



Bruxelles, le 10.5.2016
COM(2016) 243 final

**RAPPORT DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU CONSEIL,
AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN ET AU COMITÉ DES
RÉGIONS**

Évaluation ex post du deuxième programme d'action dans le domaine de la santé (2008-2013) conformément à la décision n° 1350/2007/CE établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)

{SWD(2016) 148 final}
{SWD(2016) 149 final}

1. Introduction

Conformément à l'article 13, paragraphe 3, point c), de la décision n° 1350/2007/CE¹, la Commission est tenue de présenter au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions un rapport d'évaluation ex post externe et indépendant² sur la mise en œuvre et les résultats du deuxième programme d'action dans le domaine de la santé.

Le présent rapport présente brièvement le programme et résume les principales conclusions des évaluations à mi-parcours et ex post. Il expose aussi succinctement trois domaines où la mise en œuvre du troisième programme d'action dans le domaine de la santé peut être améliorée.

2. Le deuxième programme d'action dans le domaine de la santé (2008-2013)

Le deuxième programme d'action dans le domaine de la santé est le principal instrument qui a permis de soutenir la coordination de la politique dans le domaine de la santé en vue de mettre en œuvre la stratégie européenne pour la santé 2008-2013 «Ensemble pour la santé»³ conformément aux priorités de la stratégie Europe 2020⁴.

2.1. Les objectifs du programme

Le programme avait pour objectif global de compléter et d'appuyer les politiques des États membres, d'y apporter une valeur ajoutée et de contribuer à renforcer la solidarité et la prospérité dans l'Union européenne par la protection et la promotion de la santé et de la sécurité des personnes et l'amélioration de la santé publique.

Le programme a financé des actions visant à atteindre trois grands objectifs:

- i. *améliorer la sécurité sanitaire des citoyens* et protéger ceux-ci des menaces pour la santé et les états d'urgence tels que les pandémies ou les catastrophes naturelles;
- ii. *promouvoir la santé et réduire les inégalités en la matière* dans toute l'Europe, que ce soit en rapport avec le mode de vie, tel l'accès aux possibilités d'activité physique, ou avec les soins de santé, tel l'accès à l'intervention médicale requise; et
- iii. *produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé* aux parties intéressées, du grand public aux professionnels de la santé en passant par les décideurs.

2.2. Mise en œuvre du programme par des actions prioritaires et des mécanismes financiers

Conformément à l'article 168 du TFUE, l'Union encourage la coopération entre les États membres et, si nécessaire, elle appuie leur action, notamment par des initiatives en vue d'établir des orientations et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques. L'action est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la

¹ Décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) (JO L 301 du 20.11.2007, p. 3).

² Le rapport d'évaluation externe, accompagné de résumés en anglais et en français, est annexé.

³ COM(2007) 630 final du 23.10.2007.

⁴ COM(2010) 2020 final du 3.3.2010.

définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux.

L'action menée au titre du programme était conforme au rôle qui a été dévolu à l'UE dans la politique de santé en vertu et dans les limites de l'article 168 du traité. Des actions ont été conçues de manière à suivre une approche stratégique mettant l'accent sur ces initiatives spécifiques qui maximisent la valeur ajoutée de l'UE. La mise en œuvre s'est dès lors concentrée sur les priorités essentielles au développement économique et à la croissance. Ces actions prioritaires contribuent à l'amélioration de la santé de la population, au bon fonctionnement des systèmes de soins de santé et au développement technologique et scientifique.

Le programme a été conçu dans les grandes lignes comme le premier programme d'action dans le domaine de la santé publique, mais son champ d'application a été élargi au-delà des «traditionnelles» questions de santé publique telles que la promotion de la santé et la protection contre les maladies transmissibles pour couvrir également les nouvelles approches, telles la santé en ligne et l'évaluation des technologies de la santé, et les médicaments. Dans la grande série de questions à couvrir, les priorités du programme ont été rationalisées à partir de 2010 pour se concentrer davantage sur la stratégie Europe 2020 en partant de la prémisse que la santé est une condition préliminaire à la reprise économique et à la «croissance inclusive» et du fait que le secteur de la santé éveille l'intérêt pour l'innovation et l'investissement «intelligent».

