



14968/15

(OR. en)

PRESSE 77
PR CO 69

RÉSULTATS DE LA SESSION DU CONSEIL

3434^e session du Conseil

Emploi, politique sociale, santé et consommateurs

Emploi, politique sociale et santé

Bruxelles, le 7 décembre 2015

Présidents

Nicolas Schmit

Ministre du travail, de l'emploi et de l'économie sociale
et solidaire du Luxembourg

Lydia Mutsch

Ministre de la santé et ministre de l'égalité des chances
du Luxembourg

Corinne Cahen

Ministre de la famille et de l'intégration du Luxembourg

Romain Schneider

Ministre de la sécurité sociale du Luxembourg

P R E S S E

SOMMAIRE¹

POINTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN DÉBAT

EMPLOI ET POLITIQUE SOCIALE	4
Les femmes dans les conseils d'administration des entreprises	4
– Travaux menés sous la présidence luxembourgeoise	4
Intégration des chômeurs de longue durée sur le marché du travail	4
Égalité de traitement	5
– Travaux menés sous la présidence luxembourgeoise	5
Engagement stratégique pour l'égalité des sexes (2016-2019)	5
Semestre européen 2016	6
Égalité entre les femmes et les hommes dans le domaine de la prise de décision.....	7
Économie sociale	7
Gouvernance sociale	8
Divers	8
SANTÉ.....	9
Stratégie de l'UE visant à réduire les méfaits de l'alcool	9
La médecine personnalisée pour les patients	13
Personnes atteintes de démence: améliorer les politiques et pratiques en matière de soins	20
Enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola	26
Divers	31

¹

- 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.

AUTRES POINTS APPROUVÉS

POLITIQUE DE SÉCURITÉ ET DE DÉFENSE COMMUNE

- Mission d'assistance de l'UE pour une gestion intégrée des frontières en Libye - prorogation du mandat..... 32
- Participation de la Suisse à la mission PSDC de l'Union européenne au Mali 32
- Participation de la Suisse à la mission de conseil de l'UE en Ukraine..... 32
- Budget de la mission de l'UE visant au renforcement des capacités maritimes régionales dans la Corne de l'Afrique..... 32

PÊCHE

- Mesures commerciales - Approvisionnement des transformateurs de l'UE en certains produits de la pêche..... 33

TRANSPARENCE - ACCÈS DU PUBLIC AUX DOCUMENTS

POINTS AYANT FAIT L'OBJET D'UN DÉBAT

EMPLOI ET POLITIQUE SOCIALE

Les femmes dans les conseils d'administration des entreprises

Le Conseil n'a pas été en mesure de dégager un accord sur la directive relative à la représentation des femmes dans les conseils d'administration.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de majorité qualifiée dans ce dossier au sein du Conseil. Bien qu'il existe un large consensus dans l'UE en faveur de l'adoption de mesures visant à améliorer l'équilibre hommes-femmes dans les conseils d'administration, certains États membres préfèrent traiter cette question au niveau national. Ainsi, ils estiment que la proposition ne respecte pas le principe de subsidiarité.

– *Travaux menés sous la présidence luxembourgeoise*

La présidence avait reformulé le texte en le rendant plus souple. Les mesures nationales sont maintenant pleinement reconnues dans le projet de directive, et les délais sont prolongés.

La clause de flexibilité (article 4 *ter*) permettrait aux États membres de chercher à réaliser les objectifs de la directive par les moyens qu'ils jugent indiqués et de suspendre les exigences procédurales de celle-ci, pour autant qu'ils aient déjà pris des mesures aussi efficaces ou réalisé des progrès leur permettant de se rapprocher des objectifs quantitatifs fixés dans la directive.

Calendrier de mise en œuvre et clause de limitation dans le temps (articles 4 *ter*, 9 et 10): la suspension de l'application de l'article 4 *bis*, prévue à l'article 4 *ter*, est possible jusqu'au 31 décembre 2022 (au lieu du 31 décembre 2020), à moins que certaines conditions ne soient remplies.

Si les conditions ne sont pas remplies, les États membres seraient tenus de veiller à l'application des exigences procédurales figurant à l'article 4 *bis* à compter du 30 septembre 2023 (au lieu du 30 septembre 2021).

[Rapport de la présidence](#)

Intégration des chômeurs de longue durée sur le marché du travail

Le Conseil est arrivé à un accord politique sur la recommandation relative à l'intégration des chômeurs de longue durée sur le marché du travail ([14361/15](#)).

Le Conseil estime que le chômage de longue durée est un problème qu'il faut traiter de toute urgence et que la recommandation a pour objectif de mettre en place le cadre adéquat pour appuyer les actions des États membres.

Basée sur le modèle de l'initiative pour l'emploi des jeunes (garantie pour la jeunesse), la proposition de recommandation cible un groupe particulièrement touché par la crise économique: les demandeurs d'emploi de longue durée âgés de plus de 30 ans et ceux qui ont entre [25 et 30 ans] et qui ne bénéficient pas de la garantie pour la jeunesse.

Égalité de traitement

Le Conseil a fait le point sur l'état d'avancement des travaux concernant la directive pour l'égalité de traitement ([13877/1/15 REV 1](#)).

– Travaux menés sous la présidence luxembourgeoise

Le groupe "Questions sociales" a poursuivi l'examen du texte, en mettant l'accent sur les dispositions concernant l'accès des personnes handicapées aux biens et services et à la compatibilité entre ces dispositions et la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CNUDPH).

Les propositions de libellés de la présidence ont en règle générale reçu le soutien de la Commission et ont été bien accueillies par la majorité des délégations, qui ont estimé qu'il s'agissait d'un pas dans la bonne direction.

Engagement stratégique pour l'égalité des sexes (2016-2019)

Le Conseil a procédé à un échange de vues sur l'engagement stratégique de la Commission pour l'égalité des sexes ([14746/15](#)).

Un grand nombre d'États membres ont souligné qu'une stratégie formelle approuvée par la Commission s'imposait et ont indiqué qu'ils étaient déçus de n'avoir reçu qu'un document de travail informel.

De nombreux États membres ont estimé qu'une nouvelle stratégie pour la période 2016-2019 était essentielle pour promouvoir l'égalité des sexes et servir de critère de référence et de cadre d'orientation pour les politiques nationales.

S'agissant du fond de l'engagement stratégique de la Commission, les États membres ont toutefois largement appuyé les cinq priorités identifiées dans le document, à savoir:

- l'égalité entre les femmes et les hommes en termes d'indépendance économique;
- l'égalité des rémunérations pour un travail de même valeur;
- l'égalité dans la prise de décision;
- la dignité, l'intégrité et la fin des violences fondées sur le sexe; et la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes à l'extérieur de l'UE.

Dans ces cinq domaines prioritaires, l'engagement stratégique définit les objectifs sur lesquels la Commission axera ses travaux. Pour chacun de ces domaines prioritaires, il fixe les principales actions à mettre en œuvre au cours des prochaines années, assorties d'un calendrier précis. Il définit également des indicateurs pour les objectifs à atteindre et le suivi. En outre, il souligne la nécessité d'intégrer la question de l'égalité des sexes dans toutes les politiques de l'Union, ainsi que dans les programmes de financement de l'UE.

Semestre européen 2016

Le Conseil a procédé à un échange de vues sur le Semestre européen.

Le Semestre européen 2016 a débuté avec la présentation par la Commission, le 26 novembre, d'un paquet contenant l'examen annuel de la croissance, le rapport conjoint sur l'emploi et le rapport sur le mécanisme d'alerte, ainsi que le projet de recommandation pour la zone euro.

Les ministres ont souligné qu'il était possible, pour consolider la reprise et stimuler la convergence, de s'appuyer sur trois domaines prioritaires en matière de politique économique et sociale, à savoir: relancer l'investissement, poursuivre les réformes structurelles et mener des politiques budgétaires responsables.

Ils ont accueilli avec satisfaction le fait que, cette année, les dimensions sociales et de l'emploi du rapport sur le mécanisme d'alerte sont renforcées dans l'ensemble du paquet économique.

Le rapport annuel de croissance 2016 maintient et actualise les priorités existantes en tenant compte des progrès accomplis et des nouveaux défis. Les priorités de cette année sont de relancer l'investissement, poursuivre les réformes structurelles pour moderniser les économies et mener des politiques budgétaires responsables. Le paquet de cette année insiste fortement sur les performances sociales et en matière d'emploi et met en exergue l'importance de l'investissement social.

Le rapport conjoint sur l'emploi analyse la situation en matière sociale et d'emploi dans l'UE et les politiques mises en œuvre pour y faire face. Il constate que ladite situation s'améliore peu à peu, mais que les divergences entre les États membres persistent.

