action de Pékin – conclusions du Conseil*

Le Conseil a adopté les conclusions ci-après concernant le bilan de la mise en œuvre par les États membres et les institutions de l'UE du programme d'action de Pékin<sup>1</sup>:

"LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE,

considérant ce qui suit:

1. L'égalité entre les femmes et les hommes constitue un principe fondamental de l'Union européenne, qui est consigné dans le traité CE, et compte parmi les objectifs et les missions de la Communauté, et l'intégration du principe de l'égalité entre les hommes et les femmes dans l'ensemble de ses activités constitue une mission spécifique de la Communauté.
2. À la suite de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, organisée par les Nations unies à Pékin en 1995, le Conseil européen de Madrid (15 et 16 décembre 1995) a demandé un bilan annuel de la mise en œuvre dans les États membres du programme d'action de Pékin.
3. Le processus de suivi réalisé en 1996 et 1997 a montré qu'il fallait que l'Union européenne suive et évalue d'une manière plus méthodique et plus systématique la mise en œuvre du programme d'action de Pékin.
4. Le 2 décembre 1998, le Conseil est convenu que l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du programme d'action de Pékin comprendrait une proposition concernant un ensemble d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs et d'indices de référence.
5. Depuis 1999, des séries d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ont été élaborées par les présidences successives dans certains des douze domaines sensibles recensés dans le programme d'action de Pékin, et plus précisément: 1999 - les femmes et la prise de décisions politiques; 2000 - les femmes et l'économie (sur la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale); 2001 - les femmes et l'économie (sur l'égalité des rémunérations); 2002 - la violence à l'égard des femmes; 2003 - les femmes et les hommes dans le processus décisionnel économique; 2004 - le harcèlement sexuel sur le lieu de travail. Le Conseil a adopté chaque année des conclusions sur ces indicateurs.
6. Dans le cadre du bilan après 10 ans du programme d'action de Pékin, les ministres des États membres de l'UE chargés de l'égalité entre les femmes et les hommes, ont adopté, le 4 février 2005, une déclaration commune par laquelle ils réaffirment notamment leur soutien résolu et leur engagement en faveur d'une mise en œuvre pleine et effective de la déclaration et du programme d'action de Pékin.

---

<sup>1</sup> L'Allemagne s'abstenant.

7. Dans le droit fil du Conseil européen des 20 et 21 mars 2003, la Commission européenne établit, en collaboration avec les États membres de l'UE, un rapport annuel destiné au Conseil européen de printemps sur les progrès accomplis pour promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes et présente des orientations pour l'intégration de la dimension hommes-femmes dans les différentes politiques.
8. Le 29 juin 2000, le Conseil a décidé d'instituer un comité de la protection sociale (CPS) destiné à faire fonction de vecteur des échanges dans le cadre de la coopération entre la Commission européenne et les États membres de l'Union européenne concernant la modernisation et l'amélioration des systèmes de protection sociale. Le Comité a créé un sous-groupe "Indicateurs" chargé d'élaborer des indicateurs et des statistiques pour l'aider dans ses tâches. Le comité a notamment pour mandat d'examiner les problèmes qui se posent dans ce domaine afin de "garantir un niveau élevé et durable de protection de la santé".
9. Le 4 octobre 2004, le Conseil a approuvé l'avis du CPS concernant la communication de la Commission relative à l'application de la méthode ouverte de coordination aux soins de santé et aux soins de longue durée.
10. Le 23 septembre 2002, le Parlement européen et le Conseil ont adopté un "programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)", les objectifs généraux de ce programme étant d'améliorer l'information et les connaissances en matière de santé, de réagir rapidement face aux menaces pour la santé, de promouvoir la santé et de prévenir les maladies en prenant en compte les facteurs déterminants pour la santé à travers toutes les politiques et activités.
11. Dans le cadre du programme d'action de Pékin, la santé s'entend au sens où elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire comme un état de bien-être physique, mental et social complet, et non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. La présidence autrichienne de l'Union européenne a diffusé un rapport établissant les trois indicateurs ci-après concernant les femmes et la santé:
- années de vie en bonne santé
- L'indicateur "Années de vie en bonne santé" fait partie de la série principale des indicateurs structurels européens,
- accès aux soins de santé (demande non satisfaite)
- En 2002, le Conseil européen de Barcelone a reconnu trois principes fondamentaux pour la réforme des systèmes de soins de santé, l'un de ceux-ci étant la possibilité pour tous d'avoir accès aux soins de santé,

- maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont la plus importante cause de mortalité des femmes dans l'Union européenne.

Ces indicateurs devraient être ventilés par sexe.

1. RAPPELLE l'engagement pris par les États membres de garantir les droits des femmes à bénéficier du plus haut niveau de santé physique et mentale tout au long de leur cycle de vie, sur un pied d'égalité avec les hommes, et reconnaît que le fait de ne pas prendre en compte la dimension sexospécifique dans le domaine de la santé constitue un obstacle sur la voie de l'égalité entre les femmes et les hommes, comme le précise le programme d'action de Pékin;
2. RAPPELLE que, dans le cadre du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), le Conseil déclare que toutes les statistiques pertinentes devraient être analysées et ventilées par sexe;
3. RAPPELLE que les États membres se sont engagés à prendre des mesures et à mettre au point des indicateurs et statistiques appropriés afin de poursuivre la mise en œuvre du programme d'action de Pékin, et signale qu'en juin 2005 le Conseil a invité la Commission à intégrer, dans son rapport annuel au Conseil européen de printemps, l'évaluation des indicateurs pertinents élaborés aux fins du suivi de la mise en œuvre du programme d'action de Pékin;
4. SOULIGNE que la reconnaissance de la dimension de genre dans le domaine de la santé, telle qu'elle est mentionnée dans le document "Une feuille de route sur l'égalité entre les hommes et les femmes, 2006-2010" (COM(2006) 92 final), constitue un volet essentiel des politiques menées par l'UE dans le domaine de la santé;
5. PREND ACTE du rapport sur la santé des femmes présenté par la présidence autrichienne et des trois indicateurs proposés pour le futur suivi du programme d'action de Pékin en ce qui concerne le domaine sensible des femmes et de la santé;
6. RECONNAÎT
  - que les femmes ont généralement une espérance de vie sans handicap moins élevée;
  - que l'UE doit tenir compte d'une approche sexospécifique lorsqu'elle recensera les différents obstacles à l'accès et au recours aux soins de santé;
  - que la recherche sur les maladies cardiovasculaires s'est longtemps fondée exclusivement, sur des études à long terme menées sur les hommes, et que les conclusions qui s'en dégagent ne s'appliquent dès lors pas nécessairement aux femmes;

7. INVITE les prochaines présidences, en collaboration avec les États membres, ainsi qu'avec la Commission, à prendre les mesures qui s'imposent afin d'intégrer une dimension sexospécifique dans les politiques menées dans le domaine de la santé et dans la méthode ouverte de coordination relative aux soins de santé et aux soins de longue durée et à mettre l'accent, au sein du sous-groupe "Indicateurs", sur la dimension sexospécifique des indicateurs définis dans le domaine de la santé;
8. INVITE les États membres à continuer d'améliorer la collecte, la compilation, l'analyse et la diffusion de données actualisées, fiables et comparables, ventilées selon le sexe et l'âge, notamment en associant à cette tâche les instituts nationaux de statistiques et dans le cadre du programme statistique communautaire, de manière à permettre la production à intervalles réguliers et l'examen périodique de statistiques et de données médicales concernant les trois indicateurs proposés par la présidence autrichienne, ainsi que des informations statistiques sur d'autres indicateurs ayant trait aux thèmes du programme d'action de Pékin; INVITE ÉGALEMENT les États membres à rassembler des données différenciées par sexe et à poursuivre le développement d'indicateurs de santé ventilés par sexe au niveau de la Communauté;
9. S'ENGAGE à continuer de mettre l'accent sur les domaines sensibles recensés dans le programme d'action de Pékin et à passer périodiquement en revue les progrès réalisés et invite les prochaines présidences à réexaminer, en collaboration avec les États membres, les thèmes débattus antérieurement et à évaluer les progrès réalisés dans les domaines concernés en se fondant sur les indicateurs élaborés;
10. DEMANDE instamment à la Commission européenne et aux États membres de tenir compte des questions débattues dans le cadre du suivi du programme d'action de Pékin, pour lesquelles des indicateurs ont déjà été adoptés, le cas échéant, dans le cadre d'autres processus communautaires;
11. ENGAGE les gouvernements à:
  - définir les préalables de la bonne santé tant chez les femmes que chez les hommes, en tenant compte des aspects spécifiques à la santé des femmes afin de créer un environnement propice à la santé pour chaque sexe;
  - promouvoir la recherche sur l'égalité entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé;
12. INVITE la Commission et aux États membres, selon leurs compétences respectives, à intégrer aux politiques en matière de santé des considérations sur la santé dans sa dimension sexospécifique, qui soient plus spécialement axées sur les trois indicateurs (espérance de vie en bonne santé, accès aux soins de santé (demande non satisfaite), maladies cardiovasculaires) proposés par la présidence autrichienne."

