



COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le 14.05.1997

COM (97) 178 final

97/0132 (COD)

COMMUNICATION DE LA COMMISSION

concernant un programme d'action communautaire relatif à la prévention des blessures
dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique

Proposition de

DÉCISION DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL

adoptant un programme d'action communautaire 1999-2003
relatif à la prévention des blessures dans le cadre de l'action
dans le domaine de la santé publique

(présentées par la Commission)

COMMUNICATION DE LA COMMISSION

**concernant un programme d'action communautaire relatif à la prévention des blessures
dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique**

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	4
2.	PRÉVENTION DES ACCIDENTS ET DES BLESSURES	5
3.	MESURES PRISES DANS LES ÉTATS MEMBRES ET PAR LES ORGANISATIONS INTERNATIONALES	8
4.	ACTIVITÉS ACTUELLES DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE	10
5.	NÉCESSITÉ D' ACTIONS SUPPLÉMENTAIRES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	14
6.	ACTIONS PROPOSÉES POUR UN PROGRAMME QUINQUENNAL	17
7.	CONSULTATION, ÉVALUATION ET RAPPORTS	22

1. INTRODUCTION

1. Par l'effet des articles 3 point o) et 129 du traité instituant la Communauté européenne, la Communauté a reçu pour la première fois une base juridique explicite pour entreprendre une action dans le domaine de la santé publique. Le rôle de la Communauté est de contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine, par des actions portant sur la prévention des maladies, en particulier en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action, ainsi qu'en promouvant la coordination de leurs politiques et de leurs programmes. Dans sa communication du 24 novembre 1993 concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique¹, la Commission a indiqué que le rôle de la Communauté consiste à soutenir les efforts consentis par les États membres dans le domaine de la santé publique, à les assister dans la formulation et la réalisation d'objectifs et de stratégies et à contribuer à assurer un niveau élevé de protection sanitaire dans l'ensemble de la Communauté, en se fixant pour objectif les meilleurs résultats déjà atteints dans un domaine donné, en quelque endroit que ce soit dans la Communauté.
2. Dans l'optique de l'article 129, qui mentionne les "grands fléaux" sanitaires, l'un des domaines prioritaires de la Commission est la prévention des blessures et accidents volontaires et involontaires. Les blessures ont causé plus de 190.000 décès dans les 12 États membres de la C.E. en 1991 (davantage que toute autre catégorie, à l'exception des maladies cardio-vasculaires et respiratoires et du cancer). Dans la C.E., les blessures restent la première cause de décès de 1 à 34 ans. Cette concentration de la mortalité dans les groupes d'âge les plus jeunes a pour corollaire que les blessures constituent une cause disproportionnée de perte d'années de vie potentielles. Parmi les personnes plus âgées, bien que les blessures soient dépassées par d'autres causes de décès, le taux de mortalité par blessure reste plus élevé chez les plus de 75 ans que dans tout autre groupe d'âge. Invalidité et morbidité sont également très élevées: en Angleterre, on estime qu'un enfant sur dix nécessite des soins de santé à la suite d'une blessure accidentelle, de même que 500.000 personnes de plus de 65 ans pour les seuls accidents domestiques et de loisirs. Dans la C.E., environ 700.000 personnes sont hospitalisées chaque année à la suite d'une tentative de suicide. En France, on estime que 2,9 % de la population (plus de 1,5 million de personnes) sont atteints d'une invalidité causée par un accident.
3. L'impact économique des blessures est également considérable. Au Danemark, on estime que 11 % de toutes les journées d'hospitalisation résultent d'un accident; les coûts médicaux des accidents domestiques et de loisirs aux Pays-Bas représenteraient plus de 450 millions d'écus par an. Les frais encourus par la personne blessée et sa famille vont bien au-delà des dépenses médicales directes. Les indemnités versées par les compagnies d'assurances peuvent servir d'indication: en France, le versement moyen pour chaque accident de la route survenu à un enfant dépasse 15.000 écus.
4. Il est plus encourageant de constater, toutefois, que les mesures de prévention peuvent s'avérer extrêmement rentables. Des indications fiables montrent que l'investissement initial peut être récupéré en trois ans seulement; elles proviennent en particulier des participants au programme de sécurité communautaire de l'OMS

¹ COM(93) 559 final du 24.11.1993

dans un certain nombre de pays, dont la Suède, qui font état de réductions de 25% ou plus des taux d'accidents au cours de la période concernée. Il n'est pas courant de disposer d'éléments aussi probants en termes de rapport coût-efficacité dans les activités de promotion de la santé.

5. Pour ces raisons, et celles exposées plus loin, la Commission propose un programme d'action communautaire en matière de prévention des blessures, dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique.

2. PRÉVENTION DES ACCIDENTS ET DES BLESSURES

6. Lorsque l'on se penche sur les blessures et leur prévention, il convient de commencer par examiner toutes les causes externes de blessures et d'intoxication, par exemple telles qu'elles sont définies dans la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS. Cette définition couvre les accidents, les lésions auto-infligées, les agressions, l'intervention de la force publique, la guerre, les complications des soins de santé et les séquelles de tous ces éléments. Dans cette vaste problématique, une sélection de domaines d'action communautaire sera examinée aux chapitres V et VI.
7. Le but essentiel de tout programme de prévention doit être de réfuter l'idée que les accidents sont "inévitables" et ne sauraient donc être prévenus. Cette attitude doit être remplacée par la prise de conscience que les accidents et les blessures ne sont pas une fatalité et qu'il faut donc consentir des efforts soutenus pour identifier les risques et les causes, afin de les éviter, de les prévenir ou du moins de s'en prémunir par les meilleures mesures de protection possibles.
8. À des fins de prévention, les accidents et les blessures peuvent commodément être étudiés en fonction de trois aspects principaux: le lieu où ils arrivent, les personnes à qui ils arrivent et la façon dont ils arrivent. L'aspect de "lieu" et de "temps" comporte les distinctions classiques entre les accidents du travail, les accidents sur le chemin du travail, les accidents de la circulation (essentiellement sur les routes) et les accidents qui se produisent à la maison ou dans des endroits consacrés aux sports ou aux loisirs. Ces distinctions séparent la plupart des actions communautaires actuelles dans ce domaine.
9. Les groupes de personnes qui sont victimes d'accidents ou de blessures - et ceux qui les causent - sont importants parce qu'ils constituent les groupes cibles des actions de prévention. Aux premiers rangs des priorités, pour la plupart des gens, se trouvent les nouveau-nés et les enfants, qui sont les plus vulnérables et qui ont le plus à perdre en termes d'années de vie et de qualité de vie. Les accidents et les blessures constituent la plus grave menace pour eux.
10. Les personnes âgées représentent cependant un autre groupe vulnérable et le nombre de personnes très âgées est en augmentation. On peut également distinguer des groupes cibles plus limités, comme les jeunes qui recherchent délibérément le danger, les sportifs et les sportives, les femmes et les enfants soumis à la violence domestique (qui vivent souvent dans des conditions socio-économiques défavorables) et des groupes spéciaux particulièrement sujets au suicide, comme les fermiers, la police et les médecins.

11. Il est clair que la nature ou la cause immédiate de l'accident ou de la blessure est très importante en matière de prévention car elle peut indiquer des défauts ou des risques présentés par des produits, des équipements, des substances, des services ou des environnements, qui peuvent être corrigés ou réduits ou qui peuvent faire l'objet d'un avertissement.
12. On opère souvent une distinction importante en matière de prévention des accidents entre la "prévention active" - modifier le comportement des personnes qui courent un risque - et la "prévention passive" - modifier l'environnement de façon à séparer les personnes des sources de danger et/ou d'éliminer la source de danger. Il s'avère de plus en plus que la prévention passive est généralement plus efficace et plus rentable. Cet état de fait peut être illustré par les enfants et la circulation. Dans un monde dominé comme il l'est par les véhicules automobiles, les capacités en matière de sécurité routière sont évidemment essentielles (prévention active). Toutefois, des recherches indiquent que, si les enfants de 8 ou 9 ans sont à même de bien comprendre les messages de sécurité, ils ne sont pas capables de se rappeler que ces consignes doivent être appliquées en permanence. La sécurité des enfants ne peut être assurée qu'en les tenant à l'écart des véhicules automobiles (prévention passive).

Domaines potentiels de prévention des blessures

Groupes de population

13. L'identification de groupes de population particuliers sur lesquels cibler des actions de prévention ne consiste pas seulement à déterminer les personnes les plus vulnérables aux accidents ou aux blessures mais indique aussi la forme d'action la plus appropriée et la façon dont elle devrait être réalisée. Les conditions dans lesquelles des groupes particuliers peuvent être atteints revêtent une grande importance pour une action efficace.
14. Les enfants courent un risque plus élevé, en raison de leur incapacité relative à évaluer les dangers et de leur plus grande vulnérabilité. Le risque d'accident est fortement associé aux circonstances sociales défavorables, par exemple en raison de logements trop petits et inadéquats, de produits à bas prix mal conçus, d'un manque de surveillance et même de blessures délibérées infligées par des parents stressés.
15. La frustration, l'ennui ou la simple énergie des jeunes adolescents les conduisent à prendre délibérément des risques qui peuvent avoir des conséquences tragiques. L'équilibre entre la prévention, la familiarisation avec les risques, une préparation et un entraînement adaptés aux activités dangereuses et un excès de protection est difficile à trouver et dépend de l'établissement et du maintien de relations avec les jeunes concernés.
16. Les personnes âgées courent le plus de risques d'accident lorsque leur mobilité ou leurs facultés sont diminuées ou qu'elles sont privées des partenaires ou de l'environnement auxquels elles se fiaient. Une prévention liée aux capacités d'autonomie et l'utilisation à bon escient d'outils ou d'appareils appropriés peuvent leur éviter les blessures et améliorer considérablement leur qualité de vie.

L'encouragement de la confiance en soi et de l'amour-propre, en utilisant des équipements en toute sécurité, en participant à des activités sociales et en se déplaçant sans danger à l'intérieur et à l'extérieur, peut être extrêmement important.

17. En ce qui concerne les mesures de prévention des accidents et des blessures pour les sportifs professionnels, ce sont sans doute leurs organisations professionnelles qui sont les mieux à même de s'en occuper. Les sportifs amateurs, en particulier ceux qui pratiquent leur activité de façon isolée, sans faire partie d'organisations sportives et sans avoir accès à toutes les informations et à tous les conseils nécessaires, courent un plus grand risque, car ils peuvent s'exposer à des situations dangereuses sans protection ni formation adéquate. Les personnes qui voyagent par elles-mêmes dans des parties du monde peu fréquentées peuvent également se mettre en difficulté. Il est particulièrement difficile de fournir des informations et des conseils dans ce type de cas. De même, le bricoleur qui utilise des outils et des matériaux auxquels il n'est pas habitué, ou le jardinier qui emploie des engins mécaniques ou des substances dangereuses peuvent courir un risque et sont difficiles à atteindre.
18. Parmi les autres groupes de population particuliers qui requièrent une action préventive, on compte les handicapés physiques et mentaux, les personnes socialement défavorisées, les alcooliques et les toxicomanes et, dans certains cas, les personnes appartenant aux minorités ethniques qui ne sont pas habituées aux précautions à prendre dans la vie moderne de la société occidentale, depuis l'utilisation d'équipements comme le gaz et l'électricité, jusqu'aux dangers d'intoxication par des produits alimentaires conservés à la mauvaise température ou des substances caustiques utilisées à des fins domestiques.

