

Bruxelles, le 15.11.2023
SWD(2023) 370 final

DOCUMENT DE TRAVAIL DES SERVICES DE LA COMMISSION
RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION

Évaluation finale du troisième programme de santé (2014-2020)

{SWD(2023) 369 final}

Objectif et portée de l'évaluation

Le présent document de travail des services de la Commission rend compte de l'évaluation finale du troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) (ci-après le «programme»)¹.

Il porte sur l'évaluation de la performance du programme, de ses principaux effets et des résultats obtenus, et recense les principaux problèmes et solutions liés à la mise en œuvre du programme.

L'accent est mis sur cinq grands critères d'évaluation: pertinence, efficacité, efficience, cohérence et valeur ajoutée européenne du programme.

À la suite de l'apparition, au premier trimestre 2020, de la pandémie de COVID-19 sur le territoire de l'Union européenne, les actions pertinentes financées par le programme (2014-2020) ont été basculées en mode d'urgence et orientées vers la lutte contre la pandémie.

Ces actions ne figuraient pas dans le champ d'application de l'étude externe étayant l'évaluation, étant donné que certaines d'entre elles étaient à un stade précoce ou au milieu de leur mise en œuvre au moment du lancement de l'étude externe. Néanmoins, ces actions, qui ont été financées par le programme au cours de sa dernière année de mise en œuvre, sont mentionnées dans le document de travail des services de la Commission comme faisant partie des mesures prises par l'UE pour faire face à la COVID-19. Ces actions d'urgence ont pour la plupart été lancées au début de la pandémie, avant l'adoption du programme «L'UE pour la santé» (2021-2027)², qui a succédé au troisième programme de santé 2014-2020.

Troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020)

Doté d'un **budget de 449,4 millions d'EUR³ sur sept ans**, le programme était le principal instrument dont disposait la Commission pour étayer et appuyer la coordination des politiques de l'UE dans le domaine de la santé au cours de la période de mise en œuvre 2014-2020.

Le programme poursuivait **quatre objectifs spécifiques**:

¹ Le programme a été établi par le règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1350/2007/CE (JO L 86 du 21.3.2014, p. 1).

² Règlement (UE) 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme «L'UE pour la santé») pour la période 2021-2027, et abrogeant le règlement (UE) n° 282/2014 (JO L 107 du 26.3.2021, p. 1).
[EUR-Lex - 32021R0522 - FR - EUR-Lex \(europa.eu\)](#).

³ Budget exprimé aux prix de 2014; le budget du programme aux prix courants s'élève à 452,3 millions d'EUR.

- i) promouvoir la santé, prévenir les maladies et œuvrer à la création de conditions favorables à des modes de vie sains;
- ii) protéger les citoyens de l'UE contre les menaces transfrontières graves pour la santé;
- iii) contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables;
- iv) faciliter l'accès des citoyens de l'UE à des soins de santé plus sûrs et de meilleure qualité.

Ces objectifs spécifiques sont ensuite subdivisés en **23 priorités thématiques**⁴ et sont liés à plusieurs **indicateurs** permettant de mesurer le degré de réalisation des objectifs spécifiques.

Le programme a été mis en œuvre au moyen de programmes de travail annuels adoptés à la suite d'un avis favorable du comité du programme composé de représentants des États membres⁵. La mise en œuvre a nécessité le recours à la fois à des subventions (actions conjointes impliquant les autorités des États membres, subventions de projets, subventions de fonctionnement aux ONG, subventions directes à des organisations internationales, prix, conférences de la présidence) et à des marchés publics. La mise en œuvre du programme a été confiée à l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (Chafea).

Principales conclusions par critère d'évaluation, enseignements tirés et recommandations

Efficacité

L'évaluation a permis de constater que les connaissances résultant du programme ont été utilisées dans l'élaboration des politiques et que le programme a contribué à l'amélioration des politiques de santé et de soins de santé dans l'UE (dans des domaines tels que la résistance aux antimicrobiens, l'évaluation des technologies de la santé, les inégalités en matière de santé, l'alcool, la lutte antitabac et les réseaux européens de référence pour les maladies rares).

Les actions financées ont contribué dans une large mesure à la réalisation des objectifs du programme, notamment en ce qui concerne l'objectif 1 (promouvoir la santé, prévenir les maladies et œuvrer à la création de conditions favorables à des modes de vie sains), l'objectif 3 (contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables) et l'objectif 4 (faciliter l'accès des citoyens de l'UE à des soins de santé plus sûrs et de meilleure qualité). Cela est démontré par les progrès réalisés pour les indicateurs associés à chacun des objectifs spécifiques du programme. Les résultats de l'analyse quantitative

⁴ La liste des 23 priorités thématiques figure à l'annexe I du [règlement \(UE\) n° 282/2014](#) du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020).