S'appuyant sur la décision n° 1350/2007/CE, la Commission a établi des priorités dans les programmes de travail annuels en étroite concertation avec les autorités sanitaires des États membres actives au sein du comité du programme. La mise en œuvre du programme a été confiée à l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (Chafea), qui a organisé les appels à propositions et supervisé les procédures d'évaluation qui ont conduit à l'attribution d'un cofinancement aux meilleures actions. La Chafea continue de gérer les subventions et contrats en cours et diffuse des informations sur les produits des actions relevant du programme et les résultats.

Un réseau informel de points de contact nationaux a été créé dans le but d'aider la Chafea à promouvoir le programme et à diffuser les résultats. Sa contribution a permis d'organiser des journées nationales d'information, de tenir des conférences consacrées à la diffusion des résultats et de traduire les documents d'information.

En plus des subventions destinées aux projets et soumissions, de nouveaux mécanismes de financement ont été introduits depuis le début du programme sous la forme d'actions conjointes, de subventions de fonctionnement, de cofinancement de conférences et de subventions directes à des organisations internationales.

Les **projets** servent à examiner un large éventail de domaines thématiques et de mécanismes d'exécution et à prendre des initiatives dans le domaine de la politique de santé de manière innovante, un peu comme des projets «pilotes». Ils représentent la plus grande part du budget mis à disposition pour le programme. Cependant, au fur et à mesure de l'avancement du programme, la part du budget consacrée aux projets a été réduite en faveur des actions conjointes et des soumissions. Cette réduction correspondait également à la volonté de concentrer le programme sur quelques actions majeures associant le plus grand nombre possible de partenaires, issus idéalement de tous les États membres, le but étant que ces actions prennent de l'ampleur et aient davantage de retombées.

Les **soumissions** sont utilisées pour financer les études, évaluations et enquêtes spécifiques qui sont requises pour l'élaboration et la mise en œuvre de la politique et de la législation de l'UE dans le domaine de la santé (règles régissant la production, la distribution et l'utilisation de médicaments, etc.). Elles sont aussi utilisées pour soutenir des actions pilotées par la Commission qui ont une portée et des objectifs très concrets tels que la conception et l'organisation avec les États membres de cours de formation et d'exercices visant à développer la capacité à faire face à des situations d'extrême urgence.

Les **actions conjointes** sont un type de mécanisme financier qui a été introduit pour la première fois dans le cadre du deuxième programme d'action dans le domaine de la santé dans le but de soutenir la coopération des États membres dans des domaines de haute importance politique. Les actions conjointes sélectionnées ont contribué en particulier aux objectifs de «croissance intelligente et inclusive» arrêtés dans la stratégie Europe 2020. Les actions conjointes sont souvent le résultat d'une longue coopération entre les autorités et les acteurs concernés et visent à garantir l'engagement politique des autorités des États membres et l'adhésion aux réalisations et à optimiser la coordination des politiques. D'une manière générale, les actions conjointes développent, partagent et testent des outils, méthodes et approches en rapport avec des questions ou activités spécifiques et impliquent le renforcement des capacités. Le bénéfice pour les États membres concernés, en ce qui concerne les connaissances et expériences échangées, devrait être substantiel et permettre, dans certains cas, de réaliser des économies tangibles. Aussi le programme cherche-t-il à garantir la participation la plus large possible de tous les États membres.

Les **subventions de fonctionnement** ont été utilisées pour la première fois dans le cadre du deuxième programme d'action dans le domaine de la santé dans le but d'alléger les frais de fonctionnement d'organisations non gouvernementales paneuropéennes et de réseaux spécifiques.