Accidents et blessures liés aux comportements

19. Ceux-ci incluent à la fois les accidents et blessures volontaires et involontaires mais il n'est pas nécessaire de se préoccuper de tracer la limite exacte entre les deux. C'est là un des principaux avantages d'un programme qui porte à la fois sur les deux catégories. La négligence délibérée ou le fait de s'exposer volontairement à des risques graves peuvent être très difficiles à distinguer du suicide, des manifestations parasuicidaires ou, dans le cas d'un préjudice à d'autres personnes, de l'homicide ou des coups et blessures. S'il est possible de distinguer clairement le type et l'approche des mesures de prévention selon qu'un acte est manifestement volontaire ou involontaire, il est plus difficile de définir une approche dans la zone grise entre les deux. Apporter capacités, informations, connaissances et confiance en soi peut être relativement simple lorsqu'il s'agit de personnes en pleine possession de leurs facultés physiques et mentales mais requiert une formation spéciale des conseiller dans les autres cas.
20. La prévention du suicide et des manifestations parasuicidaires pose des problèmes particuliers et exige que des services spéciaux soient prêts au moment où le besoin s'en fait sentir. La disponibilité de canaux de communication, en particulier les services téléphoniques de conseil, s'est avérée très efficace à cet égard. L'isolement social est souvent un facteur qui intervient dans le suicide et les lignes d'assistance téléphonique constituent une façon acceptable pour les isolés d'obtenir de l'aide sans se sentir menacés par une rencontre face-à-face. D'autres formes de conseil et d'assistance peuvent cependant s'avérer nécessaires à moyen terme, lorsque le danger immédiat a été écarté.

Accidents et blessures liés à l'environnement

21. L'environnement peut jouer un grand rôle dans les accidents et blessures, qu'il s'agisse de la maison, du jardin, de la rue, de l'école ou d'un environnement plus large. Il n'est jamais possible de supprimer tous les dangers qu'il présente, ni même de s'en prémunir, mais il est possible d'identifier les causes les plus fréquentes et de garantir la sécurité à domicile, à l'école ou dans les communautés. Les inspections d'incendie et de sécurité deviennent assez habituelles mais il serait possible de mener des enquêtes de sécurité plus générales et l'établissement de plans de prévention soigneusement réfléchis pourrait s'avérer plus efficace que des réactions ponctuelles de panique face à des événements dramatiques.
22. Les accidents de la circulation représentent la première cause de blessures en Europe: les accidents de la route causent à eux seuls quelque 48.000 décès par an dans la C.E. Ils ont été visés par un grand nombre de mesures de prévention, dont certaines sont mentionnées aux chapitres 3 et 4. Il convient de rappeler que la sécurité des transports constitue une compétence communautaire spécifique, en vertu de l'article 75, et que son amélioration est un objectif essentiel de la politique communautaire des transports.
23. Les accidents et blessures au travail constituent un autre domaine qui a déjà fait l'objet d'une intense activité de prévention. Celle-ci a permis de réduire considérablement les taux d'accidents dans certains secteurs au cours des dernières décennies. Les activités de prévention au niveau européen font partie de la politique sociale de la Communauté.

Accidents et blessures liés aux produits

24. Dans ce domaine, la plupart des données sont rassemblées dans le cadre du système communautaire de notification rapide pour les produits dangereux, ou du système communautaire d'information sur les accidents domestiques et de loisirs (EHLASS), institué dans le cadre de la politique communautaire de protection des consommateurs². Les politiques communautaires relatives à la circulation des biens et services se préoccupent notamment des modifications à apporter en matière de produits, d'étiquetage, d'avertissements, d'information et de normalisation. Ces mesures ont permis d'obtenir des résultats importants en matière de sécurité générale des produits.

3. MESURES PRISES DANS LES ÉTATS MEMBRES ET PAR LES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Action des gouvernements des États membres

25. Les décès, les blessures, les souffrances et les coûts causés par les accidents et les blessures ont incité tous les États membres à lancer des programmes pour tenter d'en réduire l'ampleur. Certains sont dirigés par un ou plusieurs ministères, en collaboration avec des organisations non gouvernementales. D'autres sont gérés par des organismes publics. Souvent, ce sont les ministères et organisations chargés de

² JO n° L 319 du 21.12.1993, prolongé par JO n° L 331 du 21.12.1994

la protection des consommateurs qui s'occupent des programmes relatifs à la prévention des accidents domestiques et de loisirs, plutôt que ceux responsables de la santé. Les accidents de la circulation et les accidents du travail sont pris en charge par des organisations propres, en collaboration avec les ministères des Transports et de l'Emploi. Une grande partie du travail essentiel de prévention des accidents s'effectue au niveau des autorités régionales et locales.

Organisations bénévoles et non gouvernementales

26. Les organisations bénévoles et non gouvernementales jouent un rôle très important dans la prévention des accidents et des blessures, car elles atteignent souvent le grand public par l'intermédiaire de leurs sections locales et font participer à leurs programmes des experts du monde professionnel et enseignant appartenant à des organisations nationales et locales. La contribution des professions de la santé à la prévention des blessures, par exemple par des conseils aux patients et au grand public, est souvent l'une des plus notables. Dans le domaine de la prévention du suicide, les organismes bénévoles ont joué un rôle vital en explorant les méthodes permettant d'atteindre les personnes en danger et commencent à présent à collaborer au niveau international. Dans de nombreux cas, les centres antipoison et les centres pour brûlés apportent une contribution particulière à l'information du public sur les risques.

Organisations internationales

27. Les organisations internationales jouent également un rôle important dans la prévention des accidents et des blessures; les actions de la Communauté européenne atteindront leur meilleur niveau d'efficacité si elles se déroulent en coopération avec les activités de ces organisations en Europe, afin d'éviter les doubles emplois et de renforcer mutuellement les efforts réalisés. Le programme de prévention des accidents de l'Organisation mondiale de la santé est dirigé depuis son siège de Genève et est à la base des actions liées à la Journée mondiale de la santé (7 avril) en 1993, sur le thème de la prévention des accidents et de la négligence. Plusieurs projets de l'OMS proviennent de ce programme: l'"Initiative pour le port du casque" (cyclistes), le "Projet de sécurité communautaire", les systèmes de surveillance et d'information en matière de blessures et l'évaluation de l'impact des blessures sur la santé. L'OMS organise des Conférences mondiales sur la promotion de la sécurité et le contrôle des blessures. Elle possède également un réseau de collaboration de centres concernés par le sujet.
28. Les organisations internationales non gouvernementales déploient leurs activités en Europe sur des terrains comme les normes de sécurité des produits, la sécurité des enfants, la prévention des incendies, la prévention des blessures dues au sport, la recherche sur les accidents et les réglementations sur la sécurité des consommateurs, ainsi que leur application. Elles se préoccupent également des réactions rapides aux accidents et blessures, avant l'arrivée des victimes à l'hôpital. De telles actions peuvent réduire la gravité et la durée des effets des blessures. La contribution des organisations professionnelles au niveau Européen est également importante.

4. ACTIVITÉS ACTUELLES DE LA COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE

Santé et sécurité au travail

29. En juillet 1995, la Commission a adopté une communication sur un programme communautaire dans le domaine de la sécurité, de l'hygiène et de la santé sur le lieu de travail (1996-2000)³. Parmi ses dispositions principales, on compte un soutien accru à l'amélioration de la sécurité dans les petites et moyennes entreprises, ainsi que des mesures non législatives comme des notes d'orientation et un travail d'information et de formation. Le projet SEAT (Statistiques européennes sur les accidents de travail), qui fournit des statistiques sur les accidents de travail dans les activités à haut risque, se poursuit par l'inclusion de davantage de variables, en vue de mieux comprendre les causes des accidents de travail. En outre, un projet pilote a été lancé pour obtenir des données comparables relatives aux maladies professionnelles en Europe (EODS: Statistiques européennes sur les maladies professionnelles). La Commission continue ses travaux pour étendre la fixation de limites d'exposition professionnelle harmonisées⁴ et, en septembre 1995, une proposition a été publiée en vue de modifier la directive 90/394/CEE sur les agents cancérogènes en fixant des valeurs limites et en élargissant son champ d'application initial⁵.

Transports

30. Dans le domaine de la circulation routière, les activités actuelles portent sur le contrôle technique des véhicules, les dispositifs limiteurs de vitesse sur les camions et les bus, l'instauration de nouvelles normes pour les examens théoriques, pratiques et médicaux du permis de conduire, ainsi que l'élaboration de nouveaux équipements destinés à assurer le respect du temps de conduite des chauffeurs professionnels. Les mesures non législatives proposées comprennent notamment des campagnes d'information sur l'alcool au volant, les jeunes conducteurs... Dans le cadre du programme CARE adopté en 1993⁶ une banque de données sur les accidents de la route a été créée pour permettre l'analyse d'informations détaillées sur les causes d'accident dans l'ensemble de la Communauté. Parmi les autres actions récentes dans le domaine de la sécurité des transports, on peut citer un règlement sur la gestion de la sécurité des transbordeurs rouliers de passagers⁷ et des directives sur le transport des marchandises dangereuses⁸.

Surveillance des accidents domestiques et de loisirs

31. La décision du Conseil 86/138/CEE⁹ a approuvé un projet de démonstration en vue de l'institution d'un système communautaire d'information sur les accidents dans lesquels sont impliqués des produits de consommation (EHLASS). Son objectif

³ COM(95) 282 final du 12.7.1995

⁴ Avec notamment l'adoption d'une décision de la Commission instituant un comité scientifique en matière de limites d'exposition professionnelle à des agents chimiques: JO n° L 188 du 9.8.1995

⁵ JO n° C 317 du 28.11.1995

⁶ Décision 93/704/CEE du Conseil, JO n° L 329 du 30.12.1993

⁷ JO n° L 320 du 30.12.1995

⁸ JO n° L 145 du 19.6.1996, JO n° L 235 du 17.9.1996

⁹ JO n° L 109 du 26.4.1986

initial était d'identifier des domaines nécessitant des mesures de prévention. Le projet a rassemblé des données provenant de services des urgences d'hôpitaux sélectionnés ou d'enquêtes sur les ménages. Le système a permis d'identifier les produits impliqués dans les accidents, les besoins d'hospitalisation qui s'ensuivent, la durée moyenne de l'hospitalisation, le type de blessure et l'âge des blessés. Ces informations ont servi de base à des campagnes de prévention (information et sensibilisation), à des négociations avec les industriels en vue de modifier les produits et à l'instauration de normes ou réglementations. Le projet EHLASS a été prolongé jusqu'à la fin de 1997¹⁰.

Sécurité des produits

32. Le Conseil a adopté le 29 juin 1992 la directive 92/59/CEE sur la sécurité générale des produits¹¹. Cette mesure législative générale impose que seuls des produits sûrs puissent être commercialisés et prévoit une information sur les risques possibles ainsi que l'instauration de mécanismes pour la notification des risques présentés par les produits et pour leur retrait du marché si nécessaire. La sécurité d'un produit est déterminée par les dispositions communautaires ou nationales ou les codes volontaires de bonne pratique, en fonction de ce qui existe pour le produit en question. Les États membres sont responsables de l'instauration de mesures législatives concernant les contrôles de sécurité des produits, les prélèvements d'échantillons, les interdictions temporaires, etc. et doivent notifier à la Commission les restrictions qu'ils ont imposées à la commercialisation (RAPEX), particulièrement en cas d'urgence justifiée par des risques graves. La Commission peut alors demander à tous les États membres de prendre des mesures temporaires, en indiquant les raisons de cette demande. Un comité consultatif d'urgence, compétent en matière de sécurité des produits, a été établi pour assister la Commission.

Produits de construction: incendie

33. L'action communautaire en matière de prévention des incendies porte essentiellement sur les prescriptions concernant la résistance au feu des matériaux ou composants utilisés dans la construction. Une directive du 21 décembre 1988¹² fixe des normes communautaires dans ce domaine.

