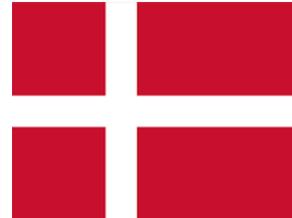


PROTÉGÉ



**CAHIER D'INFORMATION
À L'OCCASION DE LA MISSION AU DANEMARK (COPENHAGUE)**

DE

MONSIEUR CHRISTIAN DUBÉ, MINISTRE

MADAME DOMINIQUE SAVOIE, SOUS-MINISTRE

**MONSIEUR DANIEL DESHARNAIS, SOUS-MINISTRE ADJOINT DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COORDINATION
RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE ET DES AFFAIRES INSTITUTIONNELLES**

**MONSIEUR MARC-NICOLAS KOBRYNSKY, SOUS-MINISTRE ADJOINT DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA
PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET PERFORMANCE**

DU 27 JUIN AU 1^{ER} JUILLET 2022

**PRÉPARÉ PAR LA DIRECTION DES AFFAIRES INTERGOUVERNEMENTALES
ET INTERNATIONALES
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**



**Mission du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Christian Dubé
Copenhague, Danemark
27 juin au 1^{er} juillet 2022**

Contexte et objectifs de la mission

Contexte et objectifs

Dans une lettre datée du 30 mars 2022, l'ambassadrice du Danemark au Canada, Mme Hanne Fugl Eskjær et le président-directeur général de Healthcare Denmark, M. Jakob Skaarup Nielsen, invitaient le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, M. Christian Dubé, à participer à la conférence internationale Tour de Health (Tour de la santé) au Danemark.

Cette conférence organisée par le gouvernement danois s'inscrit dans le cadre des efforts de ce pays de se positionner comme un chef de file mondial en matière de santé et de sciences de la vie et réunit des représentants d'autres pays triés sur le volet et avancés dans ce domaine, dont l'Allemagne, le Canada, la Corée du Sud, la Finlande, la France, les États-Unis, le Japon, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède.

À noter que cette mission s'inscrit également dans la foulée d'un entretien virtuel entre le ministre Dubé et le ministre de la Santé du Danemark, M. Magnus Heunicke, réalisé le 9 mai dernier et témoigne d'un rapprochement entre le Québec et le Danemark sur le thème de la santé.

Objectifs

1. Explorer et acquérir de nouvelles perspectives sur les défis en matière de soins de la santé et d'engager des discussions sur ces sujets avec des fonctionnaires gouvernementaux ainsi que des gestionnaires de haut niveau d'organismes réglementaires et opérationnels, dans les secteurs public et privé.
2. Contribuer à renforcer les liens bilatéraux entre le Québec et le Danemark dans le domaine des soins de la santé, une grande priorité du gouvernement du Québec.

Situation politique et économique au Danemark et principaux échanges commerciaux avec le Québec

1. Situation politique

- Le Danemark est une monarchie constitutionnelle depuis 1849, date de la ratification de la Constitution établissant le régime actuel. Le monarque (la reine Marguerite II depuis 1972) est formellement le chef de l'État, mais il s'agit d'une position largement symbolique.
- Historiquement, le système politique danois est marqué par un fort multipartisme et par la culture du gouvernement de coalition. Sur de nombreuses questions politiques, économiques et sociales, les partis politiques danois ont tendance à privilégier la coopération et le consensus, et le modèle danois d'État-providence (santé, éducation, économie) bénéficie d'un large soutien parlementaire et populaire.
- Le pouvoir exécutif est exercé par les ministres du cabinet, avec à sa tête la première ministre sociale-démocrate, Mme Mette Frederiksen, depuis le 27 juin 2019. Le pouvoir législatif est exercé par le Folketing, la chambre unique du parlement qui comprend 179 membres (dont 4 représentent le Groenland et les Îles Féroé, territoires à statuts particuliers).
- Les élections sont organisées tous les quatre ans, mais la première ministre peut décider d'appeler les électeurs aux urnes plus tôt, ce qui est presque systématique, le parti au pouvoir cherchant à profiter d'un moment favorable à sa reconduction. Tous les partis qui obtiennent au moins 2 % des suffrages exprimés à l'échelle nationale sont représentés au Folketing, via un système électoral proportionnel prévoyant une répartition des sièges par circonscriptions. 14 partis sont actuellement représentés au Folketing.
- Le gouvernement social-démocrate en place est stable et supporté par une coalition majoritaire, en plus d'avoir gardé un bon niveau d'appui ($\geq 50\%$) dans la population tout au long de la pandémie de COVID-19. Cela laisse entrevoir un agenda législatif prévisible d'ici la prochaine élection générale (juin 2023), même si les sondages actuels ne permettent pas de déterminer quel bloc parlementaire remportera cette élection.
- Le 14 juin 2022, le Canada et le Danemark ont mis un terme au conflit territorial qui les opposait en Arctique avec la conclusion d'un accord créant une frontière terrestre sur l'Île de Hans, située au large du nord-ouest du Groenland. La signature de l'accord « historique » a eu lieu à Ottawa en présence du premier ministre du Groenland, Múte B. Egede, du ministre des Affaires étrangères du Danemark, Jeppe Kofod, et de la ministre des Affaires étrangères du Canada, Mélanie Joly.