Le rapport sur le mécanisme d'alerte marque le début de la procédure concernant les déséquilibres macroéconomiques. Étant donné que les déséquilibres peuvent faire obstacle à la performance des économies nationales, de la zone euro ou de l'Union européenne dans son ensemble, ce rapport vise à recenser les États membres qui doivent faire l'objet d'un examen approfondi pour déterminer s'ils sont touchés par des déséquilibres ou non.

Dans ce contexte, le Conseil EPSCO a également approuvé les aspects sociaux et en matière d'emploi du projet de recommandation pour la zone euro. Cette recommandation sera adoptée l'année prochaine, après approbation des aspects économiques par le Conseil ECOFIN et lorsque le Conseil européen aura marqué son accord à son égard.

Égalité entre les femmes et les hommes dans le domaine de la prise de décision

Le Conseil a adopté des conclusions sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans le domaine de la prise de décision ([14325/15](#)).

Ces conclusions font partie de la mise en œuvre du programme d'action de Beijing, qui vise à renforcer le pouvoir d'action des femmes.

Elles se basent sur un rapport préparé par l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes dans le domaine de la prise de décision.

Dans le but de suivre la mise en œuvre des 12 domaines d'action critiques identifiés dans le programme d'action de Beijing, les présidences successives ont axé leurs travaux sur la collecte et l'analyse de données et ont élaboré des indicateurs pour des domaines critiques spécifiques.

Économie sociale

Le Conseil a adopté des conclusions sur la promotion de l'économie sociale en tant que moteur essentiel du développement économique et social en Europe ([13766/15](#)).

L'économie sociale constitue un pilier important à l'échelle de l'Europe, et plus particulièrement en termes d'emploi et de cohésion sociale. C'est un secteur qui a mieux résisté à la crise économique que d'autres.

L'économie sociale combine activités économiques durables et effets sociaux positifs, tout en adaptant les biens et les services aux besoins. Elle contribue à la réalisation de plusieurs grands objectifs de l'UE, tels que la croissance intelligente, durable et inclusive, des emplois de qualité, la cohésion sociale, l'innovation sociale, le développement local et régional et la protection de l'environnement.

Gouvernance sociale

Le Conseil a adopté des conclusions intitulées "Une gouvernance sociale pour une Europe inclusive" ([14129/15](#)).

Ces conclusions ont pris pour point de départ le rapport des cinq Présidents, qui porte principalement sur la consolidation de l'Union économique et monétaire.

Elles s'inscrivent également dans la perspective du "triple A social pour l'Europe", que le président de la Commission européenne a appelé de ses vœux.

Divers

- a) Propositions législatives: La présidence a communiqué au Conseil des informations sur les propositions législatives (en cours) suivantes: règlement relatif à un réseau européen des services de l'emploi, à l'accès des travailleurs aux services de mobilité et à la poursuite de l'intégration des marchés du travail (EURES); décision établissant une plateforme européenne dans l'objectif de renforcer la coopération visant à prévenir et à décourager le travail non déclaré.

La Commission a communiqué au Conseil des informations sur l'acte européen sur l'accessibilité.

- b) La Commission communiqué au Conseil des informations sur le pacte européen pour la jeunesse lancé à l'occasion du sommet "Entreprise 2020", qui s'est tenu à Bruxelles les 16 et 17 novembre 2015.
- c) La Commission a communiqué au Conseil des informations sur la liste des mesures visant à faire progresser l'égalité de traitement des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres.
- d) La présidence a communiqué au Conseil des informations sur les conférences / initiatives organisées au cours de son mandat.
- e) La délégation néerlandaise a communiqué au Conseil des informations sur le programme de travail de la prochaine présidence.

SANTÉ**Stratégie de l'UE visant à réduire les méfaits de l'alcool**

Le Conseil a adopté les conclusions suivantes sur "Une stratégie de l'UE visant à réduire les méfaits de l'alcool" ([15050/15](#)):

"LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE

1. RAPPELLE qu'en vertu de l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, 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 l'Union et, l'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, 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 comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant en particulier la recherche sur leurs causes et leur prévention, ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé;

L'Union encourage la coopération entre les États membres dans le domaine de la santé publique et, si nécessaire, appuie leur action. L'Union et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes. L'action de l'Union respecte pleinement les responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux, y compris la répartition des ressources qui leur sont affectées;

2. RAPPELLE que la consommation nocive d'alcool a été reconnue comme un facteur de risque important dans la communication de la Commission sur la stratégie de la Communauté européenne en matière de santé¹ et que des actions visant à réduire les méfaits de l'alcool ont été financées par le deuxième et le troisième programmes d'action dans le domaine de la santé².

¹ SN 8756/00

² 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); règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1350/2007/CE.

3. RAPPELLE la recommandation du Conseil de 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes¹, dans laquelle la Commission est invitée, en coopération avec les États membres, à exploiter pleinement l'ensemble des politiques communautaires pour traiter des aspects couverts par ladite recommandation, notamment l'élaboration aux niveaux national et européen de politiques générales de promotion de la santé traitant des problèmes liés à l'alcool;
4. RAPPELLE la stratégie de l'UE pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool (2006-2012)², ainsi que les conclusions que le Conseil a adoptées en 2001³, 2004⁴ et 2006⁵, où la Commission est invitée à présenter une stratégie globale visant à réduire les dommages liés à l'alcool, la création du comité de politique et d'action nationales en matière d'alcool (CNAPA), chargé de promouvoir la mise en œuvre de cette stratégie, ainsi que les conclusions du Conseil de 2009⁶, dans lesquelles la Commission est invitée à définir les priorités pour la phase suivante des travaux de la Commission sur l'alcool et la santé au terme de la stratégie actuelle, en 2012;
5. SE FÉLICITE de la résolution du Parlement européen du 29 avril 2015 sur la stratégie en matière d'alcool, qui préconise l'élaboration d'une nouvelle stratégie de l'UE en matière d'alcool (2016-2022)⁷ et réaffirme l'importance d'un engagement politique fort de la Commission européenne, du Conseil et des États membres de l'Union afin de mettre tout en œuvre pour prévenir les dommages liés à l'alcool;
6. ACCUEILLE AVEC INTÉRÊT la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁸, ainsi que le plan d'action européen de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020⁹;

¹ Recommandation 2001/458/CE du Conseil du 5 juin 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants et les adolescents (JO L 161 du 16.6.2001, p. 38).

² "Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions du 24 octobre 2006 - Une stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool" (COM(2006) 625 final).

³ Conclusions du Conseil du 5 juin 2001 (JO C 175 du 20.6.2001, p. 2).

⁴ Conclusions du Conseil du 2 juin 2004 sur l'alcool et les jeunes, doc. 9507/04 (Presse 163).

⁵ Conclusions du Conseil du 30 novembre 2006, "Stratégie de l'UE visant à réduire les dommages liés à l'alcool", doc. 15258/06.

⁶ Conclusions du Conseil du 1^{er} décembre 2009 (JO C 302 du 12.12.2009, p. 15).

⁷ Résolution du Parlement européen du 29 avril 2015 sur la stratégie en matière d'alcool (2015/2543(RSP)).

⁸ Résolution WHA63.13, p. 27.

⁹ Résolution EUR/RC61/R4.

7. NOTE AVEC INQUIÉTUDE que selon le rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé de l'OMS¹, l'usage nocif d'alcool est l'un des principaux facteurs de risque pour les maladies et le handicap, et l'Union européenne est la région où la consommation d'alcool est la plus élevée dans le monde, avec une consommation moyenne par adulte (de plus de 15 ans) de 10,1 litres d'alcool pur en 2012²;
8. CONSTATE AVEC INQUIÉTUDE que, selon le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) intitulé "Lutter contre l'usage nocif de l'alcool: Politiques économiques et de santé publique"³, la consommation régulière et excessive d'alcool s'accroît dans certains États membres, l'augmentation alarmante de la consommation d'alcool chez les jeunes (mineurs et jeunes adultes) et chez les femmes dans de nombreux États membres suscite une inquiétude générale, et l'abus d'alcool n'a pas seulement un effet négatif sur les individus, mais également sur la société dans son ensemble;
9. SOULIGNE que la réduction du fardeau que représentent les décès liés à l'alcool, qui sont évitables, les maladies et traumatismes chroniques, la violence, les inégalités dans le domaine de la santé et les autres conséquences sociales pour les tiers, ainsi que les comportements à risque liés à la consommation d'alcool, en particulier chez les jeunes, est devenu un sujet de préoccupation commun et que la coopération et la coordination au niveau de l'UE apporteront une valeur ajoutée;
10. SOULIGNE que la prévention des méfaits de l'alcool constitue un investissement nécessaire, qui est bénéfique pour l'économie, puisqu'elle permet de limiter durablement les pertes économiques et les dépenses de santé, en diminuant entre autres la charge que représentent les maladies chroniques, notamment le cancer, et d'augmenter la productivité de la main-d'œuvre;
11. SOULIGNE en outre que la réduction de la consommation nocive d'alcool a également un effet positif sur la sécurité publique et la sécurité routière, en particulier sur la réduction du nombre de décès et d'accidents sur les routes;
12. NOTE que pour réduire les dommages liés à l'alcool, il faut agir dans toute une série de domaines et mobiliser de nombreux secteurs de la société civile, tant au niveau national qu'à l'échelle de l'UE;
13. RAPPELLE que, lors de la réunion informelle des ministres de la santé qui s'est tenue le 21 avril 2015 et lors de la session du Conseil EPSCO du 19 juin 2015, un grand nombre de ministres ont lancé un appel en faveur d'une stratégie de l'UE visant à réduire les dommages liés à l'alcool, et souligne qu'une telle stratégie peut appuyer et compléter les politiques nationales dans le domaine de la santé publique.