Le **cofinancement de conférences au moyen de subventions**, qui a également été introduit dans le cadre du programme, a été utilisé pour soutenir des conférences centrales dans le domaine de la santé sous chaque présidence de l'UE et cofinancer, au moyen d'un appel de mise en concurrence lancé chaque année, des conférences paneuropéennes portant sur d'importantes questions relevant du domaine de la santé.

Enfin, les **subventions directes à des organisations internationales** ont permis de soutenir la coopération internationale sur les grandes questions de santé (principalement la collecte et l'analyse de données sur la santé).

Tableau 1: dépenses du deuxième programme d'action dans le domaine de la santé par mécanisme de financement

Mécanisme de financement	Total	%
Projets	106 293 671,24 €	36 %
Soumissions	72 053 873,45 €	25 %
Actions conjointes	63 962 704,38 €	22 %
Subventions de fonctionnement	20 825 185,85 €	7 %
Conventions de subventions directes	13 805 987,00 €	5 %
Cofinancement de conférences	5 268 308,14 €	2 %

Autres ⁵	11 693 227,81 €	4 %
Total	293 902 957,87 €	100 %

2.3. Réalisations du programme

Le programme a permis d'acquérir des connaissances et données utiles destinées à servir de base à l'élaboration éclairée de politiques et à d'autres travaux de recherche. Cela s'est traduit par de meilleures pratiques, des outils et des méthodes qui contribuent directement à faire bénéficier tant les responsables de la santé publique que les citoyens des retombées du programme (en ce qui concerne, par exemple, l'amélioration des tests de diagnostic, l'aide apportée aux États membres pour développer des plans d'action nationaux dans le domaine du cancer et l'amélioration des soins aux patients). Le programme a soutenu les activités de sensibilisation et de travail en réseau durable (par exemple par le cofinancement de conférences et de réseaux à l'échelle paneuropéenne, notamment dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé). Il a également soutenu la collecte de données comparables dans toute l'Union, couvrant de nombreux États membres et fournissant des informations destinées à l'élaboration de politiques, tels les indicateurs de santé européens de base (ISEB) et la base de données Orphanet sur les maladies rares, et il a débouché sur la production de matériel de formation/matériel pédagogique (destiné, par exemple, à former les professionnels de la santé aux problèmes spécifiques des migrants et des minorités ethniques) et de guides. Enfin, il a contribué au renforcement des capacités dans le domaine de la santé publique à divers niveaux (en améliorant par exemple la capacité de réaction des États membres à d'éventuelles urgences sanitaires) en favorisant la formation et l'échange de connaissances entre institutions de soins de santé dans les États membres.

3. Évaluation du programme

Des évaluations externes et indépendantes ont été effectuées à mi-parcours (en 2010-2011) et ex post (2014-2015). Ces deux évaluations ont conclu que le programme était positif, mais présentait des limites. Elles ont confirmé la pertinence des actions financées tout en soulignant que la conception du programme présentait des faiblesses (large champ d'application et objectifs spécifiques non explicites). Elles ont conclu que le programme avait une valeur ajoutée pour l'UE qui s'est manifestée principalement par le recensement des meilleures pratiques et l'amélioration de la prise de décisions et du travail en réseau par l'établissement de points de référence (*benchmarking*). La valeur ajoutée a en revanche été moindre en ce qui concerne l'innovation, la législation de l'UE dans le domaine de la santé et les économies d'échelle, tandis que les actions portant sur les menaces sanitaires transfrontalières et la libre circulation des personnes ont été sous-représentées. Elles ont conclu que tout besoin, aussi pertinent soit-il, ne peut pas forcément conduire à une action percutante; seules les actions à valeur ajoutée européenne ont le potentiel d'influencer les politiques des États membres dans le domaine de la santé. L'influence dépend de l'adoption et de la mise en œuvre des résultats par les États membres. Il est par conséquent important que les résultats soient communiqués aux acteurs concernés, en particulier aux autorités