Le Conseil a également pris acte du rapport de la présidence présentant trois indicateurs en vue du suivi du programme d'action de Pékin dans le domaine sensible "Les femmes et la santé".

– *Flexicurité*

Le Conseil a approuvé la Contribution conjointe du Comité de l'emploi et du Comité de la protection sociale sur la flexicurité (*doc. 9633/06*).

Le Conseil européen du printemps 2006 a invité les États membres à accorder une attention particulière à la "flexicurité" et à promouvoir la flexibilité, associée à la sécurité de l'emploi, ainsi qu'à réduire la segmentation du marché du travail<sup>1</sup>.

La contribution conjointe met en évidence quatre éléments pour établir un bon équilibre entre la flexibilité et la sécurité sur le marché du travail: des modalités contractuelles appropriées, des politiques actives du marché du travail, des systèmes crédibles d'éducation et de formation tout au long de la vie et des régimes modernes de sécurité sociale.

Elle reconnaît que ces questions devront être approfondies pour pouvoir prendre en compte la situation particulière de chaque État membre, en ce qui concerne notamment:

- les exemples concrets de solutions efficaces appliquées dans différents pays;
- la flexibilité interne sur les plans quantitatif et fonctionnel (par exemple dans l'organisation du travail) et différents aspects du droit du travail;
- les indicateurs de mesure de la flexicurité;
- les coûts et les avantages de la flexicurité pour différentes catégories d'individus sur le marché du travail, y compris pour les groupes marginalisés;
- les coûts et les avantages de la flexicurité pour les finances publiques et la société en général;
- la durabilité des engagements sociaux et financiers, en particulier dans un contexte économique défavorable;
- les différentes pistes envisageables pour promouvoir (accroître) la flexicurité en tenant compte des différences initiales entre les États membres.

Les comités prennent note de l'intention qu'a la Commission de publier un Livre vert sur le droit du travail, d'analyser la flexicurité dans le cadre du rapport annuel et d'adopter une communication sur une série de principes communs en 2007, ainsi que de l'intention qu'a la prochaine présidence finlandaise d'inscrire cette question à l'ordre du jour du sommet social tripartite qui se tiendra à l'automne 2006.

---

<sup>1</sup> Cf. *doc. 7775/06*.

– *Portabilité des droits à pension complémentaire*

Dans l'attente de l'avis en première lecture du Parlement européen, le Conseil a pris note d'un rapport sur l'état des travaux concernant l'examen de la proposition de directive relative à l'amélioration de la portabilité des droits à pension complémentaire (*doc. 9100/1/06*).

Compte tenu de l'importance croissante des régimes complémentaires de pension dans la couverture des risques vieillesse dans les États membres, la proposition de la Commission vise à faciliter la libre circulation des travailleurs entre États membres et leur mobilité à l'intérieur d'un même État membre, en éliminant toute disposition restrictive liée à ces régimes complémentaires de pension susceptible de limiter les chances qu'a un travailleur mobile d'acquérir suffisamment de droits à pension tout au long de sa vie active.

Ses principaux objectifs sont de:

- faciliter l'acquisition de droits à pension professionnelle;
- garantir une protection suffisante des droits dormants des travailleurs sortants;
- faciliter le transfert des droits à pension acquis;
- garantir que les travailleurs reçoivent les informations nécessaires en cas de mobilité professionnelle.

Base juridique proposée: articles 42 et 94 du traité – unanimité requise pour une décision du Conseil et procédure de codécision avec le Parlement européen.

– *Programme pour l'emploi et la solidarité sociale – PROGRESS*

À présent qu'un accord sur le cadre financier pour la période 2007-2013 est intervenu, le Conseil a dégagé un accord politique total<sup>1</sup> sur un projet de décision établissant un programme communautaire pour l'emploi et la solidarité sociale.

Ce programme a pour objectif d'apporter une aide financière à la mise en œuvre des objectifs de l'Union européenne dans le domaine de l'emploi et des affaires sociales et de contribuer ainsi à la réalisation de la stratégie de Lisbonne.

Il comporte cinq volets: emploi, protection sociale et inclusion, conditions de travail, lutte contre la discrimination et diversité, et égalité hommes-femmes.

En créant un instrument financier unique et rationalisé, la décision regroupera les quatre programmes d'action spécifiques qui existent actuellement, permettant la poursuite et le développement des activités lancées sur la base des actes suivants:

- décision du Conseil établissant un programme d'action communautaire de lutte contre la discrimination (2001-2006)<sup>2</sup>;
- décision du Conseil établissant un programme d'action communautaire concernant la stratégie communautaire en matière d'égalité entre les femmes et les hommes<sup>3</sup>;
- décision du Parlement européen et du Conseil établissant un programme d'action communautaire pour encourager la coopération entre les États membres visant à lutter contre l'exclusion sociale<sup>4</sup>;
- décision du Conseil relative aux mesures d'incitation communautaires dans le domaine de l'emploi<sup>5</sup>, et

---

<sup>1</sup> Lors de la session du Conseil EPSCO des 8 et 9 décembre 2005, le Conseil a dégagé un accord politique partiel sur la proposition.

<sup>2</sup> Décision 2000/750/CE du Conseil du 27 novembre 2000 (JO L 303 du 2.12.2000, p. 23).

<sup>3</sup> Décision 2001/51/CE du Conseil du 20 décembre 2000 (JO L 17 du 19.1.2001, p. 22).

<sup>4</sup> Décision 50/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 décembre 2001 (JO L 10 du 12.1.2002, p. 1).

<sup>5</sup> Décision 1145/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 10 juin 2002 (JO L 170 du 29.6.2002, p. 1).

- décision du Parlement européen et du Conseil établissant un programme d'action communautaire pour la promotion des organisations actives au niveau européen dans le domaine de l'égalité entre les femmes et les hommes,<sup>1</sup>

ainsi que des actions entreprises au niveau communautaire en ce qui concerne les conditions de travail.

Le budget prévu pour la durée du programme est de 658 millions d'euros aux prix de 2004.

Base juridique proposée: article 13, paragraphe 2, article 129 et article 137, paragraphe 2, point a), du traité – majorité qualifiée requise pour une décision du Conseil; la procédure de codécision avec le Parlement européen s'applique. Le Parlement européen a rendu son avis le 6 septembre (*doc. 11954/05*).

Le texte qui a fait l'objet de l'accord, sera adopté sous forme de position commune lors d'une prochaine session du Conseil et il sera transmis au Parlement européen en vue de la deuxième lecture.

---

<sup>1</sup> Décision 848/2004/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 (JO L 157 du 30.4.2004, p. 18, rectificatif paru au JO L 195 du 2.6.2004, p. 7).

– *Lignes directrices pour les politiques de l'emploi des États membres*

Le Conseil est parvenu à un accord politique sur un projet de décision relative aux lignes directrices pour les politiques de l'emploi des États membres (2006) (*doc. 9471/06*).