¹ OMS 2014, p. 46, p. 31.

² Panorama de la santé: Europe 2014 (publication conjointe de l'OCDE et de la Commission européenne), décembre 2014.

³ "Lutter contre l'usage nocif de l'alcool: Politiques économiques et de santé publique", mai 2015.

INVITE LES ÉTATS MEMBRES À:

14. CONTINUER de promouvoir une approche multisectorielle de la problématique de la réduction des dommages liés à l'alcool aux niveaux national et européen et de renforcer ou développer, selon le cas, des stratégies ou des plans d'action de portée générale arrêtés au niveau national et adaptés aux traditions locales et régionales particulières;

15. ADOPTER les mesures qui permettront de protéger les jeunes contre une consommation nocive d'alcool, notamment en ce qui concerne l'âge légal de la consommation d'alcool et l'exposition à certaines pratiques commerciales, et CONTINUER de soutenir les actions d'information et de sensibilisation portant sur la consommation nocive d'alcool, et notamment les comportements à risque liés à la consommation d'alcool.

INVITE LES ÉTATS MEMBRES ET LA COMMISSION À:

16. COOPÉRER D'AVANTAGE pour déterminer les mesures efficaces et les meilleures pratiques à adopter afin d'atténuer autant que possible les conséquences sociales et sanitaires ainsi que les inégalités en matière de santé qui découlent d'une consommation nocive d'alcool, en concentrant leur action notamment sur la prévention des comportements à risque liés à la consommation d'alcool chez les jeunes, sur les personnes présentant des niveaux ou des modes de consommation d'alcool délétères, et sur les problématiques alcool et grossesse, et alcool et conduite d'un véhicule;

17. CONTINUER d'appuyer les travaux du CNAPA, compte tenu des résultats du rapport sur la mise en œuvre de la première stratégie de l'UE contre les méfaits de l'alcool¹, ainsi que la participation des parties prenantes aux niveaux national et européen à la lutte contre les méfaits de l'alcool;

18. CONSTATER qu'il est nécessaire de continuer à recueillir des informations à l'échelle de l'UE sur la mise en application des dispositions législatives nationales qui ont trait à l'alcool, dans le respect des compétences nationales ainsi que des traditions socioculturelles régionales et locales;

19. ENVISAGER, notamment à la lumière du rapport que la Commission doit adopter en application de l'article 16, paragraphe 4, du règlement (UE) n° 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires², la possibilité d'imposer un étiquetage des ingrédients et une déclaration nutritionnelle, en particulier de la valeur énergétique, des boissons alcoolisées;

¹ Commission européenne, Direction générale Santé et sécurité alimentaire, Premier rapport sur l'état d'avancement de la stratégie européenne de lutte contre les méfaits de l'alcool, septembre 2009.

² JO L 304 du 22.11.2011, p. 18.

INVITE LA COMMISSION À:

20. CONTINUER de soutenir les États membres dans leur lutte contre les méfaits de l'alcool, dans le respect absolu des principes de subsidiarité et de proportionnalité;
21. ADOPTER d'ici la fin 2016, tout en respectant pleinement les compétences des États membres, une stratégie globale de l'UE spécialement consacrée à la réduction des méfaits de l'alcool et comportant des mesures relevant de divers domaines d'action de l'UE afin de s'attaquer aux conséquences sanitaires et socioéconomiques de la consommation nocive d'alcool. Cette stratégie spécifique de l'UE devrait privilégier les initiatives dans le domaine de la réduction des méfaits de l'alcool ayant une dimension transfrontière et présentant une valeur ajoutée au niveau de l'UE, s'inscrire dans le prolongement de la première stratégie de l'UE contre les méfaits de l'alcool (2006-2012) et prendre en compte les travaux menés par le CNAPA ainsi que ceux effectués dans le cadre de la stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et du plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020;
22. RENDRE COMPTE au Conseil des résultats de ses travaux et des progrès accomplis dans le domaine de la réduction des méfaits de l'alcool."

La médecine personnalisée pour les patients

Le Conseil a adopté les conclusions suivantes sur "la médecine personnalisée pour les patients" ([15054/15](#)):

"LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE

1. RAPPELLE que l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne prévoit qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union et que l'action de l'Union doit compléter les politiques nationales et porter sur l'amélioration de la santé publique. L'Union encourage la coopération entre les États membres dans le domaine de la santé publique et, si nécessaire, elle appuie leur action. L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux, y compris l'allocation des ressources qui leur sont affectées;
2. RAPPELLE les conclusions du Conseil adoptées le 2 juillet 2006 sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne¹, qui établissent un ensemble de principes de fonctionnement communs à l'Union européenne tout entière, notamment en ce qui concerne la participation du patient ainsi que la qualité et la sécurité des soins de santé, et qui soulignent entre autres que tous les systèmes de santé de l'UE tendent à être centrés sur le patient;

¹ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:FR:PDF>.

3. RAPPELLE les conclusions du Conseil adoptées le 6 juin 2001 sur l'innovation dans le secteur des dispositifs médicaux¹, dans lesquelles il est souligné que les dispositifs médicaux innovants pourraient améliorer la santé et la qualité de vie des patients et contribuer à régler le problème de la viabilité des systèmes de soins de santé, et que l'innovation devrait être de plus en plus centrée sur le patient;
4. RAPPELLE la recommandation du Conseil du 8 juin 2009 relative à une action dans le domaine des maladies rares (2009/C 151/02) ainsi que les mesures d'incitation prévues par le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil concernant les médicaments orphelins, également utilisées pour encourager le développement et l'autorisation de produits pharmaceutiques à l'intention de populations restreintes;
5. RAPPELLE les conclusions du Conseil adoptées le 10 décembre 2013 sur le processus de réflexion relatif à des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables², les conclusions du Conseil adoptées le 20 juin 2014 sur la crise économique et les soins de santé³, ainsi que les conclusions du Conseil adoptées le 1^{er} décembre 2014 sur l'innovation dans l'intérêt des patients⁴, dans lesquelles il prône la nécessité d'une coopération, dans le plein respect des domaines de compétence des États membres, sur les stratégies visant à gérer efficacement les dépenses de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux tout en garantissant un accès équitable à des médicaments efficaces dans le cadre de systèmes de soins de santé nationaux viables; en outre, les conclusions du Conseil sur l'innovation dans l'intérêt des patients ont fait l'objet d'un suivi au sein du groupe "Santé publique" au niveau des hauts fonctionnaires, notamment en ce qui concerne des questions susceptibles de servir de points de départ lors de discussions à venir⁵;
6. PREND NOTE du document de travail des services de la Commission sur le recours aux technologies "omiques" pour le développement de la médecine personnalisée⁶, qui met en lumière le potentiel et les enjeux dans ce domaine et conclut que le développement de la médecine personnalisée ouvre, grâce au recours aux technologies "omiques", de nouvelles possibilités pour le traitement des patients dans l'Union européenne. Ce document suggère que, en suivant une telle approche, les prestataires de soins de santé pourraient être en mesure d'offrir des traitements mieux ciblés, d'éviter des erreurs médicales et de réduire les effets indésirables des produits pharmaceutiques. En outre, plusieurs obstacles à la mise en œuvre de la médecine personnalisée et à son intégration dans les systèmes de santé y sont recensés;

¹ JO C 202 du 8.7.2011, p. 7.

² JO C 376 du 21.12.2013, p. 3.

³ JO C 217 du 10.7.2014, p. 2.

⁴ JO C 438 du 6.12.2014, p. 12.

⁵ Doc. 9869/15 "Innovation for the benefit of patients: Follow-up to the Council's conclusions" (L'innovation dans l'intérêt des patients: suites données aux conclusions du Conseil) et doc. 11039/1/15 REV1 "Outcome of proceedings of the Working Party on Public Health at Senior Level on 15 July 2015" (Résultats des travaux effectués lors de la réunion du 15 juillet 2015 du groupe "Santé publique" au niveau des hauts fonctionnaires).

⁶ Document de travail des services de la Commission, octobre 2013.