⁵ Le terme «Autres» désigne des actions de la DG SANTÉ et de la Chafea, telles que l'octroi aux experts d'indemnités spéciales pour leur participation et leur contribution aux comités scientifiques, la passation d'un accord administratif avec le Centre commun de recherche, la réalisation de publications et diverses initiatives de communication visant à promouvoir le deuxième programme d'action dans le domaine de la santé, des sous-délégations à Eurostat, etc.

nationales de la santé, qui définissent et mettent en œuvre les politiques nationales dans le domaine de la santé. Les actions du programme visant à sensibiliser les acteurs concernés ont été fructueuses à des degrés variables. Un autre facteur influençant l'adoption des résultats par les États membres est leur engagement dans les actions, qui a été augmenté en renforçant l'accent mis sur les actions conjointes au cours de la seconde moitié du programme.

3.1. Appréciation globale

Le deuxième programme d'action dans le domaine de la santé reflète le développement de la politique de santé de l'UE en promouvant, en plus de l'approche de santé publique classique (promotion de la santé et prévention de maladies, lutte contre les maladies transmissibles et les autres menaces transfrontières pour la santé, sécurité des patients), d'autres questions du domaine de la santé émergeant de la nécessité d'innover et de moderniser les systèmes de santé tout en maintenant les dépenses sous contrôle et d'optimiser les actions dans des domaines tels que l'évaluation des technologies de la santé (HTA), la santé en ligne et la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers⁶. Le programme a mobilisé des acteurs pertinents dans les 28 États membres (le nombre d'acteurs issus des États membres de l'EU-15 étant supérieur à celui des États membres de l'EU-12) et les trois pays de l'AELE/EEE (Norvège, Islande et Liechtenstein). Il a porté sur une série de préoccupations communes en matière de santé (à savoir les principales maladies chroniques, la santé d'une population vieillissante, le développement des capacités de réaction aux menaces sanitaires transfrontières), fourni un large éventail d'outils utiles (notamment le portail des maladies rares de l'UE⁷) et de meilleures pratiques (entre autres dans le domaine de la prévention de la propagation du VIH/SIDA⁸, du traitement de l'obésité⁹ ou du dépistage du cancer) à appliquer à l'échelon national et régional et a promu la coopération et la coordination entre les autorités sanitaires des États membres pour que les questions de santé telles que les inégalités face à la santé¹⁰, la santé mentale¹¹, le vieillissement, etc. restent des questions prioritaires.

Les deux évaluations ont toutefois souligné qu'en raison du manque d'objectifs explicites et d'indicateurs de progrès dans la conception du programme, les priorités se sont multipliées et il est apparu difficile de définir les résultats globaux de manière sensée.

3.2. Évaluation à mi-parcours¹²

L'évaluation à mi-parcours a débouché sur la formulation de diverses recommandations: améliorer la hiérarchisation des besoins, fixer des objectifs plus précis et plus ciblés, cofinancer moins d'actions, surveiller les résultats sur la base des indicateurs SMART et améliorer la diffusion des réalisations.

⁶ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (JO L 88 du 4.4.2011, p. 45).

⁷ <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>

⁸ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-infopack_en.pdf

⁹ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/nutrition-physical-activity-2014_en.pdf

¹⁰ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure_en.pdf

¹¹ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/mental-health_en.pdf

¹² Les constatations et conclusions de l'évaluation à mi-parcours ont été présentées au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions conformément à la décision n° 1350/2007/CE en même temps que le document de travail des services de la Commission SWD(2012) 83 final du 29 mars 2012.

La recommandation judicieuse de rationaliser les priorités annuelles, de mieux guider les demandeurs et de garantir une meilleure diffusion des actions et de leurs résultats a été immédiatement mise en œuvre dans les programmes de travail annuels 2011-2013. Cela a permis de mener des actions mieux ciblées (par la limitation des questions de santé traitées) et plus en phase avec la stratégie Europe 2020. La Chafea a amélioré le guide à l'attention des demandeurs et les services d'assistance pour les appels à candidatures et a renforcé ses efforts de diffusion des résultats.