Comme le proposait la Commission, les lignes directrices adoptées l'an dernier (*doc. 10205/05*) restent inchangées.

Base juridique proposée: article 128, paragraphe 2, du traité - majorité qualifiée requise pour une décision du Conseil; consultation du Parlement européen, du Comité économique et social, du Comité de l'emploi et du Comité des régions.

Le texte qui a fait l'objet de l'accord sera soumis pour approbation au Conseil européen de juin 2006 et adopté formellement lors d'une prochaine session du Conseil.

– *Temps de travail*

À la suite du débat qu'il a tenu en décembre 2005, le Conseil a de nouveau mené des discussions longues et approfondies sur une proposition modifiée de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 2003/88/CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail<sup>1</sup>, sur la base de textes de compromis présentés par la présidence en ce qui concerne la question controversée de la non-participation.

Toutes les délégations et la Commission se sont félicitées de la détermination de la présidence à parvenir à un accord global compte tenu de la nécessité de trouver une solution commune aux défis résultant des arrêts Simap-Jaeger.

Néanmoins, malgré les progrès qui ont été réalisés pour recenser les éléments éventuels d'un accord et compte tenu des différences concernant les situations du marché du travail et des divergences de vues des États membres sur la nécessité éventuelle et les conditions du maintien de la non-participation, il n'a pas été possible de parvenir à un accord politique global au stade actuel.

La proposition modifiée de la Commission a un double objectif:

Premièrement, tenir compte de la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, notamment des arrêts dans les affaires SIMAP<sup>2</sup> et Jaeger<sup>3</sup>, concernant la qualification en tant que temps de travail des périodes de garde des médecins dans leur totalité, selon le régime de la présence physique dans l'établissement de santé.

Deuxièmement, réexaminer certaines des dispositions de la directive 2003/88/CE, concernant la faculté de ne pas appliquer la durée maximale hebdomadaire de travail (48 heures) si le travailleur donne son accord pour effectuer un tel travail (clause de non-participation).

Les principaux problèmes en suspens concernent la clause de non-participation ainsi que la question de savoir si la durée maximale hebdomadaire de travail est calculée par contrat ou par travailleur.

Base juridique proposée: Article 137, paragraphe 2, du traité – majorité qualifiée requise pour une décision du Conseil; la procédure de codécision avec le Parlement européen s'applique. Le Parlement européen a rendu son avis en première lecture le 11 mai 2005 (*doc. 8725/05*) et la Commission a présenté sa proposition modifiée le 31 mai 2005 (*doc. 9554/05*).

---

<sup>1</sup> JO L 299 du 18.11.2003, p. 9.

<sup>2</sup> Arrêt de la Cour du 3 octobre 2000 dans l'affaire C-303/98, Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP) contre Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana, Recueil de jurisprudence 2000, p. I-07963.

<sup>3</sup> Arrêt de la Cour du 9 septembre 2003 dans l'affaire C-151/02, demande adressée à la Cour par le Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein (Allemagne) dans le cadre du litige pendant devant cette juridiction entre le Landeshauptstadt Kiel et Norbert Jaeger, Recueil de jurisprudence 2003, p. I-08389.

**SANTÉ**– *Additifs alimentaires*

Le Conseil a adopté à la majorité qualifiée<sup>1</sup> et en première lecture<sup>2</sup> une directive modifiant la directive 95/2/CE concernant les additifs alimentaires autres que les colorants et les édulcorants et la directive 94/35/CE concernant les édulcorants destinés à être employés dans les denrées alimentaires (*PE-CONS 3663/05*).

La directive 95/2/CE concernant les additifs alimentaires autres que les colorants et les édulcorants établit une liste des additifs alimentaires autorisés, des denrées alimentaires dans lesquelles ils peuvent être employés et des conditions de leur emploi. Elle doit être adaptée aux récentes évolutions scientifiques et techniques.

Les modifications concernent:

- la révision des autorisations actuelles (nitrite et nitrate, aliments de sevrage, compléments alimentaires et aliments destinés à des fins médicales spéciales, p-hydroxybenzoates, gélifiants dans les produits de gelée en minibarquettes);
- l'autorisation de nouveaux additifs alimentaires (par exemple, l'érythritol, le 4-hexylrésorcinol, l'hémicellulose de soja, l'éthylcellulose, le pullulan, le BHQT);
- l'autorisation d'étendre l'usage d'additifs alimentaires autorisés (carbonate acide de sodium dans les fromages au lait acidifié, sorbates et benzoates dans les crustacés, dioxyde de silicium comme support, additifs dans des produits traditionnels).

La directive 94/35/CE concernant les édulcorants destinés à être employés dans les denrées alimentaires établit une liste des édulcorants autorisés, des denrées alimentaires dans lesquelles ils peuvent être employés et des conditions de leur emploi. Elle doit être adaptée aux récentes évolutions scientifiques et techniques.

Les modifications concernent l'autorisation d'un nouvel additif alimentaire (l'érythritol).

Base juridique proposée: article 95 du traité - majorité qualifiée requise pour une décision du Conseil; procédure de codécision avec le Parlement européen. Le Parlement européen a rendu son avis en première lecture le 26 octobre 2005 (*doc. 13689/05*).

---

<sup>1</sup> La Belgique, le Danemark et les Pays-Bas ont voté contre.

<sup>2</sup> Le Conseil a accepté tous les amendements proposés par le Parlement européen (*doc. 13689/05*).

– *Santé des femmes - Conclusions du Conseil*

Le Conseil a adopté les conclusions ci-après:

"LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE:

1. NOTE que les citoyens de l'Union européenne, dont plus de la moitié sont des femmes, attachent une grande importance à ce que les niveaux les plus élevés possibles soient atteints en matière de santé humaine et considèrent qu'il s'agit là d'une condition préalable essentielle pour une qualité de vie élevée;
2. RAPPELLE:
  - l'article 3, paragraphe 2, du traité CE et l'article 23 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui prévoient que l'égalité entre les hommes et les femmes doit être assurée dans tous les domaines d'action;
  - l'article 152 du traité CE, qui prévoit qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté et que l'action de la Communauté doit compléter les politiques nationales et porter sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine;
  - la résolution concernant le rapport<sup>1</sup> sur l'état de la santé des femmes dans la Communauté européenne<sup>2</sup> que le Conseil a adoptée le 4 décembre 1997;
  - la résolution sur le rapport de la Commission sur l'état de la santé des femmes dans la Communauté européenne<sup>3</sup> que le Parlement européen a adoptée le 9 mars 1997;
  - la résolution sur la modernisation de la protection sociale et le développement de soins de santé de qualité<sup>4</sup> que le Parlement européen a adoptée le 28 avril 2005 et dans laquelle il invite la Commission à présenter un nouveau rapport sur la situation sanitaire des femmes dans l'Union européenne;
3. RAPPELLE le rapport sur les progrès accomplis au sein de l'Union européenne dans la mise en œuvre du programme d'action de Pékin, élaboré en janvier 2005 par la présidence luxembourgeoise, qui soulignait que la santé des femmes demeurait un domaine prioritaire et insistait sur l'importance de la collecte de données pertinentes;

---

<sup>1</sup> Doc. 8537/97 - COM(97) 224 final.

<sup>2</sup> JO C 394 du 30.12.1997, p. 1.

<sup>3</sup> JO C 175 du 21.6.1999, p. 68.

<sup>4</sup> A6-0085/2005.