Normes de produit

34. Depuis 1983, les organisations européennes de normalisation CEN, CENELEC et ETSI sont assistées dans leurs travaux par le SECO, le Secrétariat européen de coordination de la représentation des consommateurs en matière de normalisation. Depuis l'introduction de la nouvelle approche de la réduction des entraves techniques aux échanges en 1985, les textes législatifs ne contiennent plus que des prescriptions générales de sécurité. Les fabricants sont réputés respecter les exigences essentielles de sécurité si leurs produits sont réalisés conformément aux

¹⁰ JO n° L 331 du 21.12.1994

¹¹ JO n° L 228 du 11.8.1992

¹² Directive du Conseil 89/106/CEE du 21.12.1988, JO n° L 40 du 11.2.1989

normes européennes reconnues, établies par les organisations de normalisation. Une nouvelle structure commune a été adoptée en 1994 pour la coordination de la représentation des consommateurs dans le processus de normalisation dans les 17 États membres de la C.E. et de l'A.E.L.E. Il s'agit de l'ANEC.

Sécurité des denrées alimentaires et agriculture

35. La Communauté reste toujours très active pour protéger le consommateur des intoxications alimentaires, au niveau de l'hygiène dans la production et la distribution des denrées alimentaires par exemple, en imposant des restrictions aux importations qui ne présentent pas les garanties de sécurité nécessaires et en réglementant les valeurs limites autorisées pour les résidus de pesticides. En 1995, cette action a pris la forme de trois directives harmonisant les teneurs maximales pour les résidus de neuf substances actives des pesticides et modifiant les teneurs maximales existantes pour 20 autres¹³, d'une directive modifiant la directive 64/433/CEE relative aux conditions de production et de mise sur le marché de viandes fraîches¹⁴ et d'une proposition de directive concernant la protection contre certaines zoonoses, dont la rage¹⁵.

Exposition environnementale aux risques d'intoxication et d'autres blessures

36. De même, l'une des principales composantes de la politique communautaire de l'environnement est la protection de la santé des personnes, conformément à l'article 130 R du traité instituant la Communauté européenne. La plupart des menaces potentielles pour la santé relèvent des causes externes de blessures et d'intoxication, sur lesquelles s'ouvre le chapitre II de la présente communication. Par exemple, en 1995 ont été examinées les propositions de la Commission sur la qualité de l'air ambiant¹⁶, sur le contrôle de la pollution de l'air provoquée par les véhicules à moteur et par d'autres engins¹⁷, sur la prévention et la réduction intégrées de la pollution¹⁸, la proposition modifiée de directive sur les produits biocides¹⁹; il a été procédé la même année à la révision de la directive relative à la protection des personnes subissant des examens médicaux ou des traitements impliquant l'utilisation de rayonnements ionisants²⁰. L'année 1996 a vu la révision de la directive sur les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants²¹ ainsi que l'adaptation au progrès technique et la modification de la directive sur la classification et l'étiquetage des substances dangereuses²².

¹³ Directives du Conseil 95/38/CE, JO n° L 197 du 22.8.1995, 95/39/CE, JO n° L 197 du 22.8.1995 et 95/61/CE, JO n° L 292 du 7.12.1995

¹⁴ JO n° L 243 du 11.10.1995

¹⁵ COM(95) 491 final du 23.10.1995

¹⁶ COM(94) 109 final du 4.7.1994

¹⁷ COM(94) 558 final du 16.12.1994, COM(94) 559 final du 16.12.1994 et COM(95) 350 final du 6.9.1995

¹⁸ COM(95) 88 final du 15.5.1995

¹⁹ COM(95) 387 final du 20.7.1995

²⁰ 84/466/EURATOM, JO n° L 265 du 5.10.1984. La proposition de révision figure au COM(95) 560.

²¹ 80/836/EURATOM, 89/618/EURATOM, 96/29/EURATOM, JO n° L 159 du 29.5.96

²² Directive 96/56/CE, JO n° L 236 du 18.9.1996 et directive 96/54/CE, JO n° L 248 du 30.9.1996

CONSEIL

37. Dans des résolutions de 1986²³ et 1990²⁴, le Conseil et les représentants des États membres, réunis au sein du Conseil, ont appelé la Commission à mettre en oeuvre des mesures spécifiques contribuant à développer la toxicologie et à améliorer la prévention et le traitement des intoxications aiguës, qui ont depuis lors fait l'objet d'une collaboration avec les centres antipoison des États membres. Dans sa résolution de 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé²⁵, le Conseil a reconnu la nécessité d'une coopération et d'une collaboration plus étroites entre les États membres et a cité, parmi les sujets méritant une réflexion commune, l'établissement de données comparatives, la mise au point de stratégies visant à faciliter la fixation de priorités, ainsi que la stimulation de débats scientifiques et publics. En mai 1993, le Conseil a réaffirmé la nécessité d'une étroite coopération et a déterminé un certain nombre d'orientations importantes de l'action communautaire, comme ajouter de la vie aux années et des années à la vie, pratiquer une planification pluriannuelle et sélectionner des domaines d'action en fonction de la possibilité de prendre des mesures de prévention²⁶. Ces thèmes ont été développés dans sa résolution de juin 1994²⁷, répondant à la communication de la Commission concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique.

PARLEMENT EUROPÉEN

38. Le Parlement européen souhaite depuis un certain temps voir se renforcer la contribution communautaire aux actions contre les accidents et les blessures, comme le montrent un certain nombre de résolutions²⁸. La plus significative est sa résolution sur la politique de la santé publique après Maastricht, d'octobre 1993²⁹, qui appelle la Commission à concevoir et réaliser des activités en matière de prévention dans le domaine de la santé publique.

COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

39. Des avis ont été rendus ces dernières années sur des sujets comme les intoxications aiguës chez l'homme³⁰ et le système communautaire d'information sur les accidents dans lesquels sont impliqués des produits de consommation³¹. Dans son avis du 6 juillet 1994³², de portée fort vaste, sur la communication de la Commission concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, le Comité plaidait pour une interprétation large des activités relevant de ce domaine.

²³ JO n° C 174 du 23.7.1986

²⁴ JO n° C 329 du 31.12.1990

²⁵ JO n° C 304 du 23.11.1991

²⁶ Résolution du 27 mai 1993, JO n° C 174 du 25.6.1993

²⁷ JO n° C 165 du 17.6.1994

²⁸ Notamment ses résolutions sur les substances dangereuses (plus de 12 depuis 1982), la santé et la sécurité au travail (plus de 30 depuis 1981), les accidents et les catastrophes (plus de 8 depuis 1984), la toxicologie (1985), la pollution (plus de 14 depuis 1980) et sur les accidents et dangers liés aux biens de consommation (3 depuis 1980).

²⁹ JO n° C 329 du 6.12.1993

³⁰ JO n° C 124 du 21.5.1990

³¹ JO n° C 62 du 12.3.1990

³² JO n° C 388 du 31.12.1994

5. NÉCESSITÉ D' ACTIONS SUPPLÉMENTAIRES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

40. Une étude de la portée des activités qui viennent d'être décrites révèle des lacunes qui mettent en lumière la nécessité de nouvelles actions en matière de santé publique concernant les accidents et les blessures, en plus des activités communautaires existantes. Le présent chapitre commence par décrire les principes généraux qui s'appliquent aux actions en matière de santé publique au niveau communautaire, puis le processus de raisonnement qui mène à la sélection d'un petit nombre de domaines clés qui nécessitent à présent des actions nouvelles. Le chapitre VI fournit des détails sur les actions proposées.

Approche générale des activités communautaires en matière de santé publique

41. Conformément aux principes établis à l'article 129 et dans la communication de la Commission concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, l'action communautaire s'attachera, en particulier, à encourager la coopération entre les États membres, en soutenant leurs actions, en promouvant, en contact étroit avec eux, une coordination utile de leurs politiques et programmes et en stimulant la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales.
42. L'action communautaire doit également respecter le principe de subsidiarité défini à l'article 3 B du traité instituant la Communauté européenne. Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient donc que lorsque l'action envisagée, en raison de ses dimensions ou de ses effets, peut être mieux réalisée au niveau communautaire. Qu'un domaine relève ou non de la compétence exclusive de la Communauté, l'action de celle-ci doit être proportionnée aux objectifs à atteindre. Les activités doivent être sélectionnées sur la base d'une évaluation préalable et produire une valeur ajoutée communautaire tout en réalisant un rapport coût-efficacité maximal.
43. Les critères mentionnés dans la communication de la Commission concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique peuvent être appliqués comme suit pour sélectionner les thèmes d'intervention de la Communauté, ainsi que les moyens à choisir:
- a) le thème doit constituer une cause importante de mortalité ou de morbidité ou une cause de mortalité ou de morbidité présentant un taux de croissance préoccupant;
 - b) les mesures proposées ne doivent pas faire double emploi avec d'autres travaux en cours et doivent être coordonnées avec d'éventuels autres travaux existants qui s'y rapportent;
 - c) il doit exister des raisons indiquant que les mesures proposées présenteront un rapport coût-efficacité favorable;

d) les mesures proposées doivent produire une valeur ajoutée communautaire, en répondant à l'une des définitions suivantes:

- activités d'une dimension telle que les États membres ne pourraient les réaliser eux-mêmes ou ne pourraient les réaliser qu'avec difficulté;
- activités dont la réalisation commune présente des avantages évidents, même compte tenu des coûts supplémentaires occasionnés;
- activités qui, en raison de la complémentarité des travaux effectués au niveau national, permettent d'obtenir des résultats considérables pour la Communauté dans son ensemble;
- activités qui conduisent, lorsque la nécessité en est reconnue, à l'établissement de normes de bonne pratique;
- activités qui contribuent au renforcement de la solidarité et de la cohésion sociale dans la Communauté et stimulent son développement harmonieux général.

Sélection des thèmes d'action

44. Au vu des ressources limitées dont dispose la Communauté, de vastes domaines prometteurs devront être exclus. Les critères ci-dessus constituent une base rationnelle à cet effet. En ce qui concerne le premier critère, l'épidémiologie, il convient de restreindre le champ d'action aux enfants, aux jeunes adultes et aux personnes âgées, étant donné que c'est dans ces groupes que les blessures sont les plus fréquentes. Il convient également d'exclure les blessures causées par des actes criminels, étant donné que leur nombre est relativement faible par rapport aux blessures accidentelles et aux suicides. Il en va de même des accidents médicaux, des catastrophes naturelles, des épisodes de pollution et des conflits internationaux. Pour ce qui est du second critère, éviter les doubles emplois, les actions à entreprendre dans le cadre d'un programme de santé publique doivent, dans les circonstances actuelles, éviter les domaines suivants, qui sont déjà traités: les accidents aux passagers de véhicules, les accidents de travail, les accidents causés par des produits défectueux, ainsi que les formes d'intoxication accidentelle chronique et aiguë couvertes par les actions existantes en matière de toxicologie, de sécurité des denrées alimentaires, d'environnement, etc.
45. Les doubles emplois avec le programme communautaire de promotion, d'éducation et de formation en matière de santé³³ seront évités. Alors que ce dernier programme traite de questions de nature transdisciplinaire, notamment les stratégies de promotion de la santé, les moyens de cibler les groupes désavantagés, l'alimentation, l'éducation pour la santé et la formation professionnelle dans la promotion de la santé, le programme de prévention des blessures ciblera étroitement les activités visant à prévenir les blessures de façon directe. Une même coordination serrée évitera les doubles emplois entre les actions du présent programme visant les écoles et celles qui existent déjà dans le cadre du programme communautaire pour la santé et la sécurité au travail³⁴.

³³

Décision 645/96/CE, JO n° L 95 du 16.4.1996

³⁴

Le texte de base des actions en matière de santé et de sécurité au travail est à l'heure actuelle la directive 89/391/CEE du 12.6.1989 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, souvent intitulée dans ce domaine "directive cadre", JO n° L 183 du 29.6.1989.