Les enseignements tirés de l'évaluation ont été appliqués à l'analyse d'impact qui a été jointe à la proposition de troisième programme d'action dans le domaine de la santé présentée par la Commission et ont orienté la conception du nouveau programme. Il en a résulté que le règlement (UE) n° 282/2014¹³:

- prévoit des objectifs spécifiques et des indicateurs explicites (article 3),
- établit un nombre restreint de priorités thématiques claires (annexe I),
- inclut des critères spécifiques pour mesurer la valeur ajoutée de l'UE (considérant 6) en tenant compte de la priorité des besoins (annexe II) et de l'octroi d'un financement;
- reconnaît formellement le rôle des points de contact nationaux (article 15) et
- souligne la nécessité d'une meilleure diffusion des résultats des actions et de la communication institutionnelle globale sur les priorités politiques de l'Union (article 13, paragraphe 4, et article 9).

L'évaluation à mi-parcours du troisième programme d'action dans le domaine de la santé servira à déterminer si et dans quelle mesure les changements susvisés contribuent efficacement à une meilleure mise en œuvre et à la réalisation des objectifs du programme.

3.3. Évaluation ex post¹⁴

L'évaluation ex post a porté sur les principaux aspects de la mise en œuvre du programme, notamment le suivi des recommandations de l'évaluation à mi-parcours. Elle s'est concentrée sur la gestion du programme, la diffusion de ses résultats, l'efficacité du programme et les synergies avec d'autres programmes de l'UE. Il a donc été possible de se concentrer sur des questions qui n'avaient pas pu être suffisamment examinées dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours et d'éviter de faire deux fois le même travail d'évaluation. Étant donné que, dans le domaine de la santé, un délai généralement long s'écoule avant que les résultats et les effets d'une action se manifestent et qu'en tout état de cause, l'impact du programme dépend de l'adoption des réalisations des actions par les États membres, ce qui échappe au contrôle du programme, les évaluateurs ont envisagé la question dans la perspective de la période de programmation suivante et ont tenté d'éclaircir des éléments afin de mieux comprendre la façon dont le programme pourrait avoir une incidence sur les politiques de santé dans les États membres. Dans leurs conclusions, les évaluateurs ont recensé à la fois les facteurs de réussite et les facteurs qui ont une influence négative sur l'impact potentiel des actions financées au titre du deuxième programme d'action dans le domaine de la santé. Ces enseignements

¹³ 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).

¹⁴ Les constatations et conclusions de l'évaluation finale sont examinées en détail dans le document de travail des services de la Commission qui est annexé au présent rapport.

serviront à améliorer la mise en œuvre du troisième programme d'action dans le domaine de la santé et auront des répercussions sur les trois domaines d'action essentiels mentionnés ci-après.

a) Intensification des efforts de contrôle, de notification et de diffusion des résultats

La gestion du programme a été améliorée substantiellement. Les priorités du programme ont été rationalisées, au cours de la deuxième moitié de la période, autour de la stratégie Europe 2020 et de ses objectifs de croissance intelligente, durable et inclusive. Des données de contrôle ont été (et continuent d'être) recueillies, et une approche plus systématique de collecte, d'analyse et d'utilisation régulière de ces données permettra d'améliorer la base des données servant à fixer les priorités annuelles, faire rapport¹⁵ sur les produits et résultats et mieux cibler la diffusion aux acteurs concernés.

La réussite du programme dépend dans une large mesure de la volonté des États membres et des autres pays participants d'adhérer aux résultats et de les intégrer dans des initiatives et politiques nationales (adoption récente par tous les États membres du guide pour le dépistage du cancer; plans d'action en matière de préparation des États membres aux menaces sanitaires et aux situations d'urgence). Il est par conséquent important que les actions et leurs résultats soient bien connus des principaux acteurs concernés. C'est essentiel pour garantir la notoriété du programme, la responsabilisation en ce qui concerne l'utilisation de ses ressources et, surtout, son utilité.