7. PREND NOTE du rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les médicaments prioritaires¹, qui examine le rôle et les limitations actuelles de la médecine personnalisée, appelée "médecine stratifiée" dans le contexte du rapport, et recommande d'investir pour renforcer la recherche et les connaissances dans le domaine de la médecine stratifiée et de la pharmacogénomique;
8. NOTE qu'il n'existe pas de définition communément admise de la notion de "médecine personnalisée". Toutefois, il est largement reconnu que la médecine personnalisée est un modèle médical qui s'appuie sur la caractérisation des phénotypes et des génotypes des personnes (par exemple par le profilage moléculaire, l'imagerie médicale, les informations relatives au style de vie) pour proposer la bonne stratégie thérapeutique à la bonne personne au bon moment et/ou pour établir l'existence d'une prédisposition à une maladie et/ou pour assurer une prévention ciblée et en temps opportun. La médecine personnalisée est liée à la notion plus large de soins centrés sur le patient, qui prend en compte la nécessité générale pour les systèmes de santé de mieux répondre aux besoins des patients;
9. NOTE que, à l'heure du développement rapide des technologies de séquençage de l'ADN et d'autres technologies "omiques" avancées en matière d'identification de différents marqueurs biologiques, l'espoir étant que ces avancées permettent de recourir à un profil de risque médical détaillé pouvant servir d'instrument supplémentaire pour des interventions ciblées, avec des résultats cliniques et une possible amélioration de ceux-ci en ligne de mire et la perspective d'une évolution dans le temps vers un meilleur rapport coût-efficacité des soins de santé;
10. NOTE que, à mesure que la médecine personnalisée se développe, les personnes et les systèmes de soins de santé font face à de nouveaux défis, consistant notamment à concilier les risques et les avantages associés à ce type de médecine tout en prenant en considération les implications éthiques, financières et juridiques de celle-ci, notamment en matière de prix et de remboursement, ainsi que de protection des données et d'intérêt public lors du traitement de données à caractère personnel;
11. NOTE que le développement et la mise en œuvre de la médecine personnalisée s'accompagne de l'élaboration de diagnostics correspondants;
12. NOTE AVEC INQUIÉTUDE que tous les patients n'ont pas accès aux méthodes innovantes qui se fondent sur une prévention, un diagnostic et un traitement mieux ciblés et que les États membres sont confrontés au défi de taille que constitue la promotion d'une prise en compte adéquate par les systèmes de santé aux fins d'application dans la pratique clinique, conformément aux principes de solidarité et d'accès universel et égal à des soins de santé de grande qualité, dans le plein respect des compétences des États membres et en assurant la viabilité de leurs systèmes nationaux de santé;

¹ http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/MasterDocJune28_FINAL_Web.pdf.

13. NOTE que la médecine personnalisée est en train de devenir une réalité dans la recherche, en particulier grâce au soutien du septième programme-cadre pour des actions de recherche, de développement technologique et de démonstration, qui a consacré plus de 1 milliard d'euros au soutien à la médecine personnalisée pour la période 2007-2013¹. Le financement de la recherche dans le domaine de la médecine personnalisée se poursuivra au titre du programme-cadre pour la recherche et l'innovation "Horizon 2020"², y compris par des actions menées dans le contexte de l'initiative en matière de médicaments innovants (IMI)³;

14. SALUE la conférence de haut niveau organisée le 8 juillet 2015 sur le thème "Faire de l'accès à la médecine personnalisée une réalité pour les patients", qui a examiné les obstacles à l'intégration de la médecine personnalisée dans les systèmes de santé de l'Union européenne, recensé les meilleures pratiques et leur valeur ajoutée, et esquissé les avantages potentiels de la médecine personnalisée pour la santé publique ainsi que son incidence sur l'élaboration des politiques au sein de l'Union européenne. Associant les décideurs du secteur de la santé publique, les instances de régulation, les payeurs et les patients, la conférence a en outre souligné la nécessité de définir, à l'échelle de l'Union européenne, une approche centrée sur le patient à l'égard de la médecine personnalisée ainsi qu'une approche globale intégrant les différentes phases du cycle de vie des produits utilisés dans la médecine personnalisée, de manière à en faciliter la prise en compte dans la pratique clinique;

INVITE LES ÉTATS MEMBRES:

15. s'il y a lieu et conformément à leurs dispositions nationales, À FAVORISER l'accès à une médecine personnalisée cliniquement efficace et financièrement tenable en développant des politiques centrées sur le patient y compris, au besoin, en responsabilisant les patients et en intégrant leurs points de vue dans l'élaboration des processus réglementaires, en coopération avec les associations de patients et d'autres acteurs concernés;

16. À UTILISER les informations sur le génome en vue d'intégrer les progrès de la génomique humaine dans la recherche, les politiques et les programmes de santé publique, dans le respect des dispositions nationales en vigueur concernant les données à caractère personnel et la génomique;

17. À DÉVELOPPER OU À RENFORCER, si nécessaire, non seulement les stratégies de communication de santé publique, sur la base de données disponibles, objectives, équilibrées et non promotionnelles pour sensibiliser la population tant aux bénéfices qu'aux risques d'une médecine personnalisée, mais aussi le rôle et les droits des citoyens, ce qui contribuera à un accès approprié aux méthodes innovantes de diagnostic et à des traitements mieux ciblés;

¹ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=uriserv:i23022>

Par exemple le projet PerMed (www.permed2020.eu).

² http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/legal_basis/fp/h2020-eu-establact_fr.pdf.

³ <http://www.imi.europa.eu/>.

18. À METTRE en place des stratégies d'information et de sensibilisation à destination des patients, sur la base de données disponibles, objectives, équilibrées et non promotionnelles, afin d'améliorer les connaissances en matière de santé et l'accès à des informations fiables, pertinentes et compréhensibles sur les possibilités de traitement existantes, y compris en ce qui concerne les bénéfices et les risques auxquels il faut s'attendre, ce qui devrait permettre aux patients de collaborer activement avec les professionnels des soins de santé au choix des stratégies de traitement les plus adaptées;
19. À FOURNIR aux professionnels de la santé une offre en matière d'éducation, de formation et de perfectionnement professionnel permanent visant à les doter des connaissances, aptitudes et compétences nécessaires pour tirer le meilleur parti de ce qu'une médecine personnalisée apporte aux patients et aux systèmes de soins de santé;
20. À ENCOURAGER la coopération dans la collecte, le partage, la gestion et la normalisation appropriée des données nécessaires pour permettre à la médecine personnalisée de faire l'objet de recherches, d'un développement et d'une application efficaces, dans le respect de la législation sur la protection des données;
21. À PROMOUVOIR les interactions interdisciplinaires, notamment entre les spécialistes de la génétique, en recourant aux méthodes statistiques, à la bio-informatique et à l'informatique médicale et à l'épidémiologie, et entre les professionnels de la santé, afin de parvenir à mieux comprendre les données disponibles, à intégrer et à interpréter plus efficacement les informations provenant de sources multiples et d'opérer les bons choix quant aux possibilités de traitement;
22. si nécessaire, À DÉVELOPPER les procédures destinées à évaluer l'impact de la médecine personnalisée, en particulier les procédures d'évaluation des technologies de la santé (ETS), OU À les AJUSTER aux spécificités de la médecine personnalisée, en tenant compte, entre autres, de la valeur ajoutée qu'elle apporte du point de vue des patients, y compris par une coopération accrue et l'échange de bonnes pratiques, dans le strict respect des compétences des États membres;
23. À RECONNAÎTRE le potentiel des biobanques hospitalières et populationnelles pour accélérer la découverte et le développement de nouveaux médicaments; soutenir la normalisation et la mise en réseau des biobanques pour combiner et partager les ressources, dans le respect de la législation sur la protection des données;
24. À ENVISAGER l'échange d'informations et de bonnes pratiques dans les enceintes existantes, qui pourrait contribuer à la fois à donner aux patients un accès approprié à la médecine personnalisée et à pérenniser les systèmes de santé;
25. À ENVISAGER d'élaborer des stratégies à long terme, axées sur le patient, pour relever, dans un objectif de santé publique, les défis que pose l'accès à une médecine personnalisée, tout en assurant la viabilité des systèmes nationaux de santé et dans le strict respect des compétences des États membres;

26. À ÉCHANGER des bonnes pratiques dans le domaine de la médecine personnalisée et à faciliter leur bonne utilisation dans la pratique des soins de santé.