46. Le troisième critère, le rapport coût-efficacité des moyens employés, ne plaide pas en faveur de l'organisation directe de campagnes d'information et d'éducation du public par la Communauté. Celles-ci ne constitueraient probablement pas la façon la plus rentable d'utiliser le budget très limité disponible pour des actions au niveau communautaire. Ce critère doit également être pris en compte en permanence dans la sélection des activités.
47. Le critère de valeur ajoutée communautaire est particulièrement sélectif en matière de prévention des blessures: il est très aisé de composer de longues listes d'activités de prévention à l'efficacité reconnue ou vraisemblable mais, après examen, la plupart d'entre elles s'avèrent plus adaptées à une exécution au niveau national ou à un niveau inférieur.
48. Deux domaines d'activité se prêtent à une action communautaire. Le premier est le partage et le développement partagé des connaissances, particulièrement dans la sélection des interventions et l'épidémiologie des blessures. Il existe un gisement énorme d'expérience et de capacités en matière de prévention des blessures dans les États membres mais il est inégalement réparti et les médecins ignorent parfois largement l'expérience de leurs confrères. Des mesures de partage des bonnes pratiques dans un cercle beaucoup plus vaste répondraient certainement au critère cité au point 43 d), qui est d'obtenir des résultats importants par la complémentarité des travaux réalisés au niveau national. Dans certains cas, le résultat pourrait essentiellement consister en un flux d'information provenant des États membres qui disposent d'une plus longue expérience de la société industrialisée et de ses problèmes, vers les pays qui éprouvent aujourd'hui les effets néfastes de leur rapide développement économique dans les années 1970 et 1980. Ainsi, les taux de suicide présentent une tendance constante à la hausse dans certains États membres méridionaux, dont les autorités pourraient souhaiter s'inspirer de l'expérience des États membres pratiquant déjà des activités de prévention du suicide.
49. D'autres types de connaissances sont sans doute moins clairement réparties: la question est de savoir quels gains peuvent être réalisés en déterminant où elles se trouvent et en en organisant la disponibilité. L'expérience apprend également que les centres de connaissances qui offrent une information dans un cas particulier bénéficient eux-mêmes de la réflexion qu'ils effectuent à cet effet sur leur travail et sur ses éléments les meilleurs ou les plus susceptibles d'un transfert.
50. L'autre domaine susceptible de faire l'objet d'une action communautaire est l'amélioration de la qualité des données. Les données sont vitales pour la prévention des accidents car elles permettent une recherche épidémiologique visant à déterminer quelles situations, quels produits, quels comportements, quels enchaînements d'événements et même quels lieux sont dangereux. On peut ainsi cibler les faibles ressources de prévention sur le carrefour, le jouet, l'activité sportive, etc. qui le nécessite. Au niveau européen, la comparabilité des systèmes nationaux d'enregistrement et l'harmonisation des méthodologies, s'il est possible de l'obtenir, feraient des données un outil beaucoup plus puissant. La Commission a déjà proposé un programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé³⁵ qui envisage des actions de ce type. Les travaux sur les données réalisés

³⁵

COM(95) 449 final du 16.10.1995 et COM(96) 581 final du 11.11.1996

dans le cadre du programme de prévention des blessures seront soigneusement coordonnés avec les activités du programme susmentionné.

6. ACTIONS PROPOSÉES POUR UN PROGRAMME QUINQUENNAL

Thèmes et objectifs

51. La Commission estime que le domaine d'activité indiqué par ce processus de sélection présente un intérêt certain et que la contribution spécifique de la santé publique peut jouer un rôle important dans la prévention des blessures. L'objectif général d'un tel programme doit être de contribuer aux activités de santé publique qui réduisent la fréquence des blessures. Le programme doit se centrer sur cinq thèmes dégagés par le processus d'élimination décrit plus haut:

- a) accidents domestiques, scolaires et de loisirs survenant aux enfants
- b) accidents domestiques et de loisirs survenant aux jeunes adultes
- c) accidents domestiques et de loisirs survenant aux personnes âgées
- d) suicide
- e) capacité de prévention des blessures

Dans la catégorie des accidents de loisirs, on accorde une attention appropriée aux blessures dues aux activités sportives.

52. Dans chacun des quatre premiers domaines, l'objectif de l'action communautaire doit être de contribuer à la diffusion et l'application la plus efficace possible des techniques de prévention des blessures dont la valeur est largement reconnue par les experts. Les sujets détaillés pouvant être couverts dans chaque domaine sont suggérés aux points 70 à 75 ci-dessous.
53. Outre les activités dans ces domaines, il est justifié de consentir un modeste investissement au niveau communautaire dans la capacité plus générale du secteur de la santé publique en matière de prévention des blessures (e). Les résultats obtenus dans les domaines spécifiques peuvent être renforcés en partageant les connaissances de santé publique dans l'organisation et la réalisation générales des activités de prévention. Ceci aiderait les autorités de santé publique à améliorer leur capacité à rassembler, interpréter et utiliser les données, à identifier les meilleurs domaines de travail, à obtenir des soutiens, à conclure des alliances, à sélectionner les meilleures interventions, à surveiller les effets sanitaires, à évaluer les programmes et à opérer les changements nécessaires. Les sujets détaillés susceptibles d'être couverts sont décrits au point 75 ci-dessous. L'objectif serait de contribuer à renforcer la capacité des organismes de santé publique à mettre sur pied des activités de prévention efficaces.

Moyens

54. Les moyens adaptés à ce partage des connaissances au niveau communautaire seront très similaires dans les cinq domaines. Ces moyens sont les suivants: créer des réseaux, diffuser des informations sur les campagnes, soutenir des études et des

recherches techniques, améliorer la qualité des données et aider les États membres à coordonner les politiques et les programmes. Ils sont examinés ci-dessous.

Créer des réseaux

55. L'échange d'informations entre organisations gouvernementales et non gouvernementales est l'une des formes de coopération européenne les plus fréquemment recherchées par ces groupes et des manifestations d'intérêt ont déjà été enregistrées pour des réseaux de groupes travaillant dans le domaine de la prévention du suicide et des accidents survenant aux enfants. Des occasions peuvent également se faire jour de stimuler les liens avec des pays tiers associés, intéressés par des aspects particuliers du sujet. Une partie de cette activité est susceptible de porter sur l'élaboration de nouvelles approches ou de méthodes innovatrices d'aborder les problèmes communs. Les échanges de documentation, d'orientations stratégiques et de manuels peuvent permettre d'économiser beaucoup de temps et d'efforts dans l'élaboration d'actions de prévention pour les populations locales. Les organismes intéressés trouveront sans doute une aide profitable dans les moyens télématiques, comme l'Internet, pour partager les informations au-delà des frontières nationales.
56. La formation donnée à des groupes de personnel, souvent de type multidisciplinaire, par des organisations professionnelles sera particulièrement utile pour diffuser des messages et méthodes pour la prévention d'aspects soigneusement identifiés des accidents et des blessures. La formation de personnel pour les lignes d'assistance téléphonique et la mise sur pied de groupes de conseil et d'organisations capables de travailler dans la communauté locale peuvent apporter une contribution précieuse à la lutte contre le suicide. Un autre exemple est la formation du personnel qui se trouve en contact avec les enfants et les familles, afin qu'il puisse identifier les risques et proposer des mesures pour les éviter. Les organisations professionnelles de médecine sportive ou d'autres groupes professionnels peuvent être encouragés à fournir une formation aux dirigeants et entraîneurs de clubs sportifs et de centres de loisirs.
57. L'action communautaire consistera à encourager et aider des organisations européennes ou des ensembles d'institutions d'États membres à entreprendre des actions en réseau de différents types.

Diffusion de l'information sur les campagnes

58. Si la Communauté n'organisera pas de campagnes elle-même dans le cadre du programme, elle tentera de soutenir celles qui sont mises sur pied en promouvant la coopération et les échanges de connaissances, de personnel et de documentation entre les organisations nationales qui s'occupent de ces activités. Pour faciliter ce processus, la Communauté souhaite mettre sur pied une banque d'informations sur les campagnes qui ont été menées, avec, si possible, une évaluation de leur valeur, de leurs effets et des possibilités de les généraliser. Un concours pourrait être organisé pour trouver les meilleures campagnes de prévention.
59. Pour certains sujets, il serait éventuellement indiqué que la Communauté encourage l'organisation de campagnes en parallèle dans un certain nombre d'États membres et

contribue à l'élaboration d'une documentation et d'une publicité de base susceptibles d'être utilisées, avec des modifications, par tous les participants.

60. Le programme s'efforcera également de recenser un certain nombre de campagnes "modèles" de prévention des accidents, pour illustrer les processus d'enquête, le pré-examen de la méthodologie et des documents et les mécanismes de suivi et d'évaluation appropriés.

Améliorer les données sur les accidents

61. Des données sur les accidents domestiques et de loisirs sont rassemblées depuis 1986 dans le cadre du système EHLASS. En raison de la taille du système, les données collectées sont insuffisantes pour être utilisées comme des éléments statistiques probants. L'amélioration des données concernant les accidents contribuerait considérablement à planifier des interventions rentables. Des approches concertées en matière de codification, un meilleur enregistrement du lieu de survenance de l'accident, des aspects comportementaux et des enchaînements d'événements, l'indication précise de la cause du décès dans l'acte de décès, des échelles de gravité et des ensembles de données minimaux s'avéreraient profitables. Il convient de s'efforcer d'harmoniser des définitions de données et des ensembles minimaux de données pour permettre des comparaisons transnationales et d'examiner la couverture assurée par les systèmes existants de collecte des données et, si nécessaire, d'étudier des mesures destinées à améliorer cette couverture; il importe également, en relation avec EHLASS, de maximiser la valeur potentielle pour la C.E. des travaux réalisés dans le cadre de l'"International Collaborative Effort on Injury Statistics".
62. Dans la planification de meilleures activités de prévention, on a souvent recours à des enquêtes et des analyses spéciales. Dans le cadre du programme proposé en matière de surveillance de la santé, la Communauté pourrait ajouter des questions ou des modules à des enquêtes existantes se déroulant dans l'ensemble de la Communauté. En coordination étroite avec le programme de surveillance de la santé, le programme de prévention des blessures pourrait faire de même dans son domaine particulier. Les connaissances et contacts obtenus dans le cadre du programme de prévention des blessures permettront d'aider à cerner la nécessité de ce type de travaux et une base de données reprenant des enquêtes connues pourrait être créée afin d'aider les personnes qui planifient une activité à identifier ce qui a déjà été réalisé. Ceci pourrait éviter de nombreux gaspillages d'efforts, par exemple le fait de réinventer les mêmes méthodologies à plusieurs endroits.

Recherches techniques

63. Les décideurs politiques et les responsables des mesures de prévention ont besoin de services techniques pour éclairer leurs actions et leurs décisions et pour étudier la probabilité des accidents, leurs coûts vraisemblables, leurs causes et les améliorations techniques qui pourraient être apportées. La Communauté s'efforcera de promouvoir la collaboration entre institutions disposant de connaissances et d'équipements spécialisés, à même d'entreprendre de telles activités, et pourrait rédiger un inventaire des institutions et de leurs projets, en sorte que chaque État membre n'ait pas besoin de recommencer des programmes d'analyse ou de test mais puisse utiliser des informations ou possibilités déjà existantes. La Communauté

encouragera également des conférences et des échanges entre de tels institutions et programmes.

64. Dans certains cas, les institutions techniques de ce type sont également bien placées pour effectuer des évaluations de projets et de campagnes de prévention, d'un point de vue impartial et informé, et la Communauté soutiendra ce genre d'opérations.