La Commission a intensifié ses activités de diffusion au cours des deux dernières années. Les principaux outils utilisés à cette fin ont été la base de données sur les projets de la Chafea¹⁶, des brochures¹⁷ présentant les actions cofinancées par thème politique (inégalités face à la santé, maladies rares, etc.), l'organisation régulière de réunions en petits groupes¹⁸ avec des journalistes (par exemple sur la transplantation d'organes¹⁹ et le VIH/SIDA²⁰) et une conférence de haut niveau sur le programme en 2012²¹. Depuis 2014, le programme aide les autorités des États membres à organiser des conférences et d'autres événements²² servant à faire connaître à des publics-clés les résultats du programme sur des questions de santé spécifiques. Ce soutien accru des efforts de diffusion concernant des actions individuelles s'est révélé utile et a contribué à mieux faire connaître les résultats pertinents. Cependant, à la lumière de la diversité et de l'étendue de la tâche, ces efforts ne peuvent compenser le fait que les résultats de certains projets n'aient pas été promus auprès des publics spécifiques pour lesquels ils présentent le plus d'intérêt. Par conséquent, dans le cadre du troisième programme d'action dans le domaine de la santé, une stratégie efficace de diffusion des résultats doit être définie tôt pour toutes les actions.

¹⁵ La Commission présente annuellement au Parlement européen et au Conseil un rapport sur la mise en oeuvre du programme d'action dans le domaine de la santé (voir http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_fr.htm).

¹⁶ <http://ec.europa.eu/chafea/projets/database.html>

¹⁷ http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications_for_health_programme.html

¹⁸ Réunions organisées en coopération avec les autorités compétentes des États membres pour donner aux journalistes et aux autres publics intéressés l'occasion de s'informer sur la politique de l'UE dans le domaine de la santé et une série d'actions menées au titre du programme Santé dans un domaine thématique donné.

¹⁹ http://ec.europa.eu/chafea/health/EAHC_conference_2013_-_Transplantation_Blood_Transfusion.html

²⁰ http://ec.europa.eu/chafea/health/hiv-athens-2014-presentations_en.html

²¹ http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev_20120503_en.htm

²² http://ec.europa.eu/chafea/health/events_en.html

b) Participation encouragée de tous les États membres et des autres pays participants

Le programme est un instrument qui soutient l'élaboration, la coordination et la mise en œuvre de politiques dans le domaine de la santé. Si la compétence dans ce domaine relève essentiellement des États membres, le programme a aidé ceux-ci à développer, au niveau de l'UE, des initiatives qui ont permis de trouver des solutions plus efficaces et efficaces à des préoccupations de santé communes. C'est le cas, par exemple, dans les domaines suivants: guide européen pour les programmes nationaux de lutte contre le cancer, qui donne aux responsables politiques un aperçu des principes de base de la politique de lutte contre le cancer; meilleure connaissance de la qualité et de l'efficacité des systèmes de don et de transplantation d'organes dans les pays participants; outils de diagnostic et réseau de laboratoires visant à promouvoir l'état de préparation des États membres et la coopération dans l'éventualité de menaces sanitaires; droits des patients vivant et travaillant dans un État membre qui n'est pas le leur.

Tous les États membres, les trois pays de l'AELE/EEE (Islande, Liechtenstein et Norvège) et la Croatie ont participé au programme à des degrés divers. Bien que les États membres de l'EU-15 aient davantage participé que les États membres de l'EU-12 au programme, tant globalement qu'en tant que coordonnateurs d'actions, les États membres à faible PIB/RNB ont davantage pris part au programme d'action dans le domaine de la santé qu'au PC7. La participation du plus grand nombre possible de pays crée l'environnement propice au travail en réseau nécessaire pour définir des préoccupations de santé communes, améliorer la sensibilisation aux principaux problèmes de santé émergents et transférer les connaissances dans le but d'améliorer le statut sanitaire et de traiter les inégalités. La santé peut inciter intelligemment à investir²³ dans l'économie et joue un rôle clé dans la cohésion et l'inclusion européennes.