2. Situation économique

- De 2015 à 2019, le Danemark a connu une croissance économique annuelle soutenue de plus de 2,5 % et travaillait à l'amélioration de la situation de ses finances publiques. Au cours de cette période, la dette brute en proportion du PIB danois est passée de 39,8 % à 33 %. Il s'agissait de l'un des plus bas ratios d'Europe.
- Fortement intégré à l'économie européenne et disposant d'une économie tournée vers le commerce extérieur, le Danemark détient une balance commerciale positive. Cependant, cela rend le pays plus vulnérable à la conjoncture économique. Conséquemment, en 2020, le pays a connu une baisse économique de 2,1 % et le fardeau de la dette a augmenté à 42,1 %.
- En 2021, après la levée de la plupart des restrictions liées à la pandémie, la reprise économique du pays fut rapide grâce, notamment, au dynamisme de la consommation privée et de l'investissement. Le FMI souligne que le PIB est revenu au niveau d'avant la crise dès 2021 et que le taux d'emploi se rapprochait du taux précédent la pandémie.
- Le pays possède notamment des secteurs qui seront en forte demande au cours de la reprise économique, dont le transport maritime (Maersk est la première compagnie maritime au monde), l'industrie pharmaceutique, l'industrie agroalimentaire, l'industrie numérique ainsi que l'énergie éolienne. D'ailleurs, le premier fabricant mondial d'éoliennes, Vestas, ainsi que le plus grand exploitant d'énergie éolienne en mer au monde, Ørsted, sont des firmes danoises.
- Bien que la Russie et l'Ukraine représentaient moins de 2 % de la valeur totale de ses exportations, le conflit entre ces deux pays n'épargne pas le Danemark. L'économie danoise sera principalement touchée par l'affaiblissement économique de ses marchés d'exportations, la hausse des prix et l'incertitude accrue qui pourrait impacter les investissements.
- Le risque énergétique sera moindre pour le Danemark comparé au reste de l'Europe puisque le pays est quasi-autosuffisant sur le plan énergétique grâce à l'exploitation du pétrole et de gaz en mer du Nord et au Groenland et aux nombreux parcs éoliens. Toutefois, le conflit est un risque pour la transition énergétique du pays. Le Danemark, qui s'est engagé à arrêter la production de combustibles fossiles, veut augmenter temporairement sa production de gaz naturel pour aider l'Europe à se sevrer de l'énergie russe. La première ministre danoise a souligné qu'elle souhaite mettre fin à la production de pétrole et de gaz en 2050. Pareillement, le Danemark prévoit de quadrupler la production d'énergie solaire et éolienne d'ici à 2030.
- Parmi les principaux risques économiques auxquels doit faire face le pays, on retrouve le fort endettement des ménages (plus de 250% du revenu net disponible, soit le niveau le plus élevé de l'OCDE en 2020), l'accès à la propriété, l'inflation (au plus haut depuis 1985), le vieillissement de la population, la pénurie de main-d'œuvre ainsi que les aléas du conflit russo-ukrainien.

3. Principaux échanges commerciaux Québec-Danemark

- Les exportations du Québec vers le Danemark ont fluctué de manière importante au cours des dernières années, principalement en raison des véhicules aériens. En 2017 et en 2018, les exportations de cette catégorie de produits ont successivement atteint

Ministère des Relations internationales et de la Francophonie (Délégation générale du Québec à Londres, Direction Europe et Institutions européennes et Direction de l'intelligence d'affaires et stratégique)

Ministère de la Santé et des Services sociaux, DAII

Juin 2022

173,2 M\$ et 77,1 M\$. Celles-ci ont ensuite chuté à 2,1 M\$ en 2019 avant de remonter à 29,4 M\$ en 2020. En 2021, on dénote l'absence de livraisons de véhicules aériens vers ce pays.

- On note également la quasi-absence de livraison d'huiles de pétrole raffinées depuis 2017 alors que les exportations de cette marchandise totalisaient 15,1 M\$. On constate aussi une baisse des exportations de crevettes en 2021, celles-ci sont passées de 15,1 M\$ en 2020 à 4,5 M\$ en 2021.
- Cependant, on constate une augmentation plus constante des exportations de certaines catégories de produits, notamment le sirop d'érable, les transformateurs électriques ainsi que de machines et appareils agricoles divers.
- Les importations du Québec en provenance du Danemark, quant à elles, ont globalement diminué par rapport à leur sommet atteint en 2018. Après avoir connu une croissance de 2017 à 2020, soit de 120,5 M\$ à 350,7 M\$ en 2020, les importations de médicaments ont connu une baisse l'année dernière. Cette catégorie représente toutefois toujours plus de 50 % du total de nos importations de marchandises. Parmi les autres produits des sciences de la vie, on note aussi une baisse des importations de sérums et vaccins ainsi que des instruments et appareils électromédicaux depuis 2019.
- Le sommet de nos importations de marchandises en provenance du Danemark en 2018 s'explique également par des importations de groupes électrogènes et de convertisseurs rotatifs électriques pour l'énergie éolienne. Lors de cette année, celles-ci avaient atteint 114,0 M\$ avant de chuter à 8,3 M\$ en 2019 pour ensuite descendre en deçà du million de dollars. Le Danemark est un joueur clé du secteur de l'énergie éolienne et hydroéolienne avec des donneurs d'ordres provenant ou basé sur son territoire.

Échanges de marchandises du Québec avec le Danemark en 2021		
Indicateurs	Exportations du Québec vers le Danemark	Importations du Québec en provenance du Danemark
Valeur en M\$ CA (% du total pour le Québec)	55,0 (0,1%)	514,4 (0,5 %)
Classement du partenaire	59^e au monde; 17 ^e dans l'UE-27	26^e au monde; 10 ^e dans l'UE-27
Principaux produits échangés <i>Classification SH4</i> (valeur en M\$ CA)	1. Sucres et sirop d'érable (8,8) 2. Particules et déchets de bois (5,8) 3. Crevettes (4,5) 4. Déchets et débris de métaux précieux (3,7) 5. Transformateurs électriques (2,8)	1. Médicaments (265,2) 2. Huiles de pétrole raffinées (53,1) 3. Machines pour récolte agricoles (10,1); 4. Articles de transports ou d'emballages en plastique (10,1) 5. Ouvrages en plastique (8,3)

Évolution des échanges de marchandises du Québec avec le Danemark sur les cinq dernières années (valeur en M\$ CA)						
	2017	2018	2019	2020	2021	TCAC*
Exportations	237,4	134,0	62,4	89,8	55,0	- 30,6 %
Importations	336,9	606,7	554,9	557,8	514,4	11,2 %
Solde du Québec	(99,5)	(472,6)	(492,5)	(468,0)	(459,4)	S.O.
Échanges totaux	574,3	740,7	617,4	647,6	569,5	- 0,2 %

* Taux de croissance annuel composé

4. Principaux indicateurs économiques en 2021

Principaux indicateurs économiques en 2021		
<i>Indicateurs</i>	Québec	Danemark
Produit intérieur brut (PIB) (en \$ CA*)	500,0 G	496,0 G
Croissance annuelle du PIB réel (prévision pour 2022)	6,3 % (2,7 %)	4,1 % (2,3 %)
PIB par habitant (en \$ CA*)	58 113	84 935

Sources : OCDE, FMI (Danemark) ; Ministère des Finances et ISQ (Québec)

* Conversion effectuée à l'aide du taux de change annuel moyen de la Banque du Canada



1. Le pays

Superficie : 43 098 km², hors Féroé et Groenland.