Consultation et coopération

65. L'article 129 du traité instituant la Communauté européenne dispose que la Communauté encourage la coopération entre les États membres et la coordination de leurs politiques et programmes pour assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine et la prévention des grands fléaux. La Commission est habilitée à prendre toute initiative utile pour promouvoir ce processus.
66. Des consultations peuvent être nécessaires sur presque tous les aspects du sujet mais les domaines principaux seront l'élaboration de politiques et stratégies publiques à différents niveaux des pouvoirs publics (international, national, régional et local) et la comparaison des mesures utilisées pour appliquer ces politiques, qu'il s'agisse de mesures législatives ou administratives ou de la négociation de normes et codes volontaires.
67. Les domaines où cette coopération stratégique sera particulièrement importante sont ceux qui concernent la sélection de priorités d'action, les enquêtes sur les attitudes du public vis-à-vis des accidents, la prise de risque et le suicide, les actions préventives ciblées sur des groupes de population particuliers, les jeunes enfants par exemple, et les mesures de réduction des risques liés à l'environnement.
68. Les actions organisées, parrainées ou aidées par la Commission peuvent consister en réunions formelles et informelles à différents niveaux des pouvoirs publics, en conférences et séminaires, en groupes de travail et groupes consultatifs. Des experts indépendants et des représentants d'organisations non gouvernementales peuvent participer aux consultations. Les groupes auront des mandats précis, limités dans le temps. Le comité du programme, mentionné au point 76, constituera le forum de surveillance générale de ces activités.

Ajouter une valeur en matière de santé publique à d'autres programmes communautaires

69. Le cinquième champ d'action spécifique, renforcer l'apport de la santé publique en matière de prévention des blessures, tirerait également profit d'activités visant à augmenter les possibilités pour les organismes de santé publique d'utiliser d'autres politiques communautaires relatives à la prévention des blessures. Plusieurs groupes de coordination assistent déjà leurs organisations membres en sensibilisant aux programmes communautaires et à leurs conditions de participation, en contribuant à créer des associations transnationales et en aidant les groupes particulièrement intéressés à trouver les interlocuteurs les plus utiles dans les institutions communautaires. Le programme pourrait soutenir des activités similaires, centrées plus en profondeur sur la prévention des blessures et la diffusion à un public concerné.

Contenu détaillé des thèmes sélectionnés

70. La sélection de cinq thèmes d'action a été décrite aux points 51 à 53 et les points 54 à 69 ont indiqué les moyens par lesquels poursuivre les objectifs communautaires dans ces domaines. Il reste à illustrer le contenu un peu plus en détail.

Accidents domestiques, scolaires et de loisirs survenant aux enfants

71. Les bonnes pratiques à diffuser pourraient porter sur des domaines comme les systèmes de contrôle de sécurité dans la maison pour les tout jeunes enfants, l'aide et la formation à l'usage des parents, la fourniture de vitrage de sécurité ou de films de sécurité pour vitrage, les emballages conçus pour ne pas pouvoir être ouverts par des enfants, les détecteurs de fumée et autres équipements de sécurité dans la maison, l'encadrement pour les activités sportives et de loisirs, l'apprentissage de la natation, les capacités de la vie quotidienne, par exemple dans la cuisine, la sécurité des terrains de jeux, le travail spécialisé des services sanitaires scolaires, l'éducation à la sécurité dans le programme scolaire, la formation des puériculteurs et le développement de groupes d'auto-assistance et de groupes bénévoles.

Accidents domestiques et de loisirs survenant aux jeunes adultes

72. Les domaines se prêtant particulièrement à une action sont notamment: l'encadrement des activités sportives et de loisirs, le renforcement des informations de sécurité générale sur les emballages d'articles de sport, la sensibilisation aux effets de l'alcool et des drogues sur la prise de risque, la sensibilisation dans les sports à hauts risques, par exemple le danger de blessure à la colonne vertébrale lors de plongeurs dans des eaux inconnues, les premiers soins et la réanimation, l'identification de collaborateurs essentiels, comme les magasins de bicyclettes ou de disques et les groupes de jeunesse, la sensibilisation aux risques de la cuisine et du bricolage, le développement de groupes d'auto-assistance et de groupes bénévoles. Les compétences acquises par les organismes sportifs dans un cadre professionnel peuvent s'avérer précieuses pour prévenir également les accidents chez les amateurs.

Accidents domestiques et de loisirs survenant aux personnes âgées

73. Dans ce domaine, les bonnes pratiques à diffuser seraient relatives à des sujets comme les systèmes de contrôle de sécurité, les exercices appropriés pour la mobilité et la souplesse, les conseils dans des contextes appropriés comme les contacts avec les services de santé, les politiques de sécurité dans les maisons de soins, le contrôle des dispositifs de chauffage, le suivi des médicaments (en particulier les sédatifs, les tranquillisants et les agents hypotenseurs) pour éviter toute utilisation superflue, un éclairage adéquat, y compris l'éclairage public, et le développement de groupes d'auto-assistance et de groupes bénévoles. Une attention particulière doit être accordée à la prévention des chutes, qui peuvent produire des effets extrêmement invalidants et, en outre, permanents chez les personnes les plus âgées.

Suicide

74. Les responsables de la prévention du suicide pourraient utiliser le programme pour partager des informations dans des domaines comme l'aide efficace aux personnes qui ont tenté de se suicider (qui constituent le groupe présentant le risque le plus élevé de tentative ultérieure), l'organisation de la qualité de l'encadrement en cas de tentative de suicide pour éviter des tentatives répétées, l'amélioration de la compréhension de la dépression et le développement du soutien aux personnes atteintes de maladies somatiques graves, l'évaluation de différentes lignes d'assistance téléphonique et de diverses approches en matière de conseil et le développement de groupes d'auto-assistance et de groupes bénévoles (y compris pour les alcooliques et les personnes atteintes de maladies mentales).

Renforcer les capacités du secteur de la santé publique

75. Outre les actions ajoutant une valeur à d'autres activités communautaires décrites au point 69, il est envisageable de partager des informations sur des sujets comme l'épidémiologie des blessures, la mobilisation des communautés (par exemple sur la base du programme de sécurité communautaire de l'OMS, en coordination avec ses organisateurs), la conclusion d'alliances entre organismes, l'efficacité et la rentabilité des actions de prévention des blessures et les outils d'évaluation.

7. CONSULTATION, ÉVALUATION ET RAPPORTS

Consultation

76. Pour établir un programme quinquennal dans ce domaine, la Commission pratiquera une collaboration étroite avec les États membres, avant tout au niveau de la coordination des politiques et programmes, mais aussi dans toute autre partie du programme. Dans la mise en oeuvre du programme, la Commission a l'intention de recourir à un comité consultatif composé de représentants des États membres. Des contacts appropriés seront entretenus avec l'OMS, d'autres organisations internationales et des pays tiers, selon les nécessités du programme, sans préjudice d'autres dispositions communautaires applicables.

Rapports d'évaluation

77. L'évaluation du programme sera réalisée dans deux rapports:
- un rapport d'évaluation au cours de la troisième année de ce programme, à l'intention du Conseil, du Parlement européen, du Comité économique et social et du Comité des régions. Le but de ce rapport est de veiller à ce que les institutions communautaires et, par leur intermédiaire, toutes les parties concernées, soient parfaitement informées de l'état d'avancement des actions entreprises dans le cadre du présent plan d'action.
 - un rapport final sur la mise en oeuvre du programme, qui comprendra une évaluation des actions entreprises et sera soumis aux institutions susmentionnées par la Commission à l'issue du programme.

Activités d'information générale

78. Outre les activités d'information contenues dans le programme, la Commission veillera à ce que le grand public et toutes les parties concernées aient accès aux rapports sur les actions, les études et les évaluations entreprises.

Proposition de

DÉCISION DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL

adoptant un programme d'action communautaire 1999-2003 relatif à la prévention des blessures dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique

EXPOSÉ DES MOTIFS

1. Dans sa communication COM(93) 559 du 24 novembre 1993 concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, la Commission a décrit les principes et la stratégie à suivre pour entreprendre des activités communautaires visant à atteindre les objectifs de protection de la santé figurant aux articles 3 point o) et 129 du traité instituant la Communauté européenne. Le rôle de la Communauté, tel qu'il est identifié, consiste à soutenir les efforts consentis par les États membres dans le domaine de la santé publique, à les assister dans la formulation et la réalisation d'objectifs et de stratégies et à contribuer à assurer un niveau élevé de protection sanitaire dans l'ensemble de la Communauté, en se fixant pour objectif les meilleurs résultats déjà atteints dans un domaine donné, en quelque endroit que ce soit dans la Communauté.
2. Conformément à l'article 129, la Commission présente des propositions pour l'adoption par le Parlement européen et le Conseil d'actions d'encouragement visant à contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine. La communication de la Commission susmentionnée établit les critères permettant de déterminer les domaines prioritaires des programmes d'action communautaires. En application de ces critères, la prévention des blessures a été identifiée comme l'un de ces domaines prioritaires. La présente proposition de la Commission, fondée sur l'article 129 et déjà annoncée dans le programme de travail annuel de la Commission, correspond au principe de compétence partagée entre la Communauté et les États membres et vise à promouvoir la santé publique en contribuant à des actions qui réduisent l'ampleur du problème des blessures.
3. La notion de blessure est fort vaste et couvre en principe, selon les définitions acceptées au niveau international, toutes sortes de lésions résultant de causes extérieures (par opposition aux maladies), par exemple les chocs, brûlures, intoxications, morsures, piqûres et écrasements, sans distinction quant à la cause de l'événement extérieur: dommages infligés délibérément à soi-même, dommages infligés à une autre personne, de manière légale ou non, ou dommages accidentels. La présente proposition de la Commission vise un petit nombre de domaines clés dans ce vaste périmètre, sélectionnés parce qu'ils représentent une cause importante de blessures et de décès évitables, qu'ils ne font pas encore l'objet d'une action au niveau communautaire, qu'ils présentent des possibilités d'intervention d'un bon rapport coût-efficacité et qu'ils produiraient une valeur ajoutée communautaire en rassemblant et en complétant les travaux réalisés au niveau national ou à un niveau inférieur.
4. Les domaines cibles sélectionnés sont les accidents domestiques et de loisirs survenant aux enfants, aux jeunes adultes et aux personnes âgées, les accidents survenant aux enfants à l'école ainsi que le suicide et les formes moins graves de lésions auto-infligées (parfois appelées manifestations parasuicidaires). Cette sélection de domaines est amplement justifiée par les critères susmentionnés et aborde toutes les catégories de blessures constituant les causes principales de décès, d'invalidité et d'atteinte à la santé, à l'exception des accidents de travail et de la circulation, qui font déjà l'objet d'autres activités communautaires. À titre d'exemple, les données rassemblées par le système d'enquête irlandais en matière d'hospitalisation indiquent que les catégories sélectionnées ici couvrent les trois quarts de toutes les blessures ayant entraîné une hospitalisation dans ce pays en 1993.