INVITE LES ÉTATS MEMBRES ET LA COMMISSION:

27. À CONTINUER à coopérer de manière volontaire, y compris dans l'élaboration d'orientations et la définition de critères, afin de contribuer à l'ETS en médecine personnalisée conformément à la stratégie ETS¹, dans le strict respect des compétences des États membres;

28. À FAVORISER une coopération accrue entre les États membres au sein du réseau d'ETS mis en place dans le cadre de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers et entre les organismes d'ETS dans le cadre de la future action conjointe;

29. À PROMOUVOIR l'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques afin d'en faciliter l'utilisation aux fins de la santé publique et de la recherche, par l'intermédiaire du réseau "santé en ligne" mis en place dans le cadre de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, en tirant parti de l'aide apportée par le mécanisme pour l'interconnexion en Europe²;

30. À ÉLABORER des principes communs pour la collecte de données, fondés sur des normes et un cadre juridique solide, permettant de traiter les données des patients et de disposer de données comparables au niveau de l'Union européenne et autorisant une utilisation secondaire et une analyse des données à une échelle plus large en accord avec la législation sur la protection des données, dans le strict respect des compétences des États membres;

31. À ENCOURAGER les inventeurs, les instances de régulation et les organismes d'ETS à dialoguer et à s'échanger des avis scientifiques parallèles de manière précoce, en tenant compte, s'il y a lieu, des informations émanant des patients, des professionnels des soins de santé et des payeurs, pour alimenter les processus de production de données scientifiques et d'autorisation réglementaire, dans le strict respect des compétences des États membres;

32. À ENCOURAGER le dialogue avec les autorités des États membres et les parties prenantes pour faciliter la mise en œuvre progressive de l'approche génomique de la santé publique tant au niveau de l'Union européenne qu'à celui des États membres sur la base d'initiatives antérieures de l'Union européenne, comme les lignes directrices européennes sur l'assurance qualité et la fourniture/l'utilisation d'informations et de technologies génomiques pour la santé publique - réseau européen de génomique pour la santé publique³, et faciliter les initiatives en cours de l'Union européenne telles que le document d'orientation sur la génomique en santé publique pour le cancer, qui doit être mis au point dans le cadre de l'action conjointe sur la stratégie globale de lutte contre le cancer, avec l'aide des groupes d'experts de la Commission dans le domaine de la lutte contre le cancer et des maladies rares;

¹ http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/2014_strategy_eucooperation_hta_en.pdf.

² <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/connecting-europe-facility>.

³ http://www.phgen.eu/typo3/fileadmin/downloads/QA_Report.pdf.

33. À TENIR compte de la médecine personnalisée dans le contexte plus large du futur cadre de collaboration durable de l'Union européenne en matière de sécurité des patients et de qualité des soins, comme le Conseil l'a demandé dans ses conclusions du 1er décembre 2014 sur la sécurité des patients et la qualité des soins;

34. À POURSUIVRE les travaux du groupe d'experts sur l'accès rapide et sûr aux médicaments pour les patients (STAMP), qui est chargé d'analyser les questions liées à la mise en œuvre de la législation pharmaceutique de l'Union européenne dans le but de trouver comment utiliser plus efficacement les outils réglementaires actuels de l'Union européenne et améliorer encore l'accès sûr et rapide des patients aux médicaments, y compris aux médicaments innovants; à continuer, au sein du groupe d'experts STAMP, à suivre les avancées du projet pilote de parcours adaptatif mené par l'Agence européenne des médicaments et à observer comment ce projet pourrait permettre d'autoriser un médicament de manière précoce en vue de son utilisation dans une population bien définie de patients ayant de grands besoins médicaux.

INVITE LA COMMISSION:

35. À EXAMINER, sur la base d'une étude menée au titre du troisième programme dans le domaine de la santé (2014-2020), comment exploiter le potentiel du big data, qui est utilisé dans la médecine personnalisée, pour contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables, dans le respect du droit à la protection des données à caractère personnel. Cette étude devrait également s'attacher aux aspects éthiques, juridiques et sociaux;

36. À FACILITER la coopération et À PROMOUVOIR l'échange de bonnes pratiques en matière d'éducation, de formation et de perfectionnement professionnel permanent des professionnels de la santé dans le domaine de la médecine personnalisée;

37. À PROMOUVOIR les possibilités offertes par les réseaux européens de référence dans le cadre de la directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, pour contribuer à faciliter la mise en œuvre de la recherche transnationale intersectorielle, y compris, le cas échéant, celle portant sur la médecine personnalisée destinée aux patients souffrant de maladies rares ou à faible prévalence ou de maladies complexes;

38. À CONTINUER à promouvoir les importantes contributions à la médecine personnalisée qu'apporte la recherche effectuée au titre du programme-cadre pour la recherche et l'innovation "Horizon 2020", y compris grâce à des actions menées dans le contexte de l'initiative en matière de médicaments innovants (IMI), afin d'accélérer le développement d'outils de prévention et de diagnostic plus efficaces ainsi que de médicaments meilleurs et plus sûrs pour les patients."

Personnes atteintes de démence: améliorer les politiques et pratiques en matière de soins

Le Conseil a adopté les conclusions suivantes intitulées "Le soutien des personnes atteintes de démence: améliorer les politiques et pratiques en matière de soins" ([15055/15](#)):

"LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE

1. RAPPELLE que, conformément à l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union, et que l'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique. L'Union doit encourager la coopération entre les États membres dans le domaine de la santé publique et, si nécessaire, appuyer leur action, et elle favorise la coopération avec les organisations internationales compétentes. L'action de l'Union doit être menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux, y compris l'allocation des ressources qui leur sont affectées;
2. CONSTATE AVEC PRÉOCCUPATION que 47,5 millions de personnes dans le monde sont actuellement atteintes de démence, 58 % d'entre elles vivant dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Selon les estimations, 6,4 millions de personnes sont atteintes de démence dans l'Union européenne¹;
3. RAPPELLE que la démence constitue l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde et qu'elle a des conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques pour les personnes qui en sont atteintes ainsi que pour leurs familles, les personnes chargées des soins et la société²;
4. RAPPELLE que, même si la démence touche principalement les personnes âgées, un nombre important de personnes sont atteintes de démence précoce;
5. INSISTE sur les droits des patients, en particulier en matière de dignité humaine, comme le prévoit la Charte des droits fondamentaux de l'UE³;
6. EST CONSCIENT que les personnes atteintes de démence peuvent vivre correctement pendant un certain nombre d'années, en particulier si l'accès aux soins, l'évaluation et le diagnostic sont assurés dans un délai raisonnable et s'il existe un soutien adapté;

¹ OMS, aide-mémoire n° 362, mars 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>; "ALCOVE Joint Action report", "Executive Summary", p. 29, http://www.alcove-project.eu/images/synthesis-report/ALCOVE_SYNTHESIS_REPORT_WP4.pdf.

² OMS, aide-mémoire n° 362, mars 2015.

³ Voir le Titre I sur la dignité, téléchargeable sur http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf

7. MESURE les répercussions importantes de la démence et des maladies liées à la démence sur la pérennité financière des systèmes de santé et de protection sociale;
8. SOULIGNE qu'il importe de promouvoir des styles de vie sains, y compris pour la santé cérébrale, tout au long de la vie, afin d'accroître l'espérance de vie en bonne santé;
9. RAPPELLE qu'il convient de mieux comprendre ces pathologies pour parvenir à un niveau élevé de protection de la santé dans une société vieillissante, ce qui constitue l'une des priorités du deuxième programme dans le domaine de la santé et du troisième programme qui lui succède (2014-2020)¹;
10. RAPPELLE que de nombreuses initiatives au niveau de l'UE ont également considéré la démence comme une priorité dans le cadre de l'évolution démographique et ont mis de nouveau l'accent sur les conséquences importantes de l'augmentation du nombre de personnes atteintes par cette maladie²;
11. RAPPELLE les conclusions du Conseil adoptées le 16 décembre 2008 sur les stratégies de santé publique pour lutter contre les maladies neurodégénératives liées à l'âge, qui invitaient la Commission à adopter, en 2009, une initiative pour lutter contre ces maladies³;
12. RAPPELLE que la Commission a proposé une nouvelle approche en vue de mieux utiliser les fonds publics européens de R&D grâce à une programmation conjointe dans des domaines clés, dont la maladie d'Alzheimer. L'Initiative de programmation conjointe consacrée à la lutte contre les maladies neurodégénératives, menée par les États membres, a donc été lancée en 2010, dans le but de mieux coordonner les efforts de recherche déployés au niveau national dans le domaine des maladies neurodégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer;

¹ Règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020); JO L 86 du 21.3.2014, p. 1.

² Voir l'aperçu des initiatives dans le domaine de la démence figurant dans le document de travail des services de la Commission sur la mise en œuvre de la communication de la Commission concernant une initiative européenne sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences, SWD(2014) 321 final du 16.10.2014 - telles que l'action conjointe ALCOVE (Action conjointe européenne sur la démence), le partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé, le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, la plateforme européenne visant à faciliter les démonstrations de faisabilité en matière de prévention de la maladie d'Alzheimer ("European platform to facilitate proof-of-concept for prevention of Alzheimer's Disease" - EPOC-AD) et l'Initiative en matière de médicaments innovants.

³ <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-16516-2008-INIT/fr/pdf>.