Situé entre la mer du Nord et la Baltique. Composé principalement de deux grandes îles, Seeland, ou Sjælland, et Fionie, ou Fyn, et d'une presqu'île, le Jutland, au nord de l'Allemagne (seule frontière terrestre); le pays comprend les îles Féroé et le Groenland dans l'Atlantique Nord. Le Danemark compte plus de 400 îles au total.

Capitale : Copenhague : 1,2 M habitants (2021)

Principales villes : Aarhus : 357 355 hab.; Aalborg : 221 278; Odense : 206 057; Esbjerg : 115 411; Vejle : 111 743; (2021)

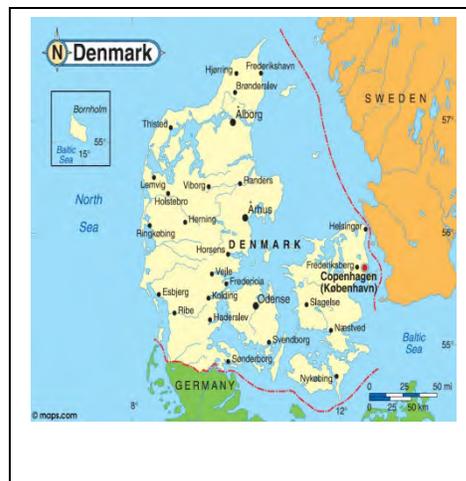
Population : 5,87 M (2021)

Langue(s) officielle(s) : Danois

Autres langues : Allemand, Groenlandais, Féroïen

Religions : Église nationale luthérienne (80 %); Islam (4 %); autres chrétiens (3 %); autres (13 %)

Fête nationale : 5 juin (Jour de la Constitution)



2. Politique

Nature de l'État : Monarchie constitutionnelle; démocratie parlementaire; membre de l'Union européenne, mais pas de la zone Euro.

L'exécutif : Après les élections législatives, le chef du parti ayant obtenu le plus de votes devient habituellement le premier ministre. Ce dernier procède à la nomination de son conseil des ministres et le préside.

Le législatif : Parlement unicaméral

Le Folketing est composé de 179 membres, élus au suffrage universel à la représentation proportionnelle pour quatre ans, dont 2 représentants du Groenland et 2 représentants des îles Féroé.

Principaux partis politiques — Résultats des élections du 28 juin 2019 :

Parti social-démocrate (SD) : 48 sièges;

Parti libéral (V) : 43;

Parti populaire danois (DF) : 16;

Parti social-libéral (RV) : 16;

Parti socialiste populaire (SF) : 14;

Liste de l'unité (gauche) : 13

Parti conservateur populaire (KF): 12;

L'Alternative : 5;

La Nouvelle Droite : 4;

L'Alliance libérale : 4

Groenland : 2; Féroé : 2

Prochaines élections : juin 2023

Chef d'État:

Reine Margrethe II
(depuis 14 janvier 1972)



Chef du gouvernement :

Mme Mette Frederiksen (social-démocrate) depuis le 28 juin 2019 (la plus jeune à être élue à ce poste à 41 ans et 2^e femme).



3. Représentations

Nom du ou des représentants au Québec et au Canada :

Son Excellence Mme Hanne Fugl ESKJAER, ambassadrice du Danemark au Canada

M. André VAUTOUR, consul honoraire du Danemark à Montréal

Nom du représentant du Québec :

Mme Line Rivard, déléguée générale du Québec à Londres (depuis novembre 2021)

4. Situation politique

Les élections du 5 juin 2019 ont été remportées par le parti social-démocrate, dirigé par Mme Mette Frederiksen, avec 48 sièges sur 179 au Folketing (Parlement). Un gouvernement minoritaire a été formé sur la base d'un accord politique intitulé « une direction juste pour le Danemark ». Mené par le parti social-démocrate, l'accord regroupe la Liste unitaire (gauche radicale), le Parti populaire socialiste (verts) et le Parti social-libéral, ces trois derniers partis constituant un soutien au gouvernement sans participation. Avec le parti social-démocrate, ils détiennent la majorité absolue au Parlement danois (91 sièges sur 179). L'accord prévoit notamment un volet « climat » ambitieux pour la politique danoise. Le plan comprend des mesures dans les secteurs du transport, de l'agriculture et de l'énergie. L'objectif est de réduire les gaz à effet de serre de 54 % d'ici 2025 et de 70 % d'ici 2030 par rapport à 1990. Le plan vise également l'électrification des transports et de l'industrie ainsi que le verdissement du secteur agricole. La première ministre entend profiter de la reprise économique et du Fonds de relance de l'UE pour mener à bien cette politique ambitieuse. Par ailleurs, l'accord prévoit un renforcement de l'État providence et des investissements massifs dans la politique de santé et des politiques sociales. Il prône également une politique économique juste et responsable. En ce sens et pour financer les réformes sociales, le gouvernement mise sur une importante augmentation de l'imposition des dividendes.

En complément : Le début de l'année 2022 est marqué par le jubilé d'or de l'accession au trône de la Reine Margrethe II, le 14 janvier. Les festivités ont été reportées à l'été pour raisons sanitaires. Le Danemark se prépare également à accueillir le 1er juillet 2022 le Grand Départ du Tour de France, qui suscite beaucoup d'enthousiasme parmi la population.