4. RAPPELLE le plan d'action stratégique pour la santé des femmes en Europe approuvé lors de la réunion de l'OMS qui a eu lieu à Copenhague du 5 au 7 février 2001;
5. EST CONSCIENT que les facteurs déterminants sur le plan social et de la santé, les manifestations cliniques, les approches thérapeutiques, l'efficacité et les effets secondaires des traitements des maladies et des troubles peuvent différer selon qu'il s'agit de femmes ou d'hommes;
6. SOULIGNE l'importance de sensibiliser non seulement le public mais aussi les professionnels de la santé au fait que l'appartenance à un sexe ou à un autre est un facteur déterminant essentiel pour la santé;
7. EST CONSCIENT de l'importance de traiter les inégalités qui peuvent exister au sein des États membres et entre eux, en s'intéressant aux facteurs déterminants pour la santé sur le plan social et économique;
8. ACCUEILLE AVEC SATISFACTION la communication de la Commission intitulée "Une feuille de route pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2006-2010)"<sup>1</sup> qui reconnaît la dimension hommes/femmes dans le domaine de la santé, notamment, et vise à renforcer l'intégration dans les politiques de santé des questions liées aux spécificités des sexes;
9. NOTE que le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)<sup>2</sup> a pour objet de protéger la santé humaine et d'améliorer la santé publique, contribuant ainsi à remédier aux inégalités dans le domaine de la santé;
10. SE FÉLICITE que la proposition de décision du Conseil relative au programme spécifique "Coopération" mettant en œuvre le 7<sup>e</sup> programme-cadre (2007-2013) de la Communauté européenne pour des activités de recherche, de développement technologique et de démonstration<sup>3</sup> s'efforce d'intégrer les aspects de la problématique hommes/femmes dans la recherche dans le domaine de la santé;
11. EST CONSCIENT que la recherche biomédicale et la recherche sur les facteurs déterminants d'ordre socio-économique doivent tenir compte des spécificités hommes/femmes;
12. CONSTATE que, bien que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles passent un plus grand nombre d'années de vie en mauvaise santé. Certaines maladies, telles que l'ostéoporose, ont une incidence et une prévalence plus élevées chez les femmes. D'autres, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et les problèmes de santé mentale, n'atteignent pas les hommes et les femmes de la même manière. Certaines maladies liées à la maternité et aux organes reproducteurs, par exemple l'endométriose et le cancer du col de l'utérus, ne touchent que les femmes;

---

<sup>1</sup> Doc. 7034/06.

<sup>2</sup> JO L 271 du 9.10.2002, p. 1.

<sup>3</sup> Doc. 12736/05.

13. SOULIGNE que les maladies cardiovasculaires constituent l'une des principales causes de décès ainsi que de baisse de la qualité de vie des femmes de l'Union européenne, alors qu'elles sont toujours perçues comme des maladies surtout masculines dans certains États membres;
14. NOTE AVEC PRÉOCCUPATION que l'augmentation du nombre de femmes qui fument dans certains États membres accroît considérablement le risque de cancer des poumons et de maladies cardiovasculaires;
15. NOTE AVEC PRÉOCCUPATION que certains États membres prévoient que la dépression sera la principale charge de morbidité des femmes d'ici 2020. La mauvaise santé mentale a des répercussions sur la qualité de la vie et peut donc avoir des conséquences sur la morbidité et la mortalité;
16. EST CONSCIENT de l'incidence considérable qu'ont des modes de vie malsains sur un grand nombre de maladies et donc du fait que promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, entre autres, peut contribuer à réduire les maladies cardiovasculaires et certaines formes de cancer;
17. CONVIENT que des mesures de prévention, une promotion de la santé et des traitements tenant compte des différences entre les sexes participent à la diminution de la morbidité et de la mortalité dues aux principales maladies chez les femmes et, par conséquent, améliorent leur qualité de vie;
18. NOTE qu'il est indispensable de disposer de données fiables, compatibles et comparables sur l'état de la santé des femmes pour améliorer l'information du public et concevoir des stratégies, politiques et actions appropriées en vue de garantir un niveau élevé de protection de la santé, et que des données et des rapports propres à l'un ou l'autre sexe sont essentiels à l'élaboration des politiques;
19. SOULIGNE que, près de dix ans plus tard, un nouveau rapport sur l'état de la santé des femmes dans l'Union européenne élargie est nécessaire;
20. INVITE les États membres à:
  - recueillir des données sur la santé propres à l'un ou l'autre sexe et à ventiler et analyser les statistiques selon les sexes;
  - prendre des initiatives afin que le public et les professionnels de la santé aient une meilleure connaissance du rapport entre l'appartenance à un sexe et la santé;

- promouvoir la santé et prévenir les maladies en tenant compte, le cas échéant, des différences entre les sexes;
- favoriser la recherche sur les effets des médicaments chez les femmes et les hommes ainsi que la recherche tenant compte des différences hommes/femmes dans le domaine de la santé;
- encourager l'intégration des questions liées aux spécificités des sexes dans les soins de santé;
- examiner en conséquence les inégalités pouvant exister sur le plan de la santé et prendre des mesures afin de les réduire et de garantir l'égalité en matière de traitement et d'accès aux soins;

21. INVITE la Commission européenne à:

- intégrer la distinction hommes/femmes dans la recherche dans le domaine de la santé;
- favoriser l'échange d'informations et d'expériences en ce qui concerne les bonnes pratiques en matière de promotion de la santé et de prévention tenant compte des besoins des deux sexes;
- aider les États membres à élaborer des stratégies efficaces intégrant une dimension hommes/femmes afin de réduire les inégalités sur le plan de la santé ;
- encourager et renforcer la comparabilité et la compatibilité des informations en matière de santé propres à l'un ou l'autre sexe dans tous les États membres et au niveau communautaire par la production de données appropriées;
- présenter un deuxième rapport sur l'état de la santé des femmes dans l'Union européenne;

22. INVITE la Commission européenne à tirer parti des compétences d'EUROSTAT et du futur Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes afin de contribuer à la collecte et l'analyse de données et à l'échange des meilleures pratiques;

23. INVITE la Commission européenne à poursuivre sa coopération avec les organisations internationales et intergouvernementales compétentes, en particulier l'OMS et l'OCDE, afin de garantir une coordination efficace des activités."

– *Modes de vie sains - Prévention du diabète de type 2 - Conclusions du Conseil*

Le Conseil a adopté les conclusions ci-après:

"LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE:

1. NOTE que les citoyens de l'Union européenne attachent une grande importance à ce que les niveaux les plus élevés possibles soient atteints en matière de santé humaine et considèrent qu'il s'agit là d'une condition préalable essentielle pour une qualité de vie élevée;
2. NOTE par ailleurs que l'action de l'UE doit s'attacher aux principales causes de décès et de décès prématuré ainsi que de baisse de la qualité de vie des citoyens de l'Union européenne;
3. RAPPELLE
  - l'article 152 du traité CE, qui prévoit que l'action de la Communauté est destinée à compléter les politiques nationales et 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 humaine. L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux;
  - la résolution sur l'action concernant les facteurs déterminants pour la santé, que le Conseil a adoptée le 29 juin 2000<sup>1</sup>;
  - la résolution sur la santé et la nutrition, que le Conseil a adoptée le 14 décembre 2000<sup>2</sup>;
  - les conclusions concernant l'obésité, que le Conseil a adoptées le 2 décembre 2002<sup>3</sup>;
  - les conclusions sur les modes de vie sains, que le Conseil a adoptées le 2 décembre 2003<sup>4</sup>;

---

<sup>1</sup> JO C 218 du 31.7.2000, p. 8.

<sup>2</sup> JO C 20 du 23.1.2001, p. 1.

<sup>3</sup> JO C 11 du 17.1.2003, p. 3.

<sup>4</sup> JO C 22 du 27.1.2004, p. 1.