5. Les actions d'encouragement proposées sont de deux types. Le premier consiste à soutenir le partage et le développement partagé des connaissances, particulièrement dans la sélection des interventions et l'épidémiologie des blessures. Il existe un gisement énorme d'expérience et de capacités en matière de prévention des blessures dans les États membres mais il est inégalement réparti et les médecins ignorent parfois largement l'expérience de leurs confrères. Les mesures visant à partager les bonnes pratiques existantes contribueront à diffuser plus largement les meilleurs résultats obtenus en quelque endroit que ce soit dans la Communauté. Lorsque la fréquence des blessures dans un État membre est plus élevée que le taux national le plus faible enregistré dans un pays de la Communauté, on peut raisonnablement penser que les cas supplémentaires sont évitables et la présente proposition pourrait contribuer à transférer les connaissances nécessaires pour aider à réduire le nombre de ces blessures évitables.
6. Le second type d'actions d'encouragement proposées consiste à promouvoir la qualité des données. Les données sont vitales pour la prévention des blessures car elles permettent une recherche épidémiologique visant à déterminer quelles situations, quels produits, quels comportements et quels lieux sont dangereux. Alors que l'épidémiologie de nombreuses maladies est de mieux en mieux connue dans la Communauté, les données nécessaires pour étayer une épidémiologie appropriée des blessures font gravement défaut, ce qui ne permet guère de cibler les faibles ressources disponibles sur les activités de prévention les plus productives. Au niveau communautaire, une amélioration des données mettrait un outil puissant dans les mains des responsables de la prévention, qui pourraient les utiliser pour déterminer, par exemple, si l'ampleur régionale des blessures dues aux sports ou au cyclisme est considérablement plus importante que dans les pays voisins et, dans l'affirmative, dans quelles conditions, mettant ainsi en lumière certaines questions.
7. L'action communautaire engagée dans le cadre de la présente proposition prendrait la forme d'un encouragement et d'un soutien à la création de réseaux, d'une diffusion de l'information sur les campagnes de prévention et de travaux consacrés à l'amélioration des données, y compris les enquêtes ainsi que les recherches techniques. Des occasions pourraient également se présenter d'aider les États membres à coordonner leurs politiques et leurs programmes de la façon envisagée à l'article 129 du traité instituant la Communauté européenne.
8. De plus en plus d'éléments indiquent que les mesures de prévention des blessures peuvent être à la fois efficaces et rentables, particulièrement les mesures de prévention "passive", qui créent un environnement plus sûr, par opposition aux mesures visant à former les personnes à vivre plus en sécurité dans des environnements qui restent potentiellement dangereux. Toutefois, toutes les interventions ne fonctionnent pas aussi bien les unes que les autres et la valeur de la proposition de la Commission réside dans le fait qu'elle contribuerait à faire connaître celles qui ont obtenu les meilleurs résultats et à communiquer les principes qui les sous-tendent à ceux qui souhaitent adopter des mesures similaires dans d'autres États membres.
9. Le Parlement européen s'intéresse depuis longtemps à des actions au niveau communautaire pour prévenir les blessures et la présente proposition répond spécifiquement à sa résolution sur la politique de la santé publique après Maastricht, qui appelait expressément de ses vœux des activités dans le domaine de la prévention des accidents. Les actions en matière de prévention des blessures répondent également aux priorités exprimées par le Conseil dans le domaine de la santé publique, comme la

nécessité de sélectionner des domaines d'action en fonction de la possibilité de prendre des mesures de prévention.

10. Le présent programme ne peut être entrepris que sur la base d'une décision du Parlement européen et du Conseil conformément à l'article 129. Il ne relève pas de la compétence exclusive de la Communauté et ne vise ni ne requiert l'harmonisation des dispositions nationales dans le domaine concerné.
11. Les actions à mettre en oeuvre dans le cadre du programme proposé produiront une valeur ajoutée de plusieurs façons:
 - 1) elles permettront de rassembler et de compléter mutuellement les activités déjà entreprises de façon relativement isolée au niveau national, avec des résultats importants pour la Communauté dans son ensemble, comme une large diffusion des bonnes pratiques auparavant confinées à une seule région, une répartition du travail plus rationnelle et plus efficace dans les domaines techniques et la préparation de données comparables dans toute la Communauté;
 - 2) elles contribueront au renforcement de la solidarité et de la cohésion dans la Communauté ainsi qu'à son développement harmonieux en aidant les régions où l'ampleur du phénomène des blessures est la plus forte à bénéficier de l'expérience des régions où davantage d'attention a déjà été accordée à la prévention des blessures;
 - 3) elles conduiront, lorsque la nécessité en est reconnue, à l'établissement de normes de bonne pratique.
12. Les actions mises en oeuvre dans le cadre du programme seront évaluées dans deux rapports:
 - un rapport d'évaluation au cours de la troisième année du programme, et
 - un rapport final sur la mise en oeuvre du programme.

Ces rapports comprendront des informations sur le financement communautaire dans les divers domaines d'action ainsi que les résultats des évaluations. Ils seront transmis au Conseil et au Parlement européen, ainsi qu'au Comité économique et social et au Comité des régions.

DÉCISION DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL

adoptant un programme d'action communautaire 1999-2003
relatif à la prévention des blessures dans le cadre de l'action
dans le domaine de la santé publique

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

vu le traité instituant la Communauté européenne, et notamment son article 129 paragraphe 4 premier tiret,

vu la proposition de la Commission³⁶,

vu l'avis du Comité économique et social³⁷,

vu l'avis du Comité des régions³⁸,

statuant conformément à la procédure visée à l'article 189 B du traité³⁹,

1. considérant que les blessures devraient être considérées comme un des grands fléaux visés à l'article 129 dans l'ensemble de la Communauté et sont une cause de préoccupation publique considérable;
2. considérant que, conformément à l'article 3 point o) du traité, l'action de la Communauté comporte une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé;
3. considérant que l'article 129 confère expressément une compétence à la Communauté dans ce domaine, en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action, en promouvant la coordination de leurs politiques et programmes et en favorisant la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique; que l'action communautaire doit porter sur la prévention des maladies et la promotion de l'information et de l'éducation en matière de santé;
4. considérant que, dans la résolution du Conseil et des Ministres de la Santé réunis au sein du Conseil du 27 mai 1993 concernant l'action future dans le domaine de la santé publique⁴⁰, affirme la nécessité d'une action communautaire visant à ajouter de la vie aux années et des années à la vie et à sélectionner des domaines d'action en fonction de la possibilité de prendre des mesures de prévention;

³⁶ JO n°

³⁷ JO n°

³⁸ JO n°

³⁹

⁴⁰ JO n° C 174 du 25.6.1993, p.1.

5. considérant que le Parlement européen, dans sa résolution sur la politique de la santé publique après Maastricht, du 19 novembre 1993⁴¹, appelle la Commission à concevoir et réaliser des activités en matière de prévention des accidents;
6. considérant que la Commission, dans sa communication du 24 novembre 1993 concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique⁴², a identifié les blessures et accidents volontaires et involontaires comme un thème d'action prioritaire en matière de santé publique;
7. considérant que le Parlement européen et le Conseil, dans leur décision n° 3092/94/CE⁴³, ont instauré un système communautaire d'information sur les accidents domestiques et de loisirs avec lequel la présente décision devrait être étroitement coordonnée;
8. considérant que, conformément au principe de subsidiarité et au principe de proportionnalité établis à l'article 3 B du traité, la Communauté ne doit intervenir que si et dans la mesure où l'action concernée, en raison de ses dimensions ou de ses effets, peut être mieux réalisée au niveau communautaire; que le présent programme produira une valeur ajoutée communautaire en rassemblant des activités déjà entreprises de façon relativement isolée au niveau national et en en assurant la complémentarité, avec des résultats considérables pour l'ensemble de la Communauté, en contribuant à renforcer la solidarité et la cohésion dans la Communauté et en aboutissant, lorsque la nécessité en est reconnue, à la fixation de normes relatives aux meilleures pratiques;
9. considérant qu'il convient de favoriser la coopération avec les organisations internationales compétentes dans le domaine de la santé publique et avec les pays tiers;
10. considérant que, en participant à l'amélioration des connaissances et de la compréhension de la prévention des blessures et à un élargissement de la diffusion de l'information à ce sujet, en assurant une meilleure comparabilité de l'information en la matière et en développant des actions complémentaires aux programmes et actions communautaires existants, tout en évitant les doubles emplois, le programme contribuera à la réalisation des objectifs de la Communauté visés à l'article 129;
11. considérant que, afin d'accroître la valeur et l'impact du programme, il convient de procéder à une évaluation continue des actions entreprises, particulièrement quant à leur efficacité et à la réalisation des objectifs fixés, en vue, le cas échéant, d'effectuer les ajustements nécessaires;
12. considérant que la présente décision établit un cadre financier constituant le principal point de référence, au sens du point 1 de la déclaration du Parlement européen, du Conseil et de la Commission du 6 mars 1995⁴⁴, pour l'autorité budgétaire au cours de la procédure budgétaire annuelle;
13. considérant que la perspective financière de la Communauté est valable jusqu'en 1999 et qu'elle devra être révisée pour la période postérieure à cette date;

⁴¹ JO n° C 329 du 6.12.1993, p. 375

⁴² COM(93) 559 final du 24.11.1993

⁴³ JO n° L 331 du 21.12.1994, p. 1

⁴⁴ JO n° C 102 du 4.4.1996, p. 4

14. considérant que le présent programme doit avoir une durée de cinq ans, afin de disposer d'un temps suffisant pour mettre en oeuvre les actions visant à atteindre les objectifs fixés,

DÉCIDENT:

Article premier

Établissement du programme

1. Un programme d'action communautaire relatif à la prévention des blessures, ci-après dénommé "présent programme", est adopté pour la période du 1er janvier 1999 au 31 décembre 2003 dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique.
2. Le programme a pour but de contribuer aux activités de santé publique qui visent à réduire l'incidence des blessures, en promouvant une diffusion et une application plus efficaces des techniques de prévention dont la valeur est largement reconnue par les experts et en participant au renforcement de la capacité générale des organismes de santé publique à mettre sur pied des activités de prévention efficaces.
3. Les actions à mettre en oeuvre dans le cadre du programme et leurs objectifs spécifiques figurent en annexe.

Article 2

Mise en oeuvre

1. La Commission assure la mise en oeuvre, en étroite coopération avec les États membres, des actions qui figurent en annexe.
2. La Commission coopère avec les institutions et les organisations actives dans le domaine de la prévention des blessures.

Article 3

Budget

1. Le cadre financier en vue de la mise en oeuvre du programme pour l'année 1999 est fixé à 1,3 million d'écus, selon les perspectives financières actuelles. Le cadre financier pour les quatre dernières années du programme (2000-2003) sera arrêté en détail après établissement des perspectives financières futures.
2. Les crédits annuels sont établis par l'autorité budgétaire conformément aux perspectives financières actuelles.

Article 4

Cohérence et complémentarité

La Commission veille à la cohérence et à la complémentarité entre les actions communautaires à mettre en oeuvre dans le cadre du présent programme et celles réalisées dans le cadre d'autres programmes et actions communautaires concernés.

Article 5

Comité

1. La Commission est assistée par un comité consultatif, ci-après dénommé "le comité", composé des représentants des Etats membres et présidé par le représentant de la Commission.

Le représentant de la Commission soumet au comité un projet des mesures à prendre.

Le comité émet son avis sur ce projet dans un délai que le président peut fixer en fonction de l'urgence de la question en cause, le cas échéant en procédant à un vote.

L'avis est inscrit au procès-verbal; en outre, chaque Etat membre a le droit de demander que sa position figure à ce procès-verbal.

La Commission tient le plus grand compte de l'avis émis par le comité. Elle informe le comité de la façon dont elle a tenu compte de cet avis.

2. Le Comité est consulté notamment sur
 - a) les critères et procédures de sélection et de financement des projets dans le cadre du présent programme;
 - b) la procédure d'évaluation.
3. Le représentant de la Commission tient le comité régulièrement informé des propositions de la Commission ou des initiatives communautaires et de la mise en oeuvre de programmes dans d'autres domaines en rapport avec la réalisation des objectifs du présent programme.

Article 6

Coopération internationale

1. Au cours de la mise en oeuvre du présent programme, la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes dans le domaine de la santé publique sera encouragée.

2. Le présent programme est ouvert à la participation des pays associés d'Europe centrale et orientale, conformément aux conditions fixées dans les accords d'association et les protocoles additionnels y afférents, concernant la participation à des programmes communautaires. Le présent programme est ouvert à la participation de Chypre et de Malte sur la base de crédits supplémentaires selon les mêmes règles que celles appliquées aux pays de l'Association européenne de libre échange (AELE), conformément aux procédures à convenir avec ces pays.