5. Intérêts communs

Ententes signées :

Entente et Arrangement administratif en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement du royaume du Danemark (1988);
Protocole d'entente sur les relations cinématographiques entre la Société générale des industries culturelles et l'Institut danois de la cinématographie (1992).

Relations Québec — Danemark :

Sur le plan bilatéral, les liens entre le Danemark et le Québec sont actuellement modestes et cordiaux et sont principalement développés à l'occasion d'initiatives ponctuelles et sectorielles (économie et commerce, culture, santé, environnement). Soulignons par exemple l'adhésion du Québec à l'initiative Beyond Oil and Gas Alliance (BOGA) — annoncée par le premier ministre en marge de la CdP-26 — aux côtés du Danemark et du Costa Rica. Dans le cadre de l'Initiative nordique, une étude de marché est en cours sur le thème de l'économie verte dans les pays nordiques, dont le Danemark. Il s'agit notamment de s'assurer qu'il y ait de réelles occasions d'affaires à saisir pour les entreprises et institutions québécoises, de se doter d'un outil de support et d'analyse pour contribuer à générer des retombées concrètes pour l'économie du Québec et d'identifier les grands donneurs d'ordres, les institutions de recherche, de développement et de commercialisation dans le secteur de l'économie verte et de l'électrification. À noter qu'au chapitre des relations économiques, les médicaments, les produits de type « sang-vaccins-sérums » et les instruments médicaux figurent avantageusement dans les exportations du Danemark vers le Québec. Soulignons aussi l'importance du secteur pharmaceutique au sein de l'économie danoise avec la présence d'entreprises telles que Novo Nordisk, Lundbeck, Pfizer et Roche.

*L'ambassadrice du Danemark Mme Hanne Fugl Eskjaer, a rencontré le premier ministre du Québec, M. François Legault, le 5 novembre 2019 à l'occasion de la visite à Québec de la délégation des ambassadeurs de l'Union européenne et de ses États membres.

Sources: Statistics Denmark, The World Factbook, FocusEconomics, Institut de la statistique du Québec



**Mission du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Christian Dubé
Copenhague, Danemark
27 juin au 1^{er} juillet 2022**

Stratégie territoriale pour l'Europe et Initiative nordique du Québec

Cap sur la relance : le Québec et l'Europe, partenaires d'une prospérité durable

- La ministre des Relations internationales et de la Francophonie et ministre responsable de la région des Laurentides, Nadine Girault, a dévoilé le 26 mai dernier la Stratégie territoriale pour l'Europe ayant pour thème « Cap sur la relance : le Québec et l'Europe, partenaires d'une prospérité durable ».
- Avec des investissements additionnels de 2 millions \$ qui s'ajoutent aux 25 millions \$ déjà investis dans l'action du Québec en Europe, cette nouvelle démarche cadre les intérêts actuels et futurs du Québec sur le continent européen. Misant sur une nouvelle approche continentale tout en s'appuyant sur des liens historiques, la Stratégie établit des priorités d'action susceptibles de contribuer à la prospérité de toutes les régions du Québec ainsi qu'à leur développement économique, social et culturel.
- Le continent européen est le deuxième marché d'exportations du Québec, derrière les États-Unis. Cette stratégie entend donc miser sur le dynamisme, la performance et la résilience des grandes économies du territoire, notamment la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Benelux, l'Italie, l'Espagne et la Suisse, afin d'accroître davantage les exportations québécoises et d'attirer les investisseurs européens.
- Elle a aussi pour objectif d'établir de nouveaux partenariats avec les pays et les régions d'Europe en matière de recherche, d'innovation, d'environnement, de développement durable, de mobilité, d'éducation, de langue et de culture.
- Cette dernière stratégie territoriale complète l'ensemble, après celles pour les États-Unis, l'Afrique, l'Indo-Pacifique ainsi que l'Amérique latine et les Antilles.

Initiative nordique du Québec

- Constatant que les pays nordiques – Suède, Norvège, Finlande, Danemark et Islande – sont des partenaires de choix pour le Québec, non seulement sur le plan économique, mais également sur les plans sociétal, politique et environnemental grâce à l'avant-gardisme de certaines politiques adoptées par ces États, le Québec entend diversifier ses relations auprès de ces pays.

- En effet, les pays nordiques sont reconnus pour leur compétitivité économique, sont des leaders en ce qui a trait à l'intensité de leurs investissements en recherche et développement en fonction de leur PIB, sont classés parmi les économies les plus innovantes au monde, en plus d'être fortement intégrés aux chaînes de valeur européennes.
- Le Québec et ces pays nordiques partagent des valeurs et ambitions communes en ce qui concerne la gouvernance démocratique, les droits de la personne, l'égalité entre les femmes et les hommes, la nordicité, les relations avec les Premières Nations et les Inuits, le développement durable, la lutte contre les changements climatiques et la décarbonation de l'économie.
- À l'instar du Québec, ces pays nordiques sont également reconnus pour combiner avec succès une forte croissance économique et des politiques sociales et environnementales ambitieuses et avant-gardistes, lesquelles permettent non seulement une action climatique, une protection accrue de la biodiversité et une transition accélérée vers une économie verte et circulaire, mais bénéficient aussi d'une large acceptabilité sociale.
- Compte tenu de la communauté de valeurs et d'intérêts entre le Québec et ces pays nordiques, ces derniers présentent des occasions d'affaires, de partenariats et d'échanges de meilleures pratiques considérables dans les domaines du commerce, de l'investissement, de la santé, des arts et de la culture ainsi que de l'innovation dans des secteurs de pointe, comme les sciences de la vie, l'IA, la construction en bois et les sciences minières et forestières.

Les principaux objectifs poursuivis dans le cadre de l'Initiative nordique sont les suivants :

1. Diversifier les marchés et les relations du Québec vers des territoires sous exploités à fort potentiel, notamment en matière de partenariats bilatéraux et de recherche et d'innovation;
2. Promouvoir les exportations québécoises à l'international et attirer des investissements directs étrangers sur le territoire québécois;
3. Positionner stratégiquement le Québec sur le thème de l'économie verte et de l'électrification, dans le contexte de la mobilisation internationale en matière de lutte contre les changements climatiques et du dévoilement de plans de relance verts ambitieux.