⁵ Par souci de clarté, le présent document fait référence aux «États membres». Toutefois, le cas échéant, il inclut également les pays de l'AELE et d'autres pays qui ont participé au programme (c'est-à-dire la Bosnie-Herzégovine, la Moldavie et la Serbie).

des indicateurs ont fait l'objet de vérifications croisées et ont été confirmés par l'évaluation des effets des actions financées et corroborés par les avis des parties prenantes interrogées.

En ce qui concerne l'objectif 2 (protéger les citoyens de l'UE contre les menaces transfrontières graves pour la santé), l'indicateur pertinent (*«nombre d'États membres intégrant des méthodes cohérentes dans la conception de leurs plans de préparation»*) traduisait une tendance à la hausse témoignant de la capacité du programme à atteindre efficacement cet objectif. Des analyses qualitatives complémentaires ont confirmé que les actions financées avaient contribué à renforcer la préparation et la réaction de l'UE et des États membres, puisqu'elles avaient concouru (en coordination avec d'autres outils mis en place à la DG SANTE et à la Commission) à la lutte contre des menaces modérées pour la santé⁶, fréquentes au cours de la période de mise en œuvre, et à leur atténuation.

Malgré la contribution efficace des actions financées par le programme à la lutte contre la pandémie de COVID-19, en particulier à ses débuts, la pandémie a révélé des faiblesses dans la préparation et la réaction à une menace transfrontière grave pour la santé d'une telle ampleur au niveau de l'UE et des États membres. Ces faiblesses et fragilités sont principalement liées: à la disponibilité de tests et de matériel de dépistage; à la recherche des contacts, à la surveillance de la santé publique et à la réaction rapide nécessaires pour éviter la propagation du virus; à la disponibilité des contre-mesures médicales (équipements de protection individuelle, médicaments et dispositifs médicaux); à la capacité d'intervention en cas d'urgence du secteur des soins de santé (pénurie d'unités de soins intensifs, disponibilité insuffisante du personnel de santé). Dès le début de la pandémie, la préparation et la planification se sont révélées insuffisamment financées et développées, nécessitant un renforcement des systèmes et des cultures de préparation et de réaction.

On peut donc conclure que l'objectif 2 n'a été atteint que dans une certaine mesure par le programme.

Enfin, la participation des pays à faible revenu national brut (États membres à faible RNB) au programme n'a pas augmenté de manière significative, malgré la mise en œuvre des critères d'utilité exceptionnelle destinés à renforcer leur participation.

Efficiences

Le rapport coût-efficacité du programme s'est révélé relativement bon. En particulier, ses coûts de fonctionnement (coûts administratifs en sus des coûts alloués au fonctionnement de l'Agence exécutive Chafea) ont été jugés raisonnables, en diminution au fil du temps et comparables à ceux d'autres programmes de l'UE de taille similaire.

⁶ On peut citer, parmi ces menaces: l'infection humaine par le virus de la grippe aviaire H7N9 (2013-2014); la réapparition de la polio et de la tuberculose dans certains pays; l'hépatite; la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, puis en République démocratique du Congo – RDC; la flambée de maladie à virus Zika; la grippe; la rougeole; la dengue; la fièvre jaune, la fièvre de West Nile, le virus du chikungunya.

Une analyse des coûts totaux de mise en œuvre⁷ des actions financées au titre des quatre objectifs spécifiques et des questions transversales, par rapport aux résultats qualitatifs de ces actions, permet de conclure que les coûts totaux étaient proportionnels aux résultats et aux effets des actions financées, même si ces derniers ne sont pas exprimés en termes monétaires. Les avantages des actions financées sont susceptibles de dépasser, dans une large mesure, le coût total de leur mise en œuvre. Cette possibilité est encore renforcée si l'on tient compte des effets à long terme⁸ des actions.

La mise en service des outils informatiques SYGMA⁹ et Compass¹⁰ pour la soumission des propositions, la gestion des subventions, le suivi et l'établissement de comptes rendus (également utilisés par le programme-cadre pour la recherche et l'innovation «Horizon 2020») ainsi que l'instauration d'autres mesures de simplification (par exemple l'introduction de conventions-cadres de partenariat pour les subventions de fonctionnement) ont permis d'améliorer l'efficacité du programme. Toutefois, selon certains bénéficiaires, il était possible de simplifier davantage les processus, notamment en ce qui concerne les demandes de financement, le suivi et l'établissement de comptes rendus.