## 4. RAPPELLE ÉGALEMENT QUE

- le 2 juin 2004, le Conseil a pris note des informations fournies par la présidence irlandaise sur les possibilités qu'offrirait une stratégie européenne contre le diabète<sup>1</sup>;
- le 15 mars 2005, la Commission européenne a créé une plateforme d'action de l'UE sur l'alimentation, l'activité physique et la santé;
- le 8 décembre 2005, la Commission européenne a adopté un Livre vert intitulé "Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques", qui examine les facteurs déterminant l'apparition du diabète de type 2;
- le 3 avril 2006, le Parlement européen a adopté une déclaration écrite sur le diabète<sup>2</sup>;

5. PREND ACTE des conclusions, figurant en annexe, de la conférence sur la prévention du diabète de type 2, qui s'est tenue les 15 et 16 février 2006 à Vienne (Autriche), sous les auspices de la présidence autrichienne, et à laquelle ont participé des experts des États membres, des pays en voie d'adhésion et des pays candidats, y compris des professionnels de la santé et des représentants d'associations de diabétiques et de groupes de patients atteints du diabète;
6. SOULIGNE que le diabète est l'une des principales causes de décès et de décès prématuré ainsi que de baisse de la qualité de vie des citoyens de l'Union européenne;
7. DÉCLARE que les facteurs déterminants pour la santé ont une incidence sur le diabète et que, outre les antécédents familiaux ou le vieillissement, les principaux facteurs de risque du diabète de type 2 sont une surcharge pondérale, un mode de vie sédentaire, le tabagisme et/ou une tension artérielle élevée, sur lesquels on peut agir par des mesures luttant contre les facteurs déterminants sous-jacents. Parmi les autres facteurs de risque contribuant à l'apparition de cette maladie figurent le diabète gestationnel (diabète qui survient au cours d'une grossesse), une intolérance au glucose ou une glycémie à jeun anormale;
8. CONSTATE que le diabète de type 2 et ses complications (cardiovasculaires, rénales, ophtalmologiques et podologiques) sont souvent diagnostiqués trop tard, les complications n'étant fréquemment détectées qu'au moment du diagnostic;
9. AFFIRME que des mesures préventives, une détection et un diagnostic précoces et une prise en charge efficace de la maladie peuvent entraîner une réduction de la mortalité liée au diabète, ainsi qu'une augmentation de l'espérance de vie et de la qualité de vie des populations européennes;

---

<sup>1</sup> Doc. 9808/04.

<sup>2</sup> Déclaration écrite 1/2006.

10. EST PRÉOCCUPÉ par les conséquences négatives pour la santé, et en ce qui concerne l'incidence du diabète en particulier, de l'augmentation des cas de surpoids et d'obésité dans toutes les tranches d'âge de la population de l'Union européenne, notamment parmi les enfants et les jeunes. Les conséquences du diabète de type 2 sur les femmes dans leurs premières années de procréation sont particulièrement inquiétantes;
11. AFFIRME qu'une action ciblée de lutte contre le diabète et les facteurs déterminants sous-jacents doit être entreprise d'urgence afin de combattre l'incidence et la prévalence croissantes de cette maladie, ainsi que l'augmentation des coûts directs et indirects qu'elle occasionne;
12. CONSTATE qu'il est possible de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète de type 2 et de réduire les complications associées à cette maladie en agissant sur les facteurs déterminants sous-jacents, en particulier une mauvaise alimentation et l'absence d'activité physique, et ce, même pendant les premières années de la vie;
13. CONSTATE que la prévention du diabète a un effet positif direct sur d'autres maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, qui constituent également des risques majeurs pour la santé des citoyens de l'Union européenne, ainsi que sur la charge qu'elle représente pour les systèmes de santé et les économies;
14. RECONNAÎT qu'il est nécessaire d'assurer le suivi et la surveillance du diabète, y compris en échangeant des informations sur la mortalité et la morbidité liées au diabète ainsi que des données sur les facteurs de risque, et de veiller à une meilleure compréhension des modes de vie, des connaissances, des attitudes et des comportements des populations dans toute l'UE;
15. RECONNAÎT que la poursuite, au niveau européen, des recherches sur les facteurs déterminants pour la santé permettant de combattre les facteurs de risque du diabète pourrait contribuer à la lutte contre cette maladie à l'avenir;
16. CONSTATE que, afin de combattre et de réduire la souffrance liée au diabète, il faut adopter une approche à long terme, comprenant des mesures visant tant la population saine que les personnes présentant un risque élevé de diabète ou atteintes par cette maladie;
17. RECONNAÎT que la promotion de la santé nécessite une approche intégrée et qu'elle doit être globale, transparente, multisectorielle, multidisciplinaire, encourager la participation et s'appuyer sur les meilleures recherches et données probantes disponibles. En particulier, la prévention du diabète doit cibler les individus tout au long de leur vie, notamment ceux qui sont les plus exposés au diabète, en tenant compte des différences sociales, culturelles, de sexe et d'âge. Il convient de s'efforcer de procéder à une évaluation appropriée, y compris à un suivi et à une surveillance des actions et des programmes;

18. SE FÉLICITE de la mise en place par la Commission de la plateforme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé;
19. RECONNAÎT le rôle majeur que peut jouer la société civile dans la prévention du diabète et de ses conséquences;
20. INVITE les États membres, au vu des ressources disponibles et dans le cadre de l'adoption ou du réexamen de leurs stratégies nationales de santé publique et des efforts qu'ils déploient pour mettre l'accent sur les facteurs déterminants et la promotion de modes de vie sains, à envisager:
  - la collecte, l'enregistrement, le suivi et la présentation au niveau national de données épidémiologiques et économiques exhaustives sur le diabète ainsi que de données relatives aux facteurs sous-jacents;
  - l'élaboration et la mise en œuvre, le cas échéant, de plans cadres de lutte contre le diabète et/ou ses facteurs déterminants, d'une politique de prévention du diabète fondée sur des données probantes, d'un dépistage et d'une prise en charge qui s'appuient sur les meilleures pratiques et comprennent un système d'évaluation doté d'objectifs mesurables afin de suivre les conséquences pour la santé et l'efficacité au regard des coûts, compte tenu de la structure et de la fourniture des services de santé dans les différents États membres, de questions éthiques, juridiques, culturelles et d'autres questions pertinentes, ainsi que des ressources disponibles;
  - l'élaboration de mesures de sensibilisation de l'opinion publique et de prévention primaire durables, efficaces au regard des coûts et fondées sur des données probantes, qui sont accessibles et abordables et permettent de répondre aux besoins tant des personnes les plus exposées au risque de diabète que de la population dans son ensemble;
  - la définition de mesures de prévention secondaire abordables et accessibles reposant sur des orientations nationales fondées sur des données probantes et visant à détecter et à prévenir l'apparition des complications du diabète;
  - l'adoption d'une approche globale, multisectorielle et multidisciplinaire à l'égard des diabétiques, mettant notamment l'accent sur la prévention, y compris les soins de santé primaires, secondaires et de proximité et les services sociaux et éducatifs;
  - la poursuite de la mise en place d'une formation globale sur le diabète à l'intention des professionnels de la santé;

21. INVITE la Commission européenne à soutenir, en tant que de besoin, les efforts consentis par les États membres pour prévenir le diabète, et à promouvoir un mode de vie sain:
- en définissant le diabète comme un problème de santé publique en Europe et en encourageant la mise en réseau et l'échange d'informations entre États membres afin de promouvoir les meilleures pratiques, de renforcer la coordination des politiques et des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés à l'ensemble de la population comme aux groupes à très haut risque, de réduire les inégalités et d'optimiser les ressources en matière de soins de santé;
  - en facilitant et en soutenant les activités de recherche fondamentale et clinique menées à l'échelle européenne sur le diabète et en veillant à une large diffusion des résultats de ces recherches dans toute l'Europe;
  - en examinant et en améliorant la comparabilité des données épidémiologiques probantes concernant le diabète en envisageant l'établissement, dans tous les États membres, de méthodes normalisées concernant le suivi et la surveillance de la mortalité, de la morbidité et des données relatives aux facteurs de risque du diabète, ainsi que l'élaboration de rapports y afférents;
  - en rendant compte des mesures prises par les États membres pour mettre l'accent sur les facteurs déterminants pour la santé et promouvoir des modes de vie sains, des plans nationaux de lutte contre le diabète et des mesures de prévention de cette maladie, sur la base des informations fournies par les États membres, en évaluant l'efficacité des mesures proposées et en réfléchissant à la nécessité de prendre de nouvelles mesures;
  - en poursuivant les travaux sur l'élaboration d'une approche générale des facteurs déterminants pour la santé au niveau européen, y compris une politique cohérente et globale en matière de nutrition et d'activité physique, et en examinant l'impact qu'ont sur la santé publique, en particulier chez les enfants, la promotion, la commercialisation et la présentation d'aliments à forte teneur énergétique et de boissons édulcorées;
  - en s'appuyant sur les travaux de la plateforme d'action de l'UE sur l'alimentation, l'activité physique et la santé et en encourageant l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de mesures nationaux de prévention du diabète;
  - en tenant compte des facteurs déterminants pour la santé et des facteurs de risque du diabète dans l'ensemble des politiques de l'UE.
22. INVITE la Commission à continuer à coopérer avec les organisations internationales et intergouvernementales compétentes, en particulier l'Organisation mondiale de la santé et l'OCDE, pour assurer une coordination efficace des activités."