Note d'information : Rencontre de travail avec la Directrice Aînés et Innovation, Département de la Santé et des soins de la ville de Copenhague, Mme Nanna Skriver

1. Contexte et objectifs

L'administration de la Santé et des soins de Copenhague est responsable de la prise en charge des personnes âgées (65 ans ou plus) ainsi que des soins de santé de la ville. Dans le domaine soins des personnes âgées, les principales responsabilités de l'administration municipale comprennent les soins à domicile, les appareils d'assistance, les foyers protégés et résidentiels, la réadaptation, la formation, les offres d'activités et les soins dentaires.

Services principaux : Foyers adaptés aux soins, soins à domicile, appareils d'assistance, centres de jour, soins dentaires pour les personnes âgées et soins dentaires spéciaux, activités de prévention et de promotion de la santé, réadaptation et formation, réhabilitation, physiothérapie gratuite, collaboration avec la région de la capitale du Danemark dans le domaine hospitalier et sanitaire, service consultatif de la ville, éducation sociale et sanitaire de base et formation en soins infirmiers.

Employés : 10,000

Budget : 6,4 milliards de couronnes (1,2 G\$ CAD)

L'objectif de l'entretien est de mieux comprendre l'organisation des soins aux différents paliers de gouvernement au Danemark, incluant sur le plan municipal.

2. Notes biographiques



Mme Nanna Skriver est Directrice Aînés et Innovation, Département de la Santé et des soins de la ville de Copenhague.

Note d'information : Rencontre de travail avec la Présidente-Directrice générale de Trial Nation,
Mme Marianne Pilgaard

1. Contexte et objectifs

Trial Nation est une organisation de partenariat public-privé à but non lucratif composée des cinq régions danoises, du ministère de l'Industrie, des affaires Commerciales et des Finances, du ministère de la Santé, des organisations de coordination des associations de patients et des médecins respectivement, et de plusieurs entreprises de sciences de la vie qui se consacrent à la réalisation d'essais cliniques au Danemark.

Trial Nation offre un point d'entrée unique et national aux entreprises du secteur des sciences de la vie, aux associations de patients et aux chercheurs cliniciens qui souhaitent parrainer, participer et mener des essais cliniques au Danemark.

L'objectif de l'entretien est de mieux comprendre la réalisation et l'accès aux soins cliniques au Danemark et le fonctionnement du guichet unique Trial Nation. Des représentants de la Nouvelle-Écosse et des Territoires du Nord-Ouest sont également invités à cette rencontre de travail.

2. Notes biographiques



Mme Marianne Pilgaard a plus de 25 ans d'expérience dans le développement clinique des sciences de la vie et dans les partenariats entre les entreprises et le secteur public. Chez Trial Nation, notre mission est de faire du Danemark le pays le plus attractif pour les entreprises et les autres parties prenantes en matière d'essais cliniques - dans l'intérêt des patients, de la recherche et de l'économie.

Note d'information : Rencontre de travail avec le ministère de la Santé du Danemark

1. Contexte et objectifs

Cette rencontre de travail bilatérale s'inscrit en suivi direct de l'entretien virtuel réalisé entre le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, M. Christian Dubé, et le ministre de la Santé du Royaume du Danemark, Magnus Heunicke (Parti social démocrate), le 9 mai 2022.

L'objectif de cette rencontre de travail bilatérale vise à explorer et acquérir de nouvelles perspectives sur les défis en matière de soins de la santé et d'engager des discussions sur ces sujets avec des représentants du ministère de la Santé du Danemark, réputé comme un modèle en Europe et à l'international sur le plan de la gouvernance de la santé, notamment sur le plan numérique (e-health).

Un objectif secondaire est de contribuer à renforcer davantage les liens bilatéraux entre le Québec et le Danemark dans le domaine des soins de la santé, une grande priorité du gouvernement du Québec, dans un esprit de diversification des relations du Québec avec les pays d'Europe du Nord.

À noter que le ministre Heunicke est à l'extérieur du pays à ce moment (en déplacement au Québec à des fins personnelles). Dans ce contexte, c'est l'équivalent au poste sous-ministre, M. Svend Særkjær, Chef de département, ministère de la Santé du Royaume du Danemark, qui présidera la réunion pour la partie danoise.

2. Soins de santé au Danemark

Le système de santé danois est universel et repose sur les principes de l'accès libre et égal aux soins pour tous les citoyens. Le système de santé offre des services sont réputés de haute qualité, dont la majorité est financée par les impôts.

3. Organisation des soins de santé

Le système de santé fonctionne à trois niveaux politiques et administratifs : l'État, les régions et les municipalités (niveaux national, régional et local).

L'État détient les fonctions générales de réglementation et de supervision en matière de santé et de soins aux personnes âgées.

Les cinq régions sont principalement responsables des hôpitaux, des médecins généralistes et des soins psychiatriques.

Les 98 municipalités sont responsables d'un certain nombre de services de soins de santé primaires ainsi que des soins aux personnes âgées. Le ministère danois de la santé se compose

du ministère et de neuf agences, qui couvrent un large éventail de questions liées aux soins de santé.

Voir note complémentaire en annexe du présent cahier pour plus de détails sur l'organisation de la Santé au Danemark : The Organisation of Healthcare in Denmark.

4. Déroulement

9 h à 9 h 10 : Accueil par le Chef du département de la santé du Royaume du Danemark

9 h 10 à 9 h 25 : Introduction au système de santé au Québec par le MSSS du Québec.

9 h 25 à 9 h 40 : Introduction au système de santé au Danemark par le Secrétaire permanent (ÀC).

9 h 40 à 9 h 50 : Café

10 h à 10 h 15 : Présentation de la réforme de la santé au Québec par le Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.

10 h 15 à 10 h 30 : Présentation de la réforme des soins de santé au Danemark.