Certaines parties prenantes ont jugé que les coûts administratifs étaient élevés, qu'ils alourdissaient la charge de travail et qu'ils pouvaient dissuader les pays à faible RNB ou les petites organisations de participer au programme ou de s'impliquer dans les travaux futurs.

Le rapport coût-efficacité des actions aurait pu être amélioré par l'utilisation d'un système d'information plus centralisé (utilisation d'un système déjà en place sur le portail du programme ou mise en service d'un nouveau système) dédié à la diffusion d'informations sur le financement de l'UE, à la mise à profit de synergies entre les projets et à la communication sur les résultats des actions mises en œuvre.

Cohérence

Les actions financées par le programme s'accordaient avec ses objectifs et étaient cohérentes.

Le programme a également permis d'encourager la coopération et a été harmonisé avec d'autres instruments finançant des activités liées à la santé, en particulier les Fonds structurels et d'investissement européens et «Horizon 2020»¹¹. En outre, les actions financées par le programme ont contribué à des politiques et priorités plus larges de l'UE

⁷ Il s'agit des coûts totaux supportés par la Commission, les bénéficiaires du programme, les États membres et les parties prenantes concernées.

⁸ Par exemple la mise en place de réseaux durables de partage des connaissances et de l'expertise; la contribution à des changements progressifs dans le comportement de la population, par la mise en œuvre d'actions en faveur de la santé et de prévention des maladies.

⁹ Système informatique de gestion des subventions de la Commission européenne.

¹⁰ Système informatique de gestion des flux de travail de la Commission européenne pour le programme-cadre pour la recherche et l'innovation «Horizon 2020» et pour d'autres programmes de l'UE dans le domaine de la recherche, y compris le troisième programme de santé 2014-2020.

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

(à savoir la stratégie Europe 2020 pour une croissance intelligente, durable et inclusive pour la période 2014-2015, les priorités de la Commission Juncker pour la période 2016-2019 et les priorités de la Commission von der Leyen en 2020) et ont été mises en conformité avec des obligations internationales plus larges, en particulier le cadre politique commun de l'OMS «Santé 2020», comme le reflète la communication de la Commission sur la stratégie de l'UE en matière de santé mondiale¹².

Valeur ajoutée européenne

Le programme a apporté une valeur ajoutée par rapport à ce qui aurait pu être réalisé par l'UE sans le programme et par des actions isolées des États membres. Il a notamment financé de multiples actions qui ont démontré une forte valeur ajoutée européenne en encourageant les États membres à échanger leurs bonnes pratiques, à coopérer et à se coordonner sur des questions de fond pertinentes.

De plus, il a permis l'apprentissage mutuel et l'échange de connaissances dans des domaines tels que la promotion de la santé (nutrition, activité physique, prévention des maladies non transmissibles), l'évaluation des technologies de la santé, les maladies rares, la résistance aux antimicrobiens, la politique en matière d'alcool et de tabac.

Les parties prenantes interrogées ont jugé positivement les sept critères de valeur ajoutée européenne conçus pour l'évaluation et la sélection des propositions de projet et des demandes de financement et n'ont pas recommandé de les mettre à jour.

Pertinence

Selon une analyse des priorités et des plans d'action des pays participants établis au début de la mise en œuvre du programme, ce dernier était largement pertinent dans la mesure où il répondait aux besoins nationaux en matière de santé. C'était notamment le cas pour les objectifs 1 (promouvoir la santé, prévenir les maladies et œuvrer à la création de conditions favorables à des modes de vie sains) et 4 (faciliter l'accès des citoyens de l'UE à des soins de santé plus sûrs et de meilleure qualité). La participation des États membres à la phase de conception a été déterminante pour garantir la pertinence du programme.

Toutefois, les parties prenantes interrogées ont estimé que des budgets plus élevés auraient pu permettre de mieux résoudre d'autres problèmes (par exemple les problèmes de santé chez les enfants et les nourrissons, y compris les cancers pédiatriques, les inégalités en matière de santé et les problèmes de santé mentale).