13. RAPPELLE que, au titre du septième programme-cadre pour des actions de recherche et de développement technologique (2007-2013), plus de 576 millions d'euros ont été consacrés à la recherche sur la démence et les maladies neurodégénératives entre 2007 et 2013; s'appuyant sur ces résultats, le nouveau programme-cadre de l'UE pour la recherche et l'innovation "Horizon 2020" (2014-2020) permet de poursuivre les travaux concernant l'enjeu de société et de santé que constitue la démence, plus de 103 millions d'euros ayant déjà été investis dans des activités de recherche et d'innovation liées à cette maladie;
14. ACCUEILLE AVEC SATISFACTION la résolution du Parlement européen, adoptée le 19 janvier 2011, sur une initiative européenne pour faire face à la maladie d'Alzheimer et aux autres démences, qui demande à faire de la démence une priorité sanitaire de l'UE et engage les États membres à élaborer des programmes spécifiques nationaux¹;
15. RAPPELLE le premier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), intitulé "Dementia: A Public Health Priority" (La démence, une priorité de santé publique)² et publié en 2012, qui fournissait des informations sur la démence, menait une action de sensibilisation et en faisait l'une des maladies prioritaires examinées par le Programme d'action de l'OMS "Comblant les lacunes en santé mentale"³, qui vise à élargir les soins que nécessitent les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives;
16. ACCUEILLE AVEC SATISFACTION la déclaration des ministres de la santé du G8 sur la démence, adoptée le 11 décembre 2013, lors du sommet du G8, en vue de favoriser l'innovation pour découvrir, d'ici 2025, un remède pour la démence ou un traitement modifiant cette maladie, de définir des domaines prioritaires stratégiques et d'accroître le financement en faveur de la recherche⁴;
17. RAPPELLE la conférence de la présidence italienne intitulée "Dementia in Europe: a challenge for our common future" (La démence en Europe: un défi pour notre avenir commun) et tenue à Rome le 14 novembre 2014⁵, qui a donné une vue d'ensemble des initiatives menées dans l'UE sur la démence, notamment en matière de prévention, de traitement et de promotion de la santé des personnes âgées.
18. RAPPELLE le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) du 13 mars 2015 intitulé "Addressing dementia: The OECD Response" (La lutte contre la démence: la réponse de l'OCDE)⁶, qui réaffirmait la nécessité de faire de la démence une priorité politique;

¹ 2010/2084 (INI).

² OMS, "Dementia: a public health priority", 2012, téléchargeable sur http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/.

³ http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/.

⁴ <https://www.gov.uk/government/publications/g8-dementia-summit-agreements>.

⁵ <http://www.salute.gov.it/portale/ItaliaUE2014/dettaglioEvento.jsp?lingua=english&id=246>.

⁶ <http://www.oecd.org/fr/presse/des-soins-plus-adaptes-et-un-futur-traitement-de-la-demence-exigent-une-action-immediate.htm>.

19. PREND NOTE AVEC SATISFACTION de l'appel à l'action signé par les participants à la première conférence ministérielle de l'OMS sur l'action mondiale contre la démence tenue à Genève le 17 mars 2015, qui a souligné que c'est aux gouvernements qu'incombe au premier chef la responsabilité de lutter contre le problème de la démence et a insisté sur la nécessité d'une action multisectorielle et coordonnée aux niveaux mondial et national, en vue notamment de faire progresser la prévention, la réduction des risques, le diagnostic et le traitement de la démence¹;

20. SOULIGNE que, depuis quelques années, un nombre croissant d'États membres considèrent la démence comme une priorité essentielle, des stratégies, plans d'action ou programmes nationaux étant en cours d'élaboration, d'adoption ou de mise en œuvre dans la majorité d'entre eux; souligne également que les initiatives déjà mises en place ou en cours dans les États membres sont fondées sur une approche intégrée du parcours du patient qui prend en compte les aspects sociaux et sanitaires;

21. PREND NOTE AVEC SATISFACTION de la discussion qui a eu lieu lors de la réunion informelle des ministres de la santé de l'UE le 24 septembre 2015 en vue de favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, plans d'action ou programmes nationaux sur la démence, ainsi que de faciliter l'échange de meilleures pratiques au niveau de l'UE, en tenant compte des activités de l'OMS;

22. ACCUEILLE FAVORABLEMENT la deuxième action conjointe sur la démence qui doit être lancée en 2016.

INVITE LES ÉTATS MEMBRES À:

23. LUTTER en priorité contre la démence en mettant en œuvre des stratégies, plans d'action ou programmes nationaux transsectoriels sur la démence, afin de fournir les traitements et l'aide adaptés aux personnes atteintes de démence, à leurs familles et aux aidants, tout en veillant à la viabilité des systèmes de santé et de sécurité sociale;

24. CONTINUER de veiller tout particulièrement à renforcer, au sein des États membres, la coordination des mesures pertinentes dans le domaine de la démence, y compris le rôle des soins primaires.

INVITE LES ÉTATS MEMBRES ET LA COMMISSION À:

25. CONSIDÉRER que le maintien de la collaboration entre les secteurs concernés dans les États membres et au niveau de l'UE - compte tenu des activités de l'OMS - permettra de contribuer de manière appréciable à améliorer le soutien apporté aux personnes atteintes de démence;

¹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/action-on-dementia/fr/>.

26. **PRENDRE CONSCIENCE** des effets bénéfiques entraînés par les mesures visant à donner aux personnes atteintes de démence les moyens de se prendre en charge, et à favoriser leur participation aux processus de prise de décision en renforçant leur représentation, en particulier dans le cadre d'initiatives, d'organisations et d'organismes dans le domaine de la démence;
27. **APPUYER** une approche fondée sur la recherche et l'individu et veillant à l'égalité des sexes, dans l'élaboration de stratégies, plans et programmes sur la démence, en tenant compte des groupes ayant des besoins spécifiques, de l'incidence de la diversité culturelle sur les façons de considérer la démence ainsi que des attentes et des droits des personnes atteintes de démence, de leurs familles et des aidants;
28. **PRENDRE CONSCIENCE** du rôle important des familles et des aidants, notamment en veillant à ce qu'ils soient associés aux processus de prise de décision, ainsi que de la nécessité de protéger leur bien-être physique et mental par une aide adaptée;
29. **RECONNAÎTRE** le travail important réalisé par le groupe d'experts gouvernementaux sur la démence en facilitant le partage d'expériences et de bonnes pratiques en vue d'aider les États membres à élaborer et mettre en œuvre des stratégies, plans ou programmes nationaux sur la démence;
30. **SOUTENIR** les travaux menés dans des domaines d'action de l'UE qui pourraient avoir une incidence sur la politique en matière de lutte contre la démence, notamment ceux entrepris par le Groupe "Santé publique" au niveau des hauts fonctionnaires ainsi que par le comité de la protection sociale (CPS)¹ et le comité de politique économique (CPE)² sur les soins de santé et les soins de longue durée;
31. **FAIRE AVANCER**, tout en respectant pleinement les compétences des États membres, les discussions menées au niveau de l'UE sur les questions suivantes:
- a) le rôle que jouent la prévention et la promotion de la santé, la réduction des risques, le dépistage précoce, le diagnostic en temps utile et le soutien post diagnostic en contribuant à réduire le fardeau de la démence;
 - b) les manières de garantir que la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins fassent l'objet d'une coordination dans les pays, en faisant intervenir une expertise pluridisciplinaire, et qu'ils soient assurés plus près du domicile des patients;
 - c) la valeur ajoutée de l'échange de meilleures pratiques, l'accent étant mis sur les éléments et les instruments déterminants pour garantir la qualité de la prise en charge des patients et le soutien apporté aux aidants, en vue de mieux évaluer les diverses approches et pratiques dans ces domaines;

¹ Groupe de travail du CPS sur le vieillissement,
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=fr>.

² Groupe de travail du CPE sur le vieillissement de la population et la viabilité à long terme des finances publiques, voir http://europa.eu/epc/working_groups/ageing_en.htm.