– *Valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'UE – Conclusions du Conseil*

Le Conseil a adopté les conclusions ci-après:

"LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE:

1. NOTE que la Commission européenne, dans sa proposition modifiée de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, a décidé d'exclure les services de soins de santé du champ d'application de la directive, incorporant ainsi les amendements proposés par le Parlement européen.
2. NOTE que la Commission européenne a déclaré qu'elle mettra en place un cadre communautaire de services de santé sûrs, efficaces et d'excellente qualité par le renforcement de la coopération entre les États membres et par la fourniture aux services de santé et de soins d'informations claires et précises sur l'application de la législation communautaire.
3. RECONNAIT que les arrêts récents de la Cour de justice européenne ont mis en évidence la nécessité de préciser l'interaction entre les dispositions du traité CE, notamment en ce qui concerne la libre circulation des services et les services de santé fournis par les systèmes de santé nationaux.
4. ESTIME que les systèmes de santé sont une composante essentielle des niveaux élevés de protection sociale en Europe et apportent une contribution décisive à la cohésion et à la justice sociales.
5. RAPPELLE les valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité.
6. APPROUVE la déclaration figurant en annexe sur les valeurs et principes communs qui fondent les systèmes de santé des États membres de l'Union européenne (Annexe).
7. INVITE la Commission européenne à veiller au respect des valeurs et principes communs inscrits dans la déclaration lorsqu'elle élabore spécifiquement des propositions concernant les services de santé.
8. INVITE les institutions de l'Union européenne à veiller, dans le cadre de leurs travaux, au respect des valeurs et principes communs inscrits dans la déclaration.

## Déclaration sur les valeurs et principes communs

La présente déclaration des 25 ministres de la santé de l'Union européenne porte sur les valeurs et principes communs qui fondent les systèmes de santé européens. Nous considérons qu'une telle déclaration est importante car elle fournit des informations claires à nos concitoyens et qu'elle arrive à point nommé, après le vote récent du Parlement et la proposition révisée de la Commission visant à exclure les services de soins de santé de la proposition de directive du relative aux services dans le marché intérieur. Nous sommes persuadés que les avancées dans ce domaine devraient être le fruit d'un consensus politique et non uniquement de la jurisprudence.

Nous estimons également qu'il sera important de préserver les valeurs et principes communs décrits ci-dessous lors de l'application des règles de concurrence aux systèmes qui les mettent en œuvre.

La présente déclaration fait suite aux discussions qui ont eu lieu au sein du Conseil et avec la Commission dans le cadre de la méthode ouverte de coordination et du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne. Elle tient également compte des instruments juridiques qui, au niveau européen ou international, ont des répercussions dans le domaine de la santé.

La présente déclaration présente les valeurs et principes communs à l'ensemble de l'Union européenne en ce qui concerne la façon dont les systèmes de santé peuvent répondre aux besoins des populations et des patients qu'ils ont en charge. Elle explique également que la manière dont ces valeurs et principes communs se traduisent en pratique dans les systèmes de santé de l'UE varie considérablement d'un État membre à l'autre, ce qui continuera à être le cas. En particulier, c'est au niveau national que doivent être prises les décisions relatives au panier de soins dont peuvent bénéficier les citoyens et aux mécanismes utilisés pour financer et fournir ces soins de santé, s'agissant par exemple de savoir dans quelle mesure il convient de s'appuyer sur les mécanismes du marché et les pressions concurrentielles pour gérer les systèmes de santé.

### *Valeurs et principes communs*

Les systèmes de santé de l'Union européenne sont une composante essentielle des niveaux élevés de protection sociale en Europe contribuent à la cohésion et à la justice sociales, ainsi qu'au développement durable.

Les valeurs fondamentales que sont *l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité* ont été largement prises en compte dans les travaux des différentes institutions de l'UE. Ensemble, elles constituent une série de valeurs communes à l'Europe tout entière. L'universalité signifie que personne ne peut se voir interdire l'accès aux soins de santé; la solidarité est étroitement liée au régime financier de nos systèmes de santé nationaux et à la nécessité de garantir à tous l'accès aux soins; par équité on entend un accès identique pour tous selon les besoins, indépendamment de l'origine ethnique, du sexe, de l'âge, du statut social ou de la capacité à payer. Les systèmes de santé de l'UE visent également à réduire les inégalités liées à la santé, un problème qui préoccupe les États membres de l'UE et auquel sont étroitement liés les travaux menés au sein des systèmes de santé nationaux dans le domaine de la prévention des maladies et des affections, notamment par la promotion de modes de vie sains.

Tous les systèmes de santé de l'UE visent à fournir des services de santé centrés sur le patient et répondant à ses besoins individuels.

Néanmoins, les différents États membres adoptent des approches différentes pour traduire ces valeurs dans la réalité: ainsi répondent-ils de diverses manières à la question de savoir par exemple si les individus devraient payer une contribution personnelle, pour s'acquitter du coût d'une partie de leurs soins de santé, ou s'il devrait y avoir une contribution généralisée, et si ces soins devraient être financés par une assurance complémentaire. Les États membres ont mis en oeuvre diverses dispositions pour garantir l'équité: certains ont choisi de l'exprimer en termes de droits des patients; d'autres en termes d'obligations des prestataires de soins de santé. Le contrôle du respect de ces dispositions est également effectué selon différentes modalités – dans certains États membres il se fait par le biais des tribunaux, dans d'autres par le biais de commissions, de médiateurs, etc.

Une des caractéristiques essentielles de tous nos systèmes est que nous nous efforçons de les rendre financièrement viable de façon à préserver ces valeurs à l'avenir.

Adopter une approche qui mette davantage l'accent sur les mesures préventives fait partie intégrante de la stratégie des États membres visant à réduire la charge économique pesant sur les systèmes de santé nationaux, puisque la prévention contribue de manière significative à la réduction des coûts en matière de soins de santé et, partant, à la pérennité financière en évitant les maladies et donc les coûts liés au suivi.

Outre ces valeurs fondamentales, il existe également un ensemble de principes de fonctionnement communs à l'Union européenne tout entière, que tous les citoyens de l'UE s'attendent à retrouver dans tout système de santé de l'UE, accompagnés des structures pour les mettre en oeuvre. Parmi ces principes, on peut citer:

– La qualité:

Tous les systèmes de santé de l'UE s'efforcent de fournir des soins de qualité. Ils y parviennent notamment en obligeant le personnel de santé à suivre une formation continue sur la base de normes nationales clairement définies et en faisant en sorte que le personnel ait accès à des informations sur les meilleures pratiques en matière de qualité, en stimulant l'innovation et en diffusant les bonnes pratiques, en mettant au point des systèmes capable d'assurer une bonne gouvernance clinique, et en contrôlant la qualité du système de santé. Un grand nombre de ces objectifs sont également liés au principe de sécurité.

– La sécurité:

Les patients peuvent s'attendre à ce que chaque système de santé de l'UE leur garantisse un cadre visant par principe à assurer leur sécurité, grâce notamment à la surveillance des facteurs de risques et la formation appropriée des professionnels de la santé, ainsi que la protection contre la publicité trompeuse pour les produits pharmaceutiques et les traitements médicaux.