Dans l'ensemble, le programme est resté adapté à l'évolution des besoins en matière de santé au fil du temps et a été suffisamment souple pour répondre à des besoins émergents en matière de santé, tels que ceux causés par la crise des migrants et des réfugiés en

¹² Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions – Stratégie de l'UE en matière de santé mondiale – Une meilleure santé pour tous dans un monde en mutation, COM(2022) 675 final.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0675&from=FR>

2015, et pour entreprendre et financer des actions d'urgence afin de lutter contre la pandémie de COVID-19 en 2020, aux premiers stades de la maladie.

Au cours de la période de mise en œuvre du programme, l'importance de la préparation et de la réaction aux menaces sanitaires s'est considérablement accrue en raison des maladies infectieuses et des flambées de maladie modérées (ou moins graves)¹³ qui sont apparues soit sur le territoire de l'UE, soit dans des pays tiers. Avec l'apparition de la COVID-19 au début de l'année 2020 et les enseignements tirés de cette pandémie, la protection des citoyens de l'UE contre les menaces transfrontières graves pour la santé est devenue la priorité sanitaire absolue au niveau de l'UE et dans les États membres, ce qui a eu des effets sur la conception du programme de santé de l'UE portant sur la période suivante (2021-2027).

Enseignements tirés et recommandations

Malgré les réalisations globales du programme résultant de la mise en œuvre efficace des actions financées, l'analyse a montré que certaines limites avaient été atteintes dans ce que le programme aurait pu réaliser. Il est possible d'y remédier en appliquant les recommandations suivantes:

- Il y a lieu de continuer à mettre l'accent sur les domaines présentant une forte valeur ajoutée européenne, notamment la préparation et la réaction aux menaces transfrontières pour la santé, l'échange et la mise en œuvre des meilleures pratiques, la coopération et la coordination entre les États membres en matière d'évaluation des technologies de la santé, les maladies rares et le cancer.
- La flexibilité et la capacité d'adaptation étaient deux des principaux atouts du programme. Il convient de maintenir ces atouts afin de pouvoir faire face à des situations d'urgence soudaines ou à des changements dans les besoins en matière de santé.
- La participation de tous les États membres au programme ne peut que renforcer ses résultats et ses effets. La participation de tous augmente également la valeur ajoutée des actions financées. Il y a donc lieu d'introduire des mesures visant à supprimer les obstacles à la participation des États membres disposant de moins de ressources (par exemple les obstacles financiers et administratifs liés à la complexité des processus de demande).
- La durabilité des actions financées peut avoir un effet profondément positif sur les politiques et les systèmes de santé de l'UE et des États membres. Il est essentiel de guider et de soutenir activement les bénéficiaires dans la conceptualisation et la mise en œuvre d'actions visant à favoriser la durabilité, et d'en tenir compte lors de la planification future.

Le programme «L'UE pour la santé» (2021-2027), qui a succédé au troisième programme de santé (2014-2020), a été conçu en tenant compte des enseignements tirés du programme et de la pandémie de COVID-19 en ce qui concerne les défis imprévus et

¹³ Par exemple: l'infection humaine par le virus de la grippe aviaire H7N9; la réapparition de la polio et de la tuberculose; la rougeole; l'hépatite; la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et en République démocratique du Congo; le virus Zika; la grippe; la dengue; la fièvre jaune, la fièvre de West Nile, le virus du chikungunya.

les nouveaux besoins en matière de santé. Ces enseignements ont aussi inspiré, notamment, les propositions de la Commission concernant l'établissement de l'Autorité de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire¹⁴ (HERA) et la création de l'Union européenne de la santé¹⁵, qui consiste en un ensemble d'actions clés et d'instruments juridiques contribuant à¹⁶:

- mieux protéger la santé des citoyens de l'UE,
- doter l'UE et ses États membres de moyens leur permettant de mieux prévenir et combattre les pandémies futures,
- améliorer la résilience des systèmes de santé européens.

¹⁴ Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil instituant une Autorité de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire (HERA).

¹⁵ Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions — Construire une union européenne de la santé: renforcer la résilience de l'UE face aux menaces transfrontières pour la santé.

¹⁶ L'Union européenne de la santé comprend une série d'actions clés, notamment dans les domaines suivants: la préparation aux crises, la réforme de la législation pharmaceutique de l'UE, le plan européen pour vaincre le cancer, l'approche globale en matière de santé mentale, l'espace européen des données de santé, la sécurité sanitaire mondiale, le tout accompagné d'actes juridiques. Voir [Union européenne de la santé \(europa.eu\)](https://european-council.europa.eu/media/166484/1/1/speech-2020-07-29-01_en.pdf)