- d) la promotion des droits des personnes atteintes de démence, l'accent étant mis tout particulièrement sur la dimension éthique de la démence, afin de garantir le vieillissement en bonne santé et dans la dignité;
- e) l'utilisation des possibilités offertes par les services de santé en ligne et les aides techniques pour améliorer le soutien et la prise en charge des personnes atteintes de démence;
- f) la mise en commun des connaissances existantes sur les initiatives en cours et les données y afférentes, l'accès à ces connaissances ainsi que leur intégration dans la pratique quotidienne des soins de santé et de l'aide sociale;
- g) la nécessité de promouvoir le rôle et la formation continue des professionnels de la santé, afin que les personnes atteintes de démence et leurs familles bénéficient du meilleur soutien possible;
- h) la promotion de communautés adaptées aux besoins des personnes atteintes de démence;

32. INTENSIFIER la recherche sur la démence, en s'appuyant sur le résultat des projets financés par l'UE, tels que l'Initiative de programmation conjointe de l'UE consacrée à la lutte contre les maladies neurodégénératives, en particulier en ce qui concerne les facteurs de risque et la physiopathologie sous-jacente, ainsi que la transposition, dans la pratique clinique, d'interventions réussies dans le domaine de la gestion de la démence, compte tenu également des partenariats public-public, public-privé et internationaux;

33. TIRER PARTI des ressources, modèles et instruments mis en place avec succès au niveau de l'UE, tels que ceux qui ont été réunis dans le cadre du partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé et de l'action conjointe ALCOVE, ainsi que des stratégies mises au point pour développer les bonnes pratiques;

34. ÉLABORER, le cas échéant, en étroite coopération avec le groupe d'experts gouvernementaux sur la démence, des orientations non contraignantes fondées sur une démarche globale et intégrée concernant la démence, en tenant compte de la prévention et la promotion de la santé, du diagnostic en temps utile, du soutien post diagnostic, du traitement et de la prise en charge, autant d'aspects qui font l'objet d'une coordination, tout en respectant les compétences des États membres;

35. DÉFINIR et ÉCHANGER, en étroite coopération avec le groupe d'experts gouvernementaux sur la démence, de bonnes pratiques, notamment en ce qui concerne la prévention ciblée, y compris la prévention secondaire, la promotion de la santé, le diagnostic en temps utile, le soutien et le traitement post diagnostic, la recherche, la formation et la formation continue des professionnels de santé, ainsi que l'information du public pour lutter contre la stigmatisation;

36. AMÉLIORER la qualité des informations épidémiologiques sur la démence, en vue de faciliter la mise au point de stratégies, plans d'action ou programmes nationaux ainsi que l'échange de bonnes pratiques;

37. SOULIGNER L'IMPORTANCE des travaux des organisations non gouvernementales et des bénévoles dans le domaine de la lutte contre la démence, qui visent à contribuer véritablement aux stratégies, plans d'action ou programmes nationaux.

INVITE LA COMMISSION À:

38. RENFORCER la coopération des États membres au sein du groupe d'experts gouvernementaux sur la démence en vue de faciliter le partage d'informations sur les cadres d'action et l'échange des bonnes pratiques existantes et d'aider les pays à élaborer et mettre en œuvre des stratégies, plans d'action et programmes nationaux sur la démence;

39. FAVORISER la coopération menée actuellement avec l'OMS et l'OCDE sur la démence, en étroite coordination avec les États membres."

Enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola

Le Conseil a adopté les conclusions suivantes sur les enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en ce qui concerne la santé publique - Sécurité sanitaire dans l'Union européenne ([15056/15](#)):

"LE CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE

1. RAPPELLE que, en vertu de l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, 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 l'Union; que l'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, 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 comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci. Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans ces domaines;
2. CONSTATE avec inquiétude que l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest s'est avérée être la plus importante épidémie de la maladie jamais enregistrée, avec plus de 28 000 cas notifiés confirmés, probables et suspects et plus de 11 000 décès notifiés¹, notamment ceux d'environ 500 professionnels de la santé, depuis mars 2014, et que, depuis son déclenchement en décembre 2013, l'épidémie s'est transformée en une crise de santé publique, humanitaire et socio-économique ayant une incidence sans précédent sur les familles et les communautés dans les pays touchés;

¹ <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>.

3. RAPPELLE le règlement sanitaire international (2005)¹ (RSI) adopté le 23 mai 2005 par la 58^e Assemblée mondiale de la santé, qui renforce la coordination entre les États parties au RSI en ce qui concerne la préparation à une urgence de santé publique de portée internationale et la réaction à une telle urgence;
4. PREND ACTE de la réaction des États membres, de la Commission européenne, du comité de sécurité sanitaire (CSS), du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) face à l'épidémie de la maladie à virus Ebola;
5. SALUE l'importante réaction des pays touchés face à l'épidémie de la maladie à virus Ebola et le travail remarquable accompli par la société civile et les organisations non gouvernementales;
6. RAPPELLE que l'amélioration de la sécurité sanitaire des citoyens était un objectif fondamental du deuxième programme de l'UE dans le domaine de la santé (2008-2013)² et PREND NOTE de l'objectif général visant à "protéger les citoyens de l'Union de menaces transfrontières graves sur la santé", consacré dans le troisième programme de l'UE dans le domaine de la santé (2014-2020)³;
7. RAPPELLE que la décision n° 1082/2013/UE relative aux menaces transfrontières graves sur la santé⁴ établit les règles relatives à la surveillance épidémiologique, à la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé, à l'alerte précoce en cas de telles menaces et à la lutte contre celles-ci, y compris en ce qui concerne la planification de la préparation et de la réaction liées à ces activités, afin de coordonner et de compléter les politiques nationales; et RECONNAÎT que cette décision a permis à l'Union de traiter les aspects liés à la santé publique de l'épidémie d'Ebola tout en renforçant également l'interopérabilité de ses capacités de préparation et de réaction et qu'elle fournit un cadre solide pour faire face aux futures crises de santé publique similaires à l'épidémie d'Ebola;
8. SE FÉLICITE que l'évacuation médicale des patients touchés par Ebola vers l'Europe ait été effectuée grâce à la collaboration existant entre l'OMS, les services de la Commission, les États membres et le CSS;
9. INSISTE sur l'importance de la coordination des activités de préparation dans le secteur de la recherche au niveau européen et mondial et des efforts déployés par les réseaux concernés;

¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf.

² 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) (JO L 301 du 20.11.2007, p. 3).

³ Règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) (JO L 86 du 21.3.2014, p. 1).

⁴ Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 (JO L 293 du 5.11.2013, p. 1).

10. SOULIGNE le rôle important du CSS, institué par la décision n° 1082/2013/UE, dans l'aide à l'échange d'informations entre les États membres et la Commission, ainsi que dans la facilitation de la coordination de la planification de la préparation et de la réaction à l'épidémie et de la communication relative aux risques et aux crises;
11. SE FÉLICITE que l'UE et ses États membres aient investi 2 milliards d'euros pour faire face à la crise de l'Ebola¹ et mieux se préparer à lutter contre d'éventuelles épidémies futures;
12. RAPPELLE que, dans le cadre du programme-cadre pour la recherche et l'innovation "Horizon 2020" (2014-2020)², l'UE a consacré 140 millions d'euros à la recherche sur les maladies transmissibles, telles que l'Ebola;
13. RAPPELLE les conclusions du Conseil du 30 avril 2009 relatives à l'infection par le virus de la grippe A/H1N1³, ainsi que les conclusions du Conseil du 12 octobre 2009 sur la grippe pandémique H1N1 2009 - approche stratégique⁴ et les conclusions du Conseil du 13 septembre 2010 sur les enseignements tirés de la pandémie A/H1N1 – la sécurité sanitaire dans l'Union européenne⁵, invitant les États membres à poursuivre et à approfondir la coopération en matière de préparation, de surveillance, d'alerte précoce et de réponse coordonnée pour toute question relative aux urgences de santé publique; SOUTIENT les efforts actuellement déployés pour réformer la capacité de préparation et de réaction de l'OMS, comme le recommande la résolution EBSS3.R1 intitulée "Ebola:";
14. Enrayer la flambée actuelle, renforcer la préparation à l'échelle mondiale et veiller à ce que l'OMS ait les capacités de se préparer et de riposter, dans l'avenir, à des flambées de grande ampleur et à des situations d'urgence ayant des conséquences sur la santé publique", adoptée le 25 janvier 2015⁶, et pour faire suite au rapport final du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola publié le 7 juillet 2015⁷;

¹ [http://europa.eu/rapid/press-release MEMO-15-5339 en.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-15-5339_en.htm).

² Règlement (UE) n° 1291/2013 du Parlement européen et du Conseil du 11 décembre 2013 portant établissement du programme-cadre pour la recherche et l'innovation "Horizon 2020" (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1982/2006/CE, JO L 347 du 20.12.2013, p. 104.

³ Doc. 9392/09.

⁴ Doc. 13635/09.

⁵ Doc. 12665/10.

⁶ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_R1-fr.pdf?ua=1&ua=1.