10 h 30 à 11 h : Proximité vs. spécialisation (y compris les super hôpitaux spécialisés vs. les petits hôpitaux locaux) et recrutement et rétention du personnel de santé (y compris les salaires, les incitations, l'attraction des travailleurs étrangers, la numérisation et la technologie).

11 h à 11 h 10 : Discussion sur les défis futurs en matière de soins de santé.

11 h 30 à 12 h 30 : Déjeuner et présentation : Comment l'utilisation des données et la numérisation peuvent rendre les systèmes de santé plus efficaces Par le chef du département de la numérisation, de l'IA et de la cybersécurité.

5. Notes biographiques



M. Svend Særkjær, Chef de département, ministère de la Santé du Royaume du Danemark

Svend Særkjær est né le 25 février 1968 et est titulaire d'un Master de Sciences politiques de l'Université d'Aarhus (Danemark) en 1995.

Direction Europe et Institutions européennes, Délégation générale du Québec à Londres
Ministère des Relations internationales et de la Francophonie
Ministère de la Santé et des Services sociaux, DAII
Juin 2022

Expérience professionnelle

2021- : Chef de département, ministère de la Santé

2019-2021 : Directeur régional, région de la capitale

2015-2019 : Directeur régional, région du Jutland du Nord

2009-2015 : chef de service, ministère de la santé et de la prévention

2007-2009 : chef de département, économie de la santé, ministère de la santé et de la prévention

2004-2007 : Chef du secrétariat de la politique sociale, ministère de l'intérieur et de la santé

2002-2004 : Consultant, ministère de l'intérieur et de la santé

1999-2002 : Administrateur, ministère des finances

1996-1999 : Administrateur au bureau du budget et des crédits, ministère du travail

Éducation

2017 : Participation à l'ILC à DTU (programme interrégional pour la gestion de l'innovation)

2014-2015 : Sélectionné pour participer à la formation SPOT - State Top Management Training

2011 : Programme de développement du leadership à Harvard, Kennedy School of Government ("Senior Managers in Government")

1995 : MA, Sciences politiques, Université d'Aarhus (Danemark)

1992 : MA, Relations internationales, École de recherche des études du Pacifique et de l'Asie, Université nationale australienne, Canberra.

Note d'information : Rencontre de travail avec la Mairie de Copenhague, Novo Nordisk Foundation et Danish Life Science Cluster

1. Contexte et objectifs

Cette rencontre de travail a été proposée par la partie danoise afin de présenter au ministre l'écosystème des sciences de la vie au Danemark, ainsi que la diversité des partenariats publics-privés en la matière. Des représentants de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest sont également invités à participer à cette rencontre de travail.

2. Mairie de Copenhague

L'hôtel de ville de Copenhague (en danois : Københavns Rådhus) est le siège du conseil municipal de Copenhague ainsi que de la mairesse de la municipalité de Copenhague. Du haut de ses 105,6 mètres, le bâtiment situé sur la place de l'hôtel de ville, dans le centre de Copenhague, est l'un des plus hauts de la capitale.

3. Novo Nordisk Foundation

L'histoire de la Fondation remonte à 1922, lorsque le lauréat du prix Nobel August Krogh est rentré du Canada au Danemark avec la permission de fabriquer de l'insuline en Scandinavie. Ce fut le point de départ du développement d'un médicament de classe mondiale contre le diabète et d'une entreprise commerciale et d'exportation danoise. Cela a également conduit à la création de plusieurs fondations qui, bien des années plus tard, ont fusionné pour donner naissance à l'actuelle Fondation Novo Nordisk.

Sur le plan organisationnel, la Fondation Novo Nordisk octroie des subventions et Novo Holdings A/S, filiale à 100 % de la Fondation, gère les activités commerciales de la Fondation. L'objectif de Novo Holdings A/S est de gérer la dotation de la Fondation et d'investir ses actifs afin de garantir que la Fondation obtienne un rendement financier satisfaisant.

Bien présente au Canada et au Québec, la Novo Nordisk Foundation a contribué à l'annonce du nouveau Centre d'expertise en diabète du CHUM en novembre 2021 grâce à un don de 5 millions de dollars.

4. Danish Life Science Cluster

Danish Life Science Cluster est un cluster national danois qui crée des ponts, stimule l'innovation et développe des réseaux entre les entreprises, les centres de recherche et les organisations dans le domaine des sciences de la vie et de la technologie du bien-être.

Ses principaux domaines d'intervention sont la recherche et la commercialisation, les partenariats publics-privés, les données et technologies de la santé et l'internationalisation.

5. Notes biographiques



Mairesse de Copenhague, Sophie Hæstorp Andersen

Sophie Hæstorp Andersen est née en septembre 1974. Elle a grandi à Gladsaxe et a obtenu un diplôme en sciences politiques de l'Université de Copenhague en 2006. Elle est présidente du conseil régional de la région de la capitale du Danemark depuis 2014. En 2021, elle a été élue maire de Copenhague.



Novo Nordisk Foundation CEO, Mads Krogsgaard Thomsen

Mads Krogsgaard Thomsen a rejoint Novo Nordisk en 1991 en tant que responsable de la recherche sur l'hormone de croissance. Il a été nommé vice-président senior de la R&D sur le diabète en 1994 et en novembre 2000, il a été nommé vice-président exécutif et directeur scientifique. À ce titre, il est responsable de la recherche mondiale sur les médicaments et les dispositifs, du CMC et du développement mondial, des affaires médicales, de la réglementation et de la sécurité au sein de Novo Nordisk.

Mads Krogsgaard Thomsen est membre du conseil d'administration de Symphogen A/S, Danemark, et de BB Biotech AG, Suisse. Il est également membre du comité de rédaction de revues internationales évaluées par des pairs. Mads Krogsgaard Thomsen est également professeur adjoint à l'Université royale vétérinaire et agricole (aujourd'hui la Faculté des sciences médicales et de la santé de l'Université de Copenhague) depuis 2000.