Article 7

Suivi et évaluation

1. Dans la mise en oeuvre de la présente décision, la Commission prend les mesures nécessaires pour assurer le suivi et l'évaluation continue du programme, compte tenu des objectifs généraux et spécifiques visés à l'article 1 et à l'annexe.
2. Au cours de la troisième année du présent programme, la Commission soumet un rapport d'évaluation au Parlement européen et au Conseil.
3. La Commission soumet au Parlement européen et au Conseil un rapport final à l'issue du présent programme.
4. La Commission intègre dans ces deux rapports les informations relatives au financement communautaire dans les différents domaines d'action et à la complémentarité avec les autres actions visées à l'article 4, ainsi que les résultats des évaluations. Elle les transmet également au Comité économique et social et au Comité des régions.

Fait à Bruxelles, le

Par le Parlement européen
Le président

Par le Conseil
Le président

ANNEXE

OBJECTIFS ET ACTIONS SPÉCIFIQUES

I. ACCIDENTS SURVENANT AUX ENFANTS, AUX JEUNES ADULTES ET AUX PERSONNES ÂGÉES⁴⁵

Objectif: contribuer aux activités de santé publique qui visent à réduire la fréquence des blessures dans les accidents domestiques, scolaires et de loisirs, en promouvant une diffusion et une application plus efficaces des techniques de prévention dont la valeur est largement reconnue par les experts

II. SUICIDE

Objectif: contribuer aux activités de santé publique qui visent à réduire la fréquence des blessures résultant de dommages occasionnés à soi-même, en promouvant une diffusion et une application plus efficaces des techniques de prévention dont la valeur est largement reconnue par les experts

III. CAPACITÉS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES BLESSURES

Objectif: contribuer à renforcer la capacité des organismes de santé publique à mettre sur pied des activités de prévention efficaces

Actions à entreprendre pour réaliser chacun de ces objectifs:

(Les actions peuvent porter sur plus d'un objectif: par exemple, un projet concernant la sécurité des activités sportives peut toucher les enfants, les jeunes adultes et les personnes âgées.)

1. Réseaux: encourager et soutenir la création de réseaux, consacrés en particulier aux tâches suivantes: développement de nouvelles approches ou de méthodes innovatrices pour aborder des problèmes communs, échanges de documentation, d'orientations stratégiques et de manuels, organisation d'activités de formation.
2. Campagnes: soutenir la diffusion d'informations sur les campagnes, notamment en mettant sur pied une banque d'informations sur les campagnes qui ont été menées, avec, si possible, une évaluation de leur valeur, de leurs effets et des possibilités de les transposer et en organisant des concours visant à identifier les meilleures campagnes de prévention des blessures; promouvoir, le cas échéant, l'organisation de campagnes en parallèle dans un certain nombre d'États membres; contribuer à l'élaboration d'une documentation et d'une publicité de base.

⁴⁵

L'action communautaire dans le domaine de la protection civile est exclue de ce programme (voir en particulier la proposition pour une décision du Conseil établissant un programme d'action communautaire dans le domaine de la protection civile COM(95) 155 final)

3. Données sur les blessures: promouvoir, en relation avec EHLASS, des approches concertées pour les codes et définitions de données, un meilleur enregistrement du lieu de survenance, ainsi que des aspects comportementaux et des enchaînements d'événements, plus de précision dans la cause de l'acte de décès, l'utilisation d'échelles de gravité et d'ensembles de données minimaux; favoriser l'application des résultats pertinents de l'International Collaborative Effort on Injury Statistics"; examiner la couverture assurée par les systèmes existants de collecte des données et, si nécessaire, étudier des mesures destinées à améliorer cette couverture; inclure des questions ou modules supplémentaires dans les enquêtes existantes se déroulant dans l'ensemble de la Communauté; contribuer à l'identification des besoins en enquêtes; promouvoir la création d'une base de données reprenant les enquêtes connues.
4. Recherches techniques sur les facteurs de risques de blessures: promouvoir la collaboration entre institutions disposant de connaissances et d'équipements spécialisés pour entreprendre de telles activités; soutenir la réalisation d'un inventaire des institutions et de leurs projets et d'évaluations des projets et campagnes de prévention.
5. Consultation et coopération: apporter une assistance à des réunions formelles et informelles à différents niveaux des pouvoirs publics, à des conférences et séminaires, à des groupes de travail et groupes consultatifs.

en outre, les actions suivantes viendront à l'appui de l'objectif III:

6. Activités destinées à accroître l'usage que les organismes de santé publique peuvent faire d'autres politiques communautaires pour la prévention des blessures: sensibiliser aux programmes communautaires et à leurs conditions de participation, contribuer à créer des associations transnationales et aider les groupes particulièrement intéressés à trouver les interlocuteurs les plus utiles dans les institutions communautaires.

FICHE FINANCIÈRE

1 INTITULÉ DE L'ACTION

Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire 1999-2003 relatif à la prévention des blessures dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique

2 LIGNE BUDGÉTAIRE CONCERNÉE

B3-.....

3 BASE LEGALE

Article 3 point o) et article 129 du traité instituant la Communauté européenne.

4 DESCRIPTION DE L'ACTION

4.1 Objectif général de l'action

Contribuer à atteindre les objectifs fixés par le traité:

- en vertu de l'article 3 point o), la Communauté est tenue de contribuer à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé;
- l'article 129 impose à la Communauté de contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine, en particulier en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action, en promouvant la coordination de leurs politiques et programmes et en favorisant la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique. L'action communautaire vise la prévention des maladies, en particulier les grands fléaux, en encourageant la recherche sur leurs causes et leur transmission, ainsi que l'information et l'éducation concernant la santé.

L'objectif général du programme d'action est de contribuer aux activités de santé publique qui visent à réduire la fréquence des blessures résultant d'accidents domestiques, scolaires et de loisirs et de dommages auto-infligés, en promouvant une diffusion et une application plus efficaces des techniques de prévention dont la valeur est largement reconnue par les experts et en participant au renforcement de la capacité générale des organismes de santé publique à mettre sur pied des activités de prévention efficaces.

La méthode utilisée pour atteindre cet objectif consiste à entreprendre des actions qui:

- encouragent et aident la création de réseaux de personnes actives dans la prévention des blessures;
- diffusent l'information sur les campagnes de prévention des blessures;
- améliorent les données disponibles sur les accidents, par des enquêtes et d'autres moyens;
- encouragent une amélioration des recherches techniques sur les facteurs de risques en renforçant la collaboration entre centres d'experts;
- favorisent une consultation et une coopération appropriées entre États membres;
- aident les organismes de santé publique à faire un meilleur usage d'autres politiques communautaires pour contribuer à la prévention des blessures.

4.2 Période couverte par l'action et modalités prévues pour son renouvellement ou sa prorogation

- 5 ans: du 1er janvier 1999 au 31 décembre 2003
- Rapport sur la mise en oeuvre à transmettre au Conseil et au Parlement européen au cours de la troisième année du programme,
- Rapport au Conseil et au Parlement européen à l'issue du programme, avec les résultats des évaluations.

5 CLASSIFICATION DE LA DÉPENSE OU DE LA RECETTE

- Dépense non obligatoire
- Crédits dissociés.

6 TYPE DE LA DÉPENSE OU DE LA RECETTE

Subvention pour cofinancement avec d'autres sources du secteur public et/ou privé (ne dépassant pas un certain pourcentage du coût total des projets proposés).

Le montant du financement accordé varie en fonction de la dimension de l'action à financer et de l'implication du programme dans les différentes activités prévues. Ce financement ne dépasse pas 70 % du budget prévisionnel total des projets proposés,

sauf pour les réseaux et les travaux commandés et directement utiles à la Commission, pour lesquels la subvention peut être portée à 100 %.

7 INCIDENCE FINANCIÈRE

7.1. Mode de calcul du coût total de l'action (définition des coûts unitaires)

Le mode de calcul est déterminé par l'expérience acquise lors des précédentes activités en matière de santé publique. Cela inclut les différents types d'action communautaire énumérés au tableau 4 de la communication de la Commission du 24 novembre 1993 (COM (93) 559 final) et représente dix années de savoir-faire concernant le financement d'activités de collaboration avec les Etats membres et les ONG en matière de collecte, d'analyse et de diffusion de l'information, de création de réseaux, de surveillance de la qualité de campagnes telles que les semaines européennes, d'établissement de mécanismes et de procédures de consultation et de coopération pour fixer des objectifs communs, la coordination des politiques ainsi que la formulation et la mise en oeuvre de stratégies au niveau communautaire. Les coûts estimatifs spécifiques sont basés sur un financement de 100 % pour la moitié des actions à engager dans le cadre du présent programme et de 50 % pour l'autre moitié, en tablant sur une participation de la plupart ou de la totalité des États membres. Un montant de 1,3 millions d'écus est jugé nécessaire à la mise en oeuvre de ces activités pour l'année 1999. Le nouveau cadre budgétaire pour les quatre dernières années sera fixé en l'an 2000, en tenant compte des perspectives financières futures de la Communauté. Les dotations annuelles seront fixées selon les procédures budgétaires habituelles.

7.1.1. Réduction des accidents

- Réseaux

En 1999, le fonctionnement de trois réseaux par an est prévu, pour un coût annuel moyen de 200 000 écus.

- Diffusion de l'information

S'agissant d'une action nouvelle, le coût estimatif a été calculé à partir de l'expérience d'autres programmes qui existent déjà dans le domaine de la santé publique (cancer, sida et maladies transmissibles, drogues, promotion de la santé) et de leur coût (100 000 écus par an).

7.1.2. Suicide

- Réseaux

En 1999, le fonctionnement d'un réseau par an est prévu, pour un coût annuel moyen de 200 000 écus.

- Diffusion du réseau

S'agissant d'une action nouvelle, le coût estimatif a été calculé à partir de l'expérience d'autres programmes qui existent déjà dans le domaine de la santé publique (cancer, sida et maladies transmissibles, drogues, promotion de la santé) et de leur coût (100 000 écus par an).

- Amélioration des données sur le suicide

S'agissant d'une action nouvelle, un coût estimatif de 200 000 écus a été calculé à partir des expériences d'EUROSTAT et du système EHLASS sur les accidents domestiques et de loisirs.

7.1.3. Capacités en matière de prévention

Soutien d'au moins deux manifestations nationales par an, avec un montant de 50 000 écus (en accordant une importance particulière en 1999) lors du lancement du programme.

7.2 Ventilation par éléments du coût de l'action (en millions d'écus)

OBJECTIF	DOMAINE D'ACTION	ANNÉE					
		1999	2000	2001	2002	2003	Total
Contribuer à la réduction des accidents survenant aux enfants, aux jeunes adultes et aux personnes âgées	encourager et aider la création de réseaux; diffuser l'information sur les campagnes; améliorer les données relatives aux accidents; recherches techniques sur les facteurs de risques de blessures; consultation et coopération;	Programmation indicative					
		0,7	-	-	-	-	0,7
Contribuer à réduire la fréquence des suicides	encourager et aider la création de réseaux; diffuser l'information sur les campagnes; améliorer les données relatives aux accidents; recherches techniques sur les facteurs de risques de blessures; consultation et coopération;	0,4	-	-	-	-	0,4
Contribuer à renforcer les capacités en matière de prévention des blessures	encourager et aider la création de réseaux; diffuser l'information sur les campagnes; améliorer les données relatives aux accidents; recherches techniques sur les facteurs de risques de blessures; consultation et coopération;	0,1	-	-	-	-	0,1
	activités destinées à accroître l'usage que les organismes de santé publique peuvent faire d'autres politiques communautaires pour contribuer à la prévention des blessures	0,1	-	-	-	-	0,1
	Total	1,3	pm	pm	pm	pm	1,3

7.3 Échéancier indicatif des crédits (en millions d'écus)

	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Crédits d'engagement	1,3	-	-	-	-	1,3
Crédits de paiement	-	-	-	-	-	-
1999	0,78	-	-	-	-	0,78
2000	0,52	-	-	-	-	0,52
2001	-	-	-	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-
2003	-	-	-	-	-	-
Exercices suivants	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1,3	pm	pm	pm	pm	1,3

8 DISPOSITIONS ANTI-FRAUDE PRÉVUES (ET RÉSULTATS DE LEUR MISE EN OEUVRE)

Les renseignements sur l'identité et la nature des bénéficiaires potentiels, à fournir dans les formulaires de demande de crédits, permettront d'en apprécier la fiabilité a priori.