– Des soins fondés sur des données probantes et sur l'éthique:

Les défis démographiques et les nouvelles technologies médicales peuvent donner lieu à des questions délicates (en termes d'éthique et de faisabilité budgétaire), auxquelles tous les États membres de l'UE doivent répondre. Il est essentiel de veiller à ce que les systèmes de soins soient fondés sur des données probantes, tant pour fournir des soins de qualité que pour garantir la pérennité à long terme. Tous les systèmes sont confrontés à la nécessité de fixer des priorités parmi les soins de santé, de manière à établir un équilibre entre les besoins des patients individuels et les ressources financières disponibles pour soigner l'ensemble de la population.

– La participation du patient:

Tous les systèmes de santé de l'UE tendent à être centrés sur le patient. Cela signifie qu'ils ont pour objectif d'impliquer les patients dans leur traitement, à faire preuve avec eux de transparence et à leur donner le choix, lorsque cela est possible, par exemple entre différents prestataires de soins. Chaque système vise à offrir aux individus des informations sur leur état de santé ainsi que le droit d'être pleinement informés sur les soins qui leur sont proposés et d'y consentir. Tous les systèmes de santé devraient également rendre publiquement les comptes sur leurs activités et garantir la bonne gouvernance et la transparence.

– L'accès à la justice:

Les patients devraient disposer d'un droit d'accès à la justice en cas de problème. Cela suppose notamment une procédure de réclamation transparente et juste, ainsi que des informations claires sur les responsabilités et les formes spécifiques d'accès à la justice prévues par le système de santé en question (l'action en indemnisation par exemple).

– Le respect de la vie privée et la confidentialité:

Le droit de tous les citoyens de l'UE à la confidentialité des données à caractère personnel est reconnu dans la législation de l'UE et la législation nationale.

En notre qualité de ministres de la santé, nous constatons un intérêt croissant pour la question du rôle des mécanismes du marché (notamment la pression concurrentielle) dans la gestion des systèmes de santé. De nombreuses mesures prises actuellement dans ce domaine dans les systèmes de santé de l'Union européenne visent à encourager la pluralité et le choix, ainsi qu'une utilisation plus efficace des ressources. Nous pouvons tirer des enseignements des mesures prises par les uns et les autres dans ce domaine, mais c'est à chaque État membre à titre individuel qu'il revient de définir sa propre stratégie avec des interventions spécifiques adaptées au système de santé concerné.

Bien qu'il ne soit pas opportun d'essayer de normaliser les systèmes de santé au niveau de l'UE, mais les travaux menés au niveau européen dans le domaine des soins de santé ont néanmoins une valeur inestimable. Les États membres se sont engagés à travailler ensemble pour partager leurs expériences et des informations sur les stratégies et les bonnes pratiques, par le biais du Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux de la Commission par exemple, ou dans le cadre de la méthode ouverte de coordination en cours appliquée aux soins de santé et aux soins de longue durée, afin de parvenir à leur objectif commun qui est de promouvoir des soins de santé de qualité plus efficaces et accessibles en Europe. Nous estimons que toute initiative utile dans le domaine des services de santé qui garantirait aux citoyens européens des informations claires sur leurs droits lorsqu'ils se déplacent d'un état membre de l'UE à l'autre serait particulièrement intéressante, de même que l'inscription de ces valeurs et de ces principes dans un cadre juridique de façon à garantir une sécurité juridique.

En conclusion, nos systèmes de santé représentent une part essentielle de l'infrastructure sociale de l'Europe. Nous ne sous-estimons pas les défis qui nous attendent, s'agissant de concilier les besoins individuels avec les ressources disponibles, compte tenu du vieillissement de la population européenne, de l'augmentation du niveau des attentes et des progrès de la médecine. En examinant les futures stratégies, notre préoccupation commune devrait être de protéger les valeurs et les principes qui fondent les systèmes de santé de l'UE. En notre qualité de ministres de la santé des 25 États membres de l'Union européenne, nous invitons les institutions européennes à s'assurer qu'elles protègent ces valeurs tandis que se poursuivent les travaux visant à étudier les implications de l'Union européenne sur les systèmes de santé et l'intégration des questions liées à la santé dans toutes les politiques."

– *Stratégie de l'UE en faveur du développement durable*

Le Conseil a mené un débat d'orientation dans le cadre de l'examen de la stratégie de l'UE en faveur du développement durable (SDD).

Ce débat a porté sur les questions suivantes:

- adéquation et suffisance des objectifs et des actions clés concernant la santé publique qui sont proposés dans le dossier relatif à l'examen de la SDD<sup>1</sup>, pour relever les défis liés au développement durable et pour s'attaquer de manière efficace aux tendances non durables dans le secteur de la santé;
- contribution de la santé au développement économique et aux résultats dans le cadre de la stratégie de Lisbonne;
- contribution de la SDD de l'UE à la cohérence entre les politiques internes et les engagements internationaux de l'UE et au développement durable, tant au niveau de l'UE qu'au niveau mondial.

Les délégations se sont toutes félicitées de l'inclusion de la santé publique en tant que domaine prioritaire dans le dossier relatif à l'examen de la SDD. Elles ont estimé que l'amélioration de la santé était vitale pour le développement économique et le bien-être.

Plusieurs délégations ont insisté sur le fait que le lien entre le développement durable et la santé humaine devait être exprimé de manière plus explicite dans la nouvelle SDD.

Les délégations ont également souligné que le champ d'application de l'évaluation de l'incidence des nouvelles mesures législatives devrait englober également la dimension santé, par exemple en tant qu'instrument permettant d'intégrer la santé dans toutes les politiques.

La question de la viabilité financière des systèmes de santé a également été soulevée.

L'UE pourrait jouer un rôle de premier plan dans la fixation de l'ordre du jour international en matière de santé publique et dans la mise au point de mesures basées sur des données factuelles destinées à faire face aux défis qui se posent au niveau international en matière de santé publique.

---

<sup>1</sup> Doc. 15796/05.

En juin 2005, le Conseil européen a adopté une déclaration sur les principes directeurs du développement durable fondée sur quatre objectifs: *protection de l'environnement, équité sociale et cohésion, prospérité économique et assumer les responsabilités internationales*<sup>1</sup>.

En décembre 2005, le Conseil européen a pris acte de la communication présentée par la Commission sur une nouvelle stratégie en faveur du développement durable pour les cinq prochaines années<sup>2</sup> et s'est réjoui à la perspective "*d'adopter en juin 2006 une stratégie globale ambitieuse comportant des objectifs, des indicateurs et une procédure de suivi effective. Cette stratégie devrait englober la dimension interne et la dimension externe et être fondée sur une véritable vision à long terme, réunissant les priorités et objectifs de la Communauté en matière de développement durable dans une stratégie claire et cohérente, qui puisse être communiquée aux citoyens de manière simple et efficace.*"<sup>3</sup>

La présidence consulte actuellement toutes les formations compétentes du Conseil en vue de l'adoption de la nouvelle SDD de l'UE par le Conseil européen de juin 2006.

---

<sup>1</sup> Doc. 10255/05.

<sup>2</sup> Doc. 15796/05.

<sup>3</sup> Point 13 des conclusions du Conseil européen de décembre 2005 (*doc. 15914/1/05*).

– *Préparation et planification en cas de grippe pandémique*

Le Conseil a procédé à un échange de vues sur la préparation et la planification en cas de grippe pandémique, en se concentrant particulièrement sur les mesures à prendre au niveau de l'UE afin d'être prêt en cas de grippe pandémique humaine.

Les délégations ont exprimé leur avis sur la constitution d'un stock stratégique européen d'antiviraux et sur le nombre de doses que ce stock devrait comprendre, la question de savoir si ce stock devrait être virtuel ou réel et le moment où ce stock devrait être constitué.

L'échange de vues a fait suite aux discussions qui ont été menées lors des réunions informelles des ministres de la santé qui se sont tenues à Vienne en février et avril 2006.

L'examen des aspects juridiques, techniques et financiers de cette question se poursuivra sous la prochaine présidence.