Danish Life Science Cluster, CEO Diana Arsovic Nielsen

Diana est une spécialiste de l'innovation dans le secteur public. Elle possède une formation créative en architecture et en design, ainsi qu'un master en organisation du leadership.

La formation et la pratique de l'innovation publique ont été ses principaux centres d'intérêt, avec un intérêt particulier pour la façon de mettre en œuvre l'innovation dans les grandes organisations au-delà des silos afin de garantir de meilleures solutions centrées sur les citoyens. Théoriquement, elle s'intéresse à l'innovation par le biais de réseaux et de partenariats, ainsi qu'aux nouveaux modèles commerciaux perturbateurs qui changeront la manière dont les services publics seront fournis à l'avenir.

Note d'information : Présentation du portail numérique de la santé danois www.sundhed.dk par le chef de la fondation Sundhed.dk International, M. Jakob Uffelmann

1. Contexte et objectifs

Cette rencontre de travail a été proposée par la partie danoise afin de présenter au ministre le portail numérique de la santé danois (e-santé, e-health). Des représentants de la Nouvelle-Écosse, de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest sont également invités à participer à cette rencontre de travail.

2. Sunhed.dk

Sundhed.dk est le portail officiel danois de la santé en ligne pour les services de santé publics. Il permet aux citoyens et aux professionnels de la santé de trouver des données et des informations axées sur les patients et de communiquer.

Depuis 2015, Netcompany est responsable du développement et de la maintenance du portail d'e-santé. En tant que fournisseur de système, Netcompany est responsable du maintien en forme du portail.

Le portail permet aux citoyens et aux professionnels de la santé de trouver des informations et de communiquer ensemble. Il facilite les services numériques centrés sur le patient qui permettent d'accéder aux services de santé danois et d'obtenir des informations à leur sujet.

3. Notes biographiques



Jakob Uffelmann, Directeur général de la Fondation internationale Sundhed.dk et directeur de l'innovation du portail danois de la santé en ligne, sundhed.dk

Jakob Uffelmann est PDG de la Fondation internationale Sundhed.dk et directeur de l'innovation du portail national danois de la santé en ligne, sundhed.dk. Cadre expérimenté, il a plus de 15 ans d'expérience dans la numérisation des soins de santé au niveau national. Jakob a une formation technique dans le domaine des soins de santé, des médias et de l'ingénierie des processus, mais il a occupé divers postes de direction depuis 2006, notamment celui de directeur informatique de sundhed.dk.

BIOGRAPHIE

Denis Robert



Ambassadeur du Canada auprès du Royaume du Danemark

(B.A. [sciences politiques], Université Laval, 1983; M.Sc. [sciences politiques], Université de Montréal, 1987) s'est joint au ministère des Affaires extérieures en 1989, après avoir travaillé comme associé de recherche à l'Institut des relations intergouvernementales de l'Université Queen's.

Il a occupé le poste de deuxième secrétaire (commerce – ALENA) à Mexico (de 1989 à 1993). En 1996, il a été détaché à l'École nationale d'administration à Paris. En 1998, il a participé au programme d'échange diplomatique entre les ministères français et canadien des Affaires étrangères. M. Robert a été conseiller (commerce) à Paris (de 1998 à 2001), chef de la section politique à la mission auprès de l'Union européenne à Bruxelles (de 2004 à 2007) et chef de la section politique à l'ambassade à Port-au-Prince (en 2007 et 2008).

Il a aussi été ambassadeur en Belgique et au Luxembourg (de 2012 à 2016). À l'administration centrale, il a travaillé à la Direction de l'Union européenne (de 1993 à 1996), en tant que directeur adjoint de la Direction de l'Europe de l'Ouest et comme directeur du Groupe de travail sur Haïti (de 2008 à 2012). Plus récemment, il a occupé le poste de directeur de la Recherche sur les politiques étrangères avant sa nomination en tant qu'ambassadeur du Canada auprès du Royaume du Danemark en 2020.



MINISTRY OF FOREIGN
AFFAIRS OF DENMARK



ROYAL DANISH EMBASSY
Paris



Healthcare
DENMARK

INNOVATING
BETTER LIFE

L'ORGANISATION DE LA SANTE AU DANEMARK

*Ce rapport est financé par le
ministère danois des Affaires
étrangères et préparé par COWI*

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	6
2. L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU DANEMARK	7
3. COLLABORATION ACCRUE ENTRE LES NIVEAUX ORGANISATIONNELS	15
4. LE RÔLE JOUÉ PAR LA NUMÉRISATION	17
5. NOUVELLES INITIATIVES	20
RÉFÉRENCES	27

ANNEXE

ANNEXE A INDICATEURS DE SANTÉ	22
-------------------------------------	----

1. INTRODUCTION

Le système de santé danois offre une couverture universelle et est financé par les impôts généraux. Il procure ainsi un accès aux soins de santé gratuit et égalitaire à l'ensemble de ses 5,8 millions d'habitants.¹

Comme dans beaucoup d'autres pays, l'évolution démographique au Danemark exerce une pression croissante sur le système de santé, nécessitant de nouveaux modes de prestation des services de santé ainsi que de nouveaux paradigmes de collaboration entre ses différents acteurs.

Pour faire face à ces défis, le système de santé danois a été profondément réformé au cours des 15 dernières années. Les efforts ont visé à obtenir le meilleur rapport qualité-prix. Pour ce faire, trois stratégies ont joué un rôle central : 1) la réforme structurelle, 2) la collaboration inter-organisationnelle, et 3) la transformation numérique. Les réformes réalisées au cours des 15 dernières années ont abouti à un système de santé qui est aujourd'hui en mesure de fournir des services plus nombreux et de meilleure qualité, au niveau régional et municipal, et au sein duquel les soins préventifs et les traitements sont mieux intégrés.

Ce rapport présente les caractéristiques clés du système de santé danois en mettant l'accent sur sa structure institutionnelle et organisationnelle. Il montre comment le Danemark a réussi à créer un système de santé participatif à la fois décentralisé et efficace. Ainsi, le rapport décrit :

1^{ÈRE} CLÉ DE SUCCÈS.