Des dispositions anti-fraude (contrôles, rapports intermédiaires, rapport final) sont incluses dans les accords ou contrats conclus entre la Commission et les bénéficiaires. La Commission vérifie les rapports et la bonne exécution des travaux avant les paiements intermédiaires et finals.

La Commission effectue en outre des contrôles ponctuels de l'utilisation des crédits. Des contrôles portant sur les exercices budgétaires 1991 à 1995 ont déjà été effectués pour d'autres lignes budgétaires concernant la santé publique et se sont avérés efficaces.

9 ÉLÉMENTS D'ANALYSE COÛT-EFFICACITÉ

9.1 Objectifs spécifiques et quantifiables

L'objectif général du programme d'action est de contribuer à assurer un niveau élevé de protection sanitaire contre les blessures, en promouvant une diffusion et une application plus efficaces des techniques de prévention dont la valeur est largement reconnue par les experts et en participant au

renforcement de la capacité générale des organismes de santé publique à mettre sur pied des activités de prévention efficaces.

Les indicateurs montrant si les objectifs sont atteints ou non dans ce domaine comprendront des mesures des types qui suivent. Celles-ci seront affinées en collaboration avec le nouveau programme de surveillance de la santé, qui compte parmi ses missions l'élaboration d'indicateurs pour les politiques de santé publique communautaires. La méthode utilisée pour atteindre cet objectif consiste à entreprendre des actions qui:

- encouragent et aident la création de réseaux de personnes actives dans la prévention des blessures;
- mesurent l'activité des réseaux (nombre de membres, production de bulletins d'information, conférences, groupes de discussions WWW,...);
- diffusent l'information sur les campagnes de prévention des blessures (par exemple, enquêtes sur le nombre et la qualité des publications soutenues par le programme);
- améliorent les données disponibles sur les accidents, par des enquêtes et d'autres moyens (par exemple, quelles sont les nouvelles mesures mises en vigueur et dans quels pays);
- encouragent une amélioration des recherches techniques sur les facteurs de risques en renforçant la collaboration entre centres d'experts (nombre et qualité de tels rapports soutenus par le programme);
- favorisent une consultation et une coopération appropriées entre États membres (description de cas de telles consultations, etc.) et
- aident les organismes de santé publique à faire un meilleur usage d'autres politiques communautaires pour contribuer à la prévention des blessures (chiffres et description).

Population visée

1. Autorités publiques compétentes des États membres, au niveau national, régional et local, et organisations internationales compétentes dans le domaine de la santé publique et de la prévention des blessures.
2. Professionnels de la santé, services sanitaires épidémiologiques, associations sanitaires et médicales, spécialistes de la prévention de différents types de blessures, institutions universitaires, etc.

3. ONG et autres organismes s'occupant des questions de santé et de prévention des blessures, ainsi que le grand public.

9.2. Justifications de l'action

Lorsqu'elle engage une action sur la base de l'article 129, la Communauté doit s'attacher à la prévention des maladies et à la protection de la santé. La communication de la Commission concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (COM(93) 559 final du 24.11.1993) fixe des critères destinés à déterminer des domaines prioritaires pour les programmes communautaires. En application de ces critères, la communication "cadre" a évalué les diverses manières d'aborder les maladies, en particulier les grands fléaux et leurs causes sous-jacentes, au moyen de différents types d'actions communautaires et a, sur la base des critères énumérés dans cette communication, sélectionné huit domaines prioritaires, parmi lesquels figure la prévention des accidents.

La présente proposition vise un petit nombre de domaines clés dans ce vaste périmètre, sélectionnés sur la base d'une évaluation ex ante parce qu'ils représentent une cause importante de blessures et de décès évitables, qu'ils ne font pas encore l'objet d'une action au niveau communautaire, qu'ils présentent des possibilités d'intervention d'un bon rapport coût-efficacité et qu'ils produiraient une valeur ajoutée communautaire en rassemblant et en complétant les travaux réalisés au niveau national ou à un niveau inférieur. Elle représente un gain d'efficacité considérable par rapport à la solution d'une simple coopération intergouvernementale sans contribution communautaire: dans ce domaine, l'apport envisagé pour la Communauté et la Commission par l'article 129 constitue un cadre bien clair de règles communes, qui évite de longues et imprécises négociations et permet de progresser plus rapidement sur des bases plus solides.

Les domaines cibles sélectionnés sont les accidents domestiques et de loisirs survenant aux enfants, aux jeunes adultes et aux personnes âgées, les accidents survenant aux enfants à l'école ainsi que le suicide et les formes moins graves de lésions auto-infligées (parfois appelées manifestations parasuicidaires). Cette sélection de domaines a été amplement justifiée par une évaluation ex ante utilisant les critères susmentionnés et aborde toutes les catégories de blessures constituant les causes principales de décès, d'invalidité et d'atteinte à la santé, à l'exception des accidents de travail et de la circulation, qui font déjà l'objet d'autres activités communautaires.

Les interventions et l'attribution des crédits s'effectuent selon les modalités suivantes:

- application spécifique du principe de subsidiarité lors de l'identification des mesures à adopter et à cofinancer;

- identification et sélection de projets à cofinancer dans les domaines de la prévention des blessures;
- application du principe de la valeur ajoutée communautaire, qui se traduira en particulier par la coordination des mesures nationales, la diffusion des informations et des expériences, la fixation de priorités, le développement de réseaux le cas échéant, ainsi que la sélection de projets européens et la motivation et la mobilisation de toutes les personnes concernées.

Deux méthodes seront employées pour mettre en oeuvre le programme. L'une consiste à soutenir des projets réalisés dans les États membres et au niveau communautaire. La sélection des projets prioritaires s'appuie, dans une large mesure, sur les objectifs généraux et intermédiaires. Quant à la mise en oeuvre des mesures elles-mêmes, elle dépend de la qualité et de l'efficacité des projets soumis au service compétent au cours de l'année. L'autre méthode consiste à engager les actions spécifiques nécessaires pour atteindre les objectifs du programme, qui seront intégralement financées par celui-ci.

Les critères de sélection des projets sont les suivants:

- compatibilité avec les objectifs et conformité avec au moins l'un des objectifs définis;
- examen de la "valeur ajoutée communautaire" des projets (participation transnationale, développement d'un modèle applicable dans d'autres États membres, informations utilisables dans d'autres États membres, etc.);
- efficacité et valeur supposées;
- clarté et justification des besoins;
- pertinence de la méthodologie retenue;
- compétence et expérience en matière d'organisation;
- adéquation du budget de l'action aux objectifs;
- soutien apporté aux projets par des partenaires nationaux;
- évaluation objective;
- avis du comité consultatif concerné.

Le budget proposé, à savoir 1,3 mégas pour la première année du présent programme, correspond à celui proposé simultanément pour les programmes relatifs aux maladies rares et aux maladies liées à la pollution. Ce parallélisme reflète le fait que la communication de la Commission de 1993 accorde la même priorité à chaque domaine, une évaluation qui reste d'actualité. Le montant proposé représente le strict minimum requis pour que le programme puisse démarrer.

9.3 Suivi et évaluation de l'action

9.3.1 Suivi de l'action

Le suivi de l'action au niveau communautaire doit être assuré par la Commission, qui soumet au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions un rapport intermédiaire à mi-parcours et un rapport final à l'issue du programme, en se fondant sur les rapports nationaux ainsi que sur les évaluations des actions effectuées dans le cadre du programme et des projets particuliers.

9.3.2 Évaluation

L'évaluation s'effectue de la façon suivante:

- une évaluation des principales actions et des projets subventionnés avec, au besoin, la participation d'experts indépendants;
- un rapport d'évaluation au cours de la troisième année;
- un rapport global sur la qualité et l'efficacité des projets mis en oeuvre dans le cadre du plan d'action, que la Commission soumet aux autres institutions communautaires à l'issue du programme.

Indicateurs de performance retenus pour cette évaluation:

- évaluation de projets par des fonctionnaires de la Commission et/ou des collaborateurs de ceux-ci;
- analyse des rapports intermédiaires sur les actions prévues et financées, permettant, si possible, une réorientation;
- études d'impact par des organismes externes;
- pertinence de la méthodologie utilisée par les organisateurs;
- adéquation du budget de l'action aux objectifs;
- compétence et expérience des organismes;

- diffusion des résultats.

Modalités et périodicité de l'évaluation:

- établissement de rapports intermédiaires et finals sur les différentes actions entreprises dans le domaine concerné;
- élaboration d'une fiche d'évaluation "type" de l'action, à transmettre par les bénéficiaires avec leurs rapports finals et contrôle de ces fiches par des fonctionnaires, soit au sein de la Commission, soit sur place.

10 DÉPENSES ADMINISTRATIVES (PARTIE A DU BUDGET)

La mobilisation effective des ressources administratives nécessaires résulte de la décision annuelle de la Commission sur l'attribution des ressources, compte tenu notamment des effectifs et des montants supplémentaires qui auront été accordés par l'autorité budgétaire.

10.1 Incidence sur le nombre de travailleurs

Types de travailleurs		Personnel menant l'action		Source des travailleurs		Durée
		Travailleurs permanents	Travailleurs temporaires	DG ou service	Personnel supplémentaire	
Fonctionnaires ou agents temporaires	A	1	0	1	0	
	B	1	0	1	0	
	C	1	0	1	0	
Autres ressources						
Total		3	0	3	0	

10.2 Incidence financière de l'emploi de personnel supplémentaire

Il n'est pas envisagé d'employer du personnel supplémentaire.

10.3 Augmentation des autres dépenses de fonctionnement entraînées par l'action

Ligne budgétaire	Montants	Mode de calcul
Réunions A2510	104.250 écus	2 réunions du comité consultatif par an, 1 représentant par État membre = 2 réunions/an x 15 repr. x 695 écus/repr. x 5 ans = 104.250 écus

Les ressources nécessaires pour couvrir les dépenses ci-dessous pour la période de 5 ans seront obtenues par redéploiement des ressources financières existantes, sans recours à des ressources supplémentaires.

a) Dépenses de personnel (titres A1, A2 et A5)

$3 \times 100.000 \text{ écus} \times 5 \text{ ans} = 1.500.000 \text{ écus}$

b) Dépenses de fonctionnement

Frais de réunions (A-250)

$2 \text{ réunions/an} \times 15 \text{ experts} \times 825 \text{ écus/expert} \times 5 \text{ ans} = 123.750 \text{ écus}$

Frais de missions (A-130)

$24 \text{ missions/an Bruxelles-Luxembourg} \times 200 \text{ écus/mission} \times 5 \text{ ans} = 24.000 \text{ écus}$

$60 \text{ missions/an dans les États membres} \times 1000 \text{ écus/mission} \times 5 \text{ ans} = 300.000 \text{ écus}$

c) Total:

1.947.750 écus

ISSN 0254-1491

COM(97) 178 final

DOCUMENTS

FR

04 05 15 01

N° de catalogue : CB-CO-97-189-FR-C

ISBN 92-78-19433-6

Office des publications officielles des Communautés européennes

L-2985 Luxembourg