– ***Lutte contre le VIH/sida***

Le Conseil a procédé à un échange de vues sur la communication de la Commission sur la *lutte contre le VIH/sida dans l'Union européenne et les pays voisins, 2006-2009*.

Le débat a notamment porté sur les questions suivantes:

- les domaines [par exemple, droits de l'homme, stigmatisation et discrimination, promotion de la prévention, diagnostic précoce, accès au traitement, recherche] sur lesquels il faudrait insister en particulier pour encourager la lutte contre cette menace mondiale; renforcement de la prévention primaire; les stratégie/actions nécessaires au niveau européen pour étayer et consolider les activités des États membres en matière de prévention;
- l'aide aux pays voisins dans les efforts qu'ils déploient pour maîtriser l'épidémie de VIH/sida;
- la nécessité que le Conseil européen joue un rôle à l'avenir.

La prévention, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la relance des campagnes d'information, un accès facile et égal aux traitements, la lutte contre la prostitution et le trafic de stupéfiants, l'investissement dans la recherche de nouveaux traitements et de vaccins ont été recensés comme étant certaines des initiatives essentielles pour arrêter la propagation de l'épidémie.

Des systèmes solides de suivi de la santé publique et épidémiologiques aideraient les États membres à adapter leurs actions aux groupes qui courent les plus grands risques en matière de VIH. Une coopération renforcée avec les autorités et les ONG ainsi qu'un échange de bonnes pratiques sont essentiels pour aider les pays voisins.

La participation des chefs d'États ou de gouvernement pour ce qui est de la dimension tant européenne qu'extérieure a été jugée souhaitable pour unir les efforts en vue de lutter contre l'épidémie et d'accorder une priorité élevée au VIH/sida dans l'agenda international.

Il est rappelé que l'épidémie de VIH/sida a été un élément important de préoccupation et d'action dans les activités de l'UE en matière de santé publique depuis la fin des années 80.

L'UE et ses pays voisins sont maintenant confrontés à la menace d'une "nouvelle épidémie". Certaines parties de l'Europe connaissent le taux de croissance le plus rapide de nouveaux cas de VIH/sida dans le monde. Des chiffres publiés par l'ONUSIDA confirment que le nombre de nouvelles infections augmente dans l'ensemble des 25 États membres et chez leurs voisins d'Europe orientale. Le mode de transmission évolue également. Alors que les infections transmises par voie sexuelle restent prédominantes dans certaines parties du continent européen, une partie importante de l'augmentation rapide des infections est due à des consommateurs de drogue par voie intraveineuse.

– *Médicaments de thérapie innovante*

Dans l'attente de l'avis du Parlement européen en première lecture, le Conseil a pris acte d'un rapport sur l'état d'avancement des travaux relatifs à une proposition de règlement concernant les médicaments de thérapie innovante (*doc. 15023/05*).

Le principal objectif de cette proposition est de créer un cadre juridique unique pour trois types de thérapies (thérapie génique, thérapie cellulaire somatique et ingénierie tissulaire) pour lesquelles l'évolution scientifique et technique est très rapide.

L'évolution dans ce domaine revêtant une grande importance pour le traitement futur des maladies, il est amplement nécessaire de créer des règles communautaires pour faciliter l'innovation, le développement et les essais cliniques sur un marché émergent.

La Commission a présenté une proposition qui traite de la sécurité et de l'efficacité des produits basés sur des thérapies innovantes lorsque la matière initiale est disponible, plutôt que sur l'origine de la matière, ces questions étant traitées dans d'autres instruments (par exemple, la directive sur les tissus).

Base juridique proposée: article 95 du traité - majorité qualifiée requise pour une décision du Conseil; procédure de codécision avec le Parlement européen.

– *Dispositifs médicaux*

Dans l'attente de l'avis du Parlement européen en première lecture, le Conseil a pris acte du rapport sur l'état d'avancement des travaux (*doc. 9522/06*) concernant une proposition de directive en rapport avec la révision des directives relatives aux dispositifs médicaux (*doc. 5072/06*).

La proposition vise à clarifier la législation existante (directives 90/385/CEE<sup>1</sup>, 93/42/CEE<sup>2</sup> et 98/8/CE<sup>3</sup>) et à créer la base d'un réexamen général par la Commission de la législation dans le domaine des dispositifs médicaux.

Base juridique proposée: article 95 du traité - majorité qualifiée requise pour une décision du Conseil; procédure de codécision avec le Parlement européen.

---

<sup>1</sup> Directive 90/385/CEE du Conseil, du 20 juin 1990, concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs. JO L 189 du 20.7.1990, p. 17.

<sup>2</sup> Directive 93/42/CEE du Conseil, du 14 juin 1993, relative aux dispositifs médicaux. JO L 169 du 12.7.1993, p. 1.

<sup>3</sup> Directive 98/79/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 octobre 1998 relative aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. JO L 331 du 7.12.1998, p. 1.

**DIVERS**

Le Conseil a reçu des informations de la présidence sur les points suivants:

- Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil portant création du Fonds européen d'ajustement à la mondialisation (*doc. 9594/06*);
- Conférences de la présidence:
  - "Conférence sur les services sociaux d'intérêt général" (Vienne, le 20 avril 2006) (*doc. 9459/06*);
  - "5ème rencontre des personnes en situation de pauvreté" (Bruxelles, 12 et 13 mai 2006) (*doc. 9682/06*);
  - "Conférence sur les conditions culturelles et politiques des modèles sociaux en Europe" (Vienne, 19 et 20 mai 2006) (*doc. 9849/06*);
  - Conférence sur l'élimination du fossé entre les rémunérations des hommes et des femmes (Bruxelles, 22 mai 2006) (*doc. 9841/06*);
  - "Résultat des travaux de la première Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques (ICCM1) (Dubai, 4 au 6 février 2006) (*doc. 8930/06*);
  - Conférence sur les pratiques traditionnelles négatives (*doc. 5675/06*).
- Dossiers codécision (allégations de santé, vitamines, médicaments utilisés en pédiatrie);

Le Conseil a reçu des informations de la Commission sur les points suivants:

- Communication de la Commission "Orientations concernant le détachement de travailleurs effectué dans le cadre d'une prestation de services" (*doc. 9924/06*);
- Communication de la Commission "Mise en œuvre du partenariat pour la croissance et l'emploi: faire de l'Europe un pôle d'excellence en matière de responsabilité sociale des entreprises" (*doc. 9918/06*);
- Communication de la Commission "Travail décent" (*doc. 9921/06*);

- Année européenne de l'égalité des chances pour tous (2007) (*doc. 9916/06*);
- Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil établissant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs (2007-2013) - Rapport sur l'état d'avancement des travaux (*doc. 9512/06*);
- Convention-cadre sur la lutte antitabac (*doc. 9902/06*);
- Groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux (*doc. 9903/06*);
- Santé mentale (*doc. 9904/06*);
- Stratégie post G-10 (*doc. 9906/06*);
- Communication de la Commission concernant la prévention des blessures et la promotion de la sécurité (*doc. 9907/06*);
- Communication de la Commission sur la stratégie de l'UE sur l'alcool (*doc. 9908/06*).

Le Conseil a reçu des informations de la présidence et de la Commission sur le point suivant:

- Conférence de Málaga sur les soins de santé en ligne (*doc. 9783/06 ADD 1*);

Le Conseil a reçu des informations de la délégation portugaise sur le point suivant:

- Conférence des ministres du Conseil de l'Europe sur les affaires familiales: "Évolution de la parentalité" (*doc. 9893/06*).

## **AUTRES POINTS APPROUVÉS**

### **PÊCHE**

#### **Merlan bleu et hareng**

Le Conseil a adopté un règlement modifiant le règlement (CE) n° 51/2006<sup>1</sup> du Conseil en vue de la mise en œuvre de l'accord du 23 février 2006 conclu entre la Communauté et les îles Féroé sur un accès réciproque aux stocks de merlan bleu et de hareng dans leurs zones de pêche respectives.

---

---

<sup>1</sup> JO L 16 du 20.1.2006, p. 1.