La situation économique difficile est considérée comme l'une des raisons expliquant la faible participation de certains États membres. Pour y remédier, la Commission a établi, dans le troisième programme d'action dans le domaine de la santé²⁴ (programme en cours), le principe de l'«utilité exceptionnelle» en tant qu'élément financier incitant tous les États membres à participer. Il convient que des journées d'information visant à promouvoir le programme continuent d'être organisées dans tous les États membres et les pays participants, le but étant que la moitié au moins de ces événements se déroule dans les États membres sous-représentés pendant la précédente période du programme. Un plus grand nombre de documents d'information devrait être disponible dans toutes les langues de l'UE.

Le programme est également ouvert, sur la base de coûts, aux pays adhérents, aux pays candidats et aux pays candidats potentiels, où il sert de mécanisme susceptible d'aider les pays à s'adapter à l'acquis communautaire dans le domaine de la santé par leur coopération avec les États membres dans des projets et des actions conjointes.

²³ «Investing in Health», document de travail des services de la Commission SWD(2013) 43 final du 22.2.2013 (http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf).

²⁴ La Commission fournit jusqu'à 80 % de cofinancement en tant que mesure d'encouragement financier pour des actions conjointes associant au minimum 14 pays participants dont au moins quatre sont des États membres dont le RNB par habitant est inférieur à 90 % de la moyenne de l'Union et auxquels une part d'au moins 30 % du budget est allouée [article 7, paragraphe 3, du règlement (UE) n° 282/2014].

c) Mise en œuvre du programme en synergie avec d'autres programmes européens et priorités de la Commission

La réussite du programme continue de dépendre de l'adoption de ses réalisations et de leur intégration dans les politiques nationales. Compte tenu du budget limité et des besoins et défis énormes se présentant dans le domaine de la santé, de gros efforts en vue du développement de synergies avec d'autres programmes visant à améliorer la diffusion des réalisations du programme, à promouvoir leur utilisation et à en tirer parti ont déjà été réalisés avec les programmes de recherche de l'Union (le PC7 et Horizon 2020) et, dans une moindre mesure, les Fonds structurels et d'investissement européens (Fonds ESI).

Le décloisonnement des programmes de l'Union et l'approfondissement de la coopération entre eux font partie de la vision développée par la Commission pour garantir l'exécution coordonnée de ses dix principales priorités²⁵. Le troisième programme d'action dans le domaine de la santé offre des possibilités pour réaliser une telle coopération en soutenant la santé dans des domaines tels que la migration, le traitement des maladies émergentes liées à des facteurs environnementaux tels que le changement climatique, l'innovation dans le domaine de la santé, la réforme du secteur de la santé et la santé mondiale. Enfin, le programme prévoit des évaluations des systèmes de santé et génère des connaissances propres aux pays et transnationales qui permettent d'orienter les politiques à l'échelon national et européen.

4. Conclusion

Au cours des années à venir, la Commission accomplira un effort particulier pour améliorer le contrôle, la notification et la diffusion des résultats, pour encourager la participation au programme des États membres moins actifs et pour développer des synergies avec d'autres programmes de l'UE. Les résultats et idées émanant du programme pourraient être communiqués plus activement avec le concours des réseaux existants de contacts au sein des ministères de la santé et par la voie de la coordination cohérente et approfondie avec des acteurs de programmes de l'Union qui concernent la santé, mais n'y sont pas consacrés exclusivement.

Après dix-huit années d'existence des programmes d'action de l'UE dans le domaine de la santé, la Commission profitera de la fin du troisième programme d'action, en 2020, pour déterminer dans quelle mesure les trois premiers programmes auront eu, de manière efficace, efficiente, cohérente et pertinente, des effets positifs sur les politiques de la santé des États membres, garantissant une valeur ajoutée de l'UE. Les mécanismes de suivi du troisième programme d'action dans le domaine de la santé seront utilisés pour permettre cette évaluation plus large.

²⁵ Voir http://ec.europa.eu/priorities/index_fr.htm