⁷ <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf?ua=1>

15. ACCUEILLE FAVORABLEMENT la résolution du Parlement européen du 18 septembre 2014 sur la réaction de l'Union européenne à l'épidémie d'Ebola¹ ainsi que son rapport d'initiative du 27 octobre 2015 sur la crise du virus Ebola: les leçons à long terme et les manières de renforcer les systèmes de santé des pays en développement afin de prévenir les crises à l'avenir²;
16. RAPPELLE la réunion de coordination de haut niveau sur le virus Ebola, tenue à Bruxelles le 16 octobre 2014 et organisée conjointement par la Commission et la présidence italienne du Conseil de l'Union européenne, au cours de laquelle les ministres de la santé de l'UE et de l'EEE ont une nouvelle fois fait état d'efforts communs visant à renforcer les activités de préparation et de réaction pour lutter contre le virus Ebola;
17. RAPPELLE la conférence de haut niveau intitulée "Ebola: de l'aide d'urgence à l'assistance au redressement", tenue à Bruxelles le 3 mars 2015³ et organisée par l'Union européenne, qui visait à soutenir la mobilisation internationale et à planifier les prochaines étapes de la lutte contre l'épidémie en cours et le virus Ebola en général;
18. PREND NOTE des discussions sur les enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola qui ont eu lieu dans différentes enceintes internationales depuis son déclenchement et notamment de l'engagement pris les 8 et 9 octobre 2015 par les ministres de la santé des pays du G7 en ce qui concerne les enseignements tirés d'Ebola⁴, soulignant la nécessité d'une meilleure gestion des crises de santé publique à l'échelle mondiale et appelant à un renforcement de la coopération en vue de développer et de maintenir les principales capacités pour la mise en œuvre du RSI;
19. SE FÉLICITE de la conférence intitulée "Enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en ce qui concerne la santé publique", organisée conjointement par la Commission et la présidence luxembourgeoise du Conseil de l'Union européenne du 12 au 14 octobre 2015 au Luxembourg⁵, au cours de laquelle a été soulignée la nécessité d'améliorer la coopération transsectorielle, ainsi que de renforcer la sécurité sanitaire dans l'Union européenne afin d'améliorer et de maintenir les capacités de réaction et de préparation des États membres en cas de futures épidémies;

¹ 2014/2842(RSP), <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2014-0026+0+DOC+XML+V0//FR>.

² 2014/2204(INI), <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A8-2015-0281+0+DOC+XML+V0//FR>.

³ http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-4521_fr.htm.

⁴ http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf.

⁵ Rapport de la conférence, http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/events/ev_20151012_en.htm#c.

20. CONSTATE que, bien que les plans de préparation et d'intervention et leur mise en œuvre demeurent en premier lieu une compétence des États membres, il est nécessaire de travailler ensemble afin de coordonner en tant que de besoin les mesures nationales au niveau de l'UE, en cohérence avec la gestion des crises de santé publique au niveau international, notamment au sein de l'OMS, et conformément à la décision n° 1082/2013/UE relative aux menaces transfrontières graves sur la santé;

INVITE LES ÉTATS MEMBRES À:

21. maintenir des capacités appropriées, pendant et entre les situations d'urgence, afin de renforcer les activités nationales de préparation et de réaction, la coordination internationale et la mise en œuvre des enseignements tirés des précédents incidents;

INVITE LES ÉTATS MEMBRES ET LA COMMISSION À:

22. RECENSER, ÉVALUER et FAIRE PROGRESSER, le cas échéant et tout en respectant pleinement les compétences des États membres, les travaux consacrés aux points suivants au niveau de l'UE, notamment au sein du CSS sur la base des dispositions pertinentes de la décision n° 1082/2013/UE et tout en tenant compte des travaux pertinents au niveau international:

- a) l'amélioration de la coordination et de la collaboration transsectorielles au sein de l'UE face aux urgences de santé publique de portée internationale;
- b) le renforcement de l'évaluation et de la gestion des menaces transfrontières graves sur la santé;
- c) l'échange de bonnes pratiques dans le domaine de la prévention et du traitement, y compris la protection et la formation des professionnels de la santé;
- d) la promotion d'une mobilisation accrue des autres parties prenantes, telles que la société civile et les organisations non gouvernementales, en termes d'expériences et de travaux pertinents;
- e) la définition des capacités d'évacuation médicale de l'UE dans la perspective de potentielles situations d'urgence futures;
- f) le renforcement de la recherche dans le domaine de la préparation, notamment en ce qui concerne les méthodes de diagnostic, le développement de vaccins et de produits thérapeutiques et l'amélioration de la coordination entre la communauté européenne et la communauté mondiale des chercheurs;
- g) les moyens et les outils permettant de fournir une aide médicale et une assistance en matière de santé publique (équipes médicales d'urgence et experts en médecine d'urgence) dans le cadre de la capacité d'intervention d'urgence européenne relevant du mécanisme de protection civile de l'Union en collaboration avec l'OMS et les ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence, conformément à la décision n° 1313/2013/UE relative au mécanisme de protection civile de l'Union¹;

¹ JO L 347 du 20.12.2013, p. 924.

- h) le renforcement de l'expertise en matière de santé publique et de services de santé en ce qui concerne la prévention de la propagation, ainsi que le contrôle et la gestion des menaces transfrontières graves sur la santé et le traitement des maladies liées, par exemple par des réseaux d'experts en matière de dépistage et de gestion des cas cliniques ainsi que par des exercices de simulation à l'échelle européenne pour tester la coordination transsectorielle;
- i) le renforcement de la cohérence de la communication des États membres sur les risques et les crises, grâce à une concertation mutuelle, en vue d'établir une coordination, par l'intermédiaire du CSS et de son réseau de communicateurs;
- j) la mise en œuvre cohérente des principales capacités au niveau de l'UE et au niveau mondial, conformément aux exigences du RSI, sous la direction de l'OMS, notamment afin de mettre en place des systèmes de santé robustes et de les renforcer, pour promouvoir la nécessité d'une surveillance et d'une infrastructure de haute qualité ainsi d'un partage des informations;
- k) le renforcement de la planification de la préparation et de la réponse au niveau de l'UE, dans le cadre d'une sécurité sanitaire mondiale améliorée;

INVITE LA COMMISSION À:

23. RÉPERTORIER les possibilités d'améliorer les mécanismes de coordination dans la perspective de futurs incidents s'étendant à différents domaines d'action."

Divers

- Dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.
La présidence a informé les ministres de l'état d'avancement des discussions avec le Parlement européen sur deux projets de règlement concernant les dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (14215/15).
- Acides gras trans.
La Commission a présenté son [rapport en ce qui concerne les acides gras trans](#)
- Conférences.
La présidence a informé le Conseil des résultats des conférences qui ont eu lieu au cours de son mandat (14953/15).
- Programme de travail de la prochaine présidence.
Les Pays-Bas exerçant la prochaine présidence du Conseil de l'UE, la délégation de ce pays a informé les ministres de son programme de travail en ce qui concerne la santé et les consommateurs.

AUTRES POINTS APPROUVÉS

POLITIQUE DE SÉCURITÉ ET DE DÉFENSE COMMUNE

Mission d'assistance de l'UE pour une gestion intégrée des frontières en Libye - prorogation du mandat

Le Conseil a prorogé jusqu'au 21 mai 2016 le mandat de la mission d'assistance de l'Union européenne pour une gestion intégrée des frontières en Libye (EUBAM Libya). Le Conseil a décidé que le montant de référence financière pour la période du 22 mai 2014 au 21 février 2016 s'élèverait à 26 200 000 EUR.

Participation de la Suisse à la mission PSDC de l'Union européenne au Mali

Le Conseil a autorisé l'ouverture de négociations en vue de la participation de la Suisse à la mission PSDC de l'Union européenne au Mali - EUCAP Sahel Mali.

Participation de la Suisse à la mission de conseil de l'UE en Ukraine

Le Conseil a autorisé l'ouverture de négociations en vue de la participation de la Suisse à la mission de conseil de l'Union européenne sur la réforme du secteur de la sécurité civile en Ukraine (EUAM Ukraine).

L'UE nomme un nouveau représentant spécial de l'Union européenne pour le Sahel

Le Conseil a nommé Angel Losada Fernandez représentant spécial de l'UE (RSUE) pour le Sahel jusqu'au 28 février 2017.

Budget de la mission de l'UE visant au renforcement des capacités maritimes régionales dans la Corne de l'Afrique

Le Conseil a décidé que le montant de référence financière de la mission de l'UE visant au renforcement des capacités maritimes régionales dans la Corne de l'Afrique (EUCAP NESTOR) pour la période allant du 16 décembre 2015 au 12 décembre 2016 s'élèverait à 12 100 000 EUR.

PÊCHE

Mesures commerciales - Approvisionnement des transformateurs de l'UE en certains produits de la pêche

Le Conseil a adopté un règlement portant ouverture et mode de gestion de contingents tarifaires autonomes de l'UE pour certains produits de la pêche pour la période 2016-2018 ([13502/15](#)).

La proposition vise à garantir la disponibilité de matières premières compétitives au profit des transformateurs de produits de la pêche de l'UE qui dépendent des importations. Avec les contingents tarifaires autonomes, les industries de transformation des produits de la pêche des États membres disposent d'un instrument leur permettant d'importer en vue de leur transformation ultérieure des produits de la pêche non transformés ou semi-transformés à un droit de douane favorable, le plus souvent nul, quelle que soit leur origine, jusqu'à un certain plafond exprimé en tonnes. Le régime actuel de quotas expire le 31 décembre 2015.

TRANSPARENCE - ACCÈS DU PUBLIC AUX DOCUMENTS

Le 7 décembre 2015, le Conseil a approuvé:

- la réponse à la demande confirmative n° 22/c/01/15 ([13946/15](#)).