L'organisation et la gouvernance de la santé au Danemark.

2^{ÈME} CLÉ DE SUCCÈS.

La collaboration accrue entre les niveaux organisationnels.

3^{ÈME} CLÉ DE SUCCÈS.

Le rôle joué par la numérisation.

Enfin, le rapport décrit certaines des nouvelles initiatives dans le domaine de la santé au Danemark ; les principaux indicateurs quantitatifs présentés en annexe apportent des éléments de comparaison avec la France.

Le présent rapport a vocation à servir d'inspiration aux responsables et aux décideurs du secteur de la santé des pays européens confrontés à des défis, démographiques et autres, similaires à ceux auxquels le Danemark a su répondre et auxquels il devra continuer de répondre à l'avenir.

2. L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU DANEMARK

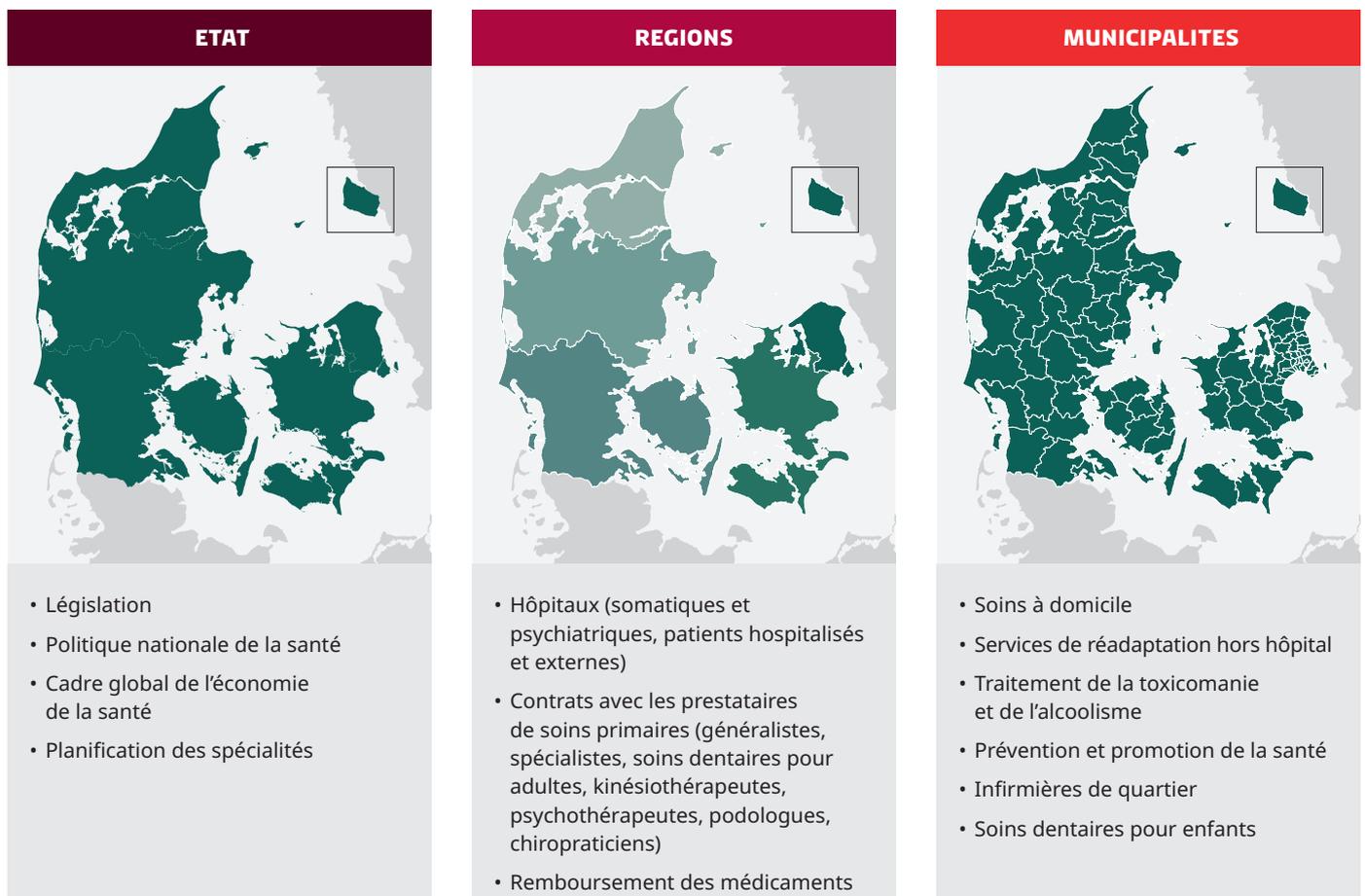
En 2007, une réforme a centralisé la planification et la réglementation mais décentralisé la responsabilité des soins primaires et secondaires.

Le 1^{er} janvier 2007, une vaste réforme structurelle est entrée en vigueur au Danemark, réduisant le nombre de municipalités de 271 à 98, et le nombre de régions de 14 à 5. Cette réforme comportait une nouvelle répartition des tâches entre l'Etat, les régions et les municipalités ainsi qu'un nouveau système de financement.²

La réforme a fortement modifié les interfaces entre les trois niveaux de gouvernement, à savoir l'Etat, la région et la municipalité. Elle a contribué à renforcer le rôle de l'Etat dans la réglementation et la planification nationale du système de santé. Dans le même temps, la réforme a conduit au transfert de l'ensemble des responsabilités en matière de soins de santé aux niveaux régional et municipal. Les régions et les municipalités sont donc désormais responsables de la prestation de tous les soins primaires et secondaires ; ceci inclut la responsabilité des municipalités en matière de prestation de services de prévention et de réadaptation.

Aujourd'hui, le secteur de la santé est géré à trois niveaux politiques et administratifs : **l'Etat, les régions et les municipalités** (niveaux national, régional et local).³ Chaque niveau assume différentes responsabilités, voir Figure 1.

Figure 1 Niveaux administratifs et responsabilités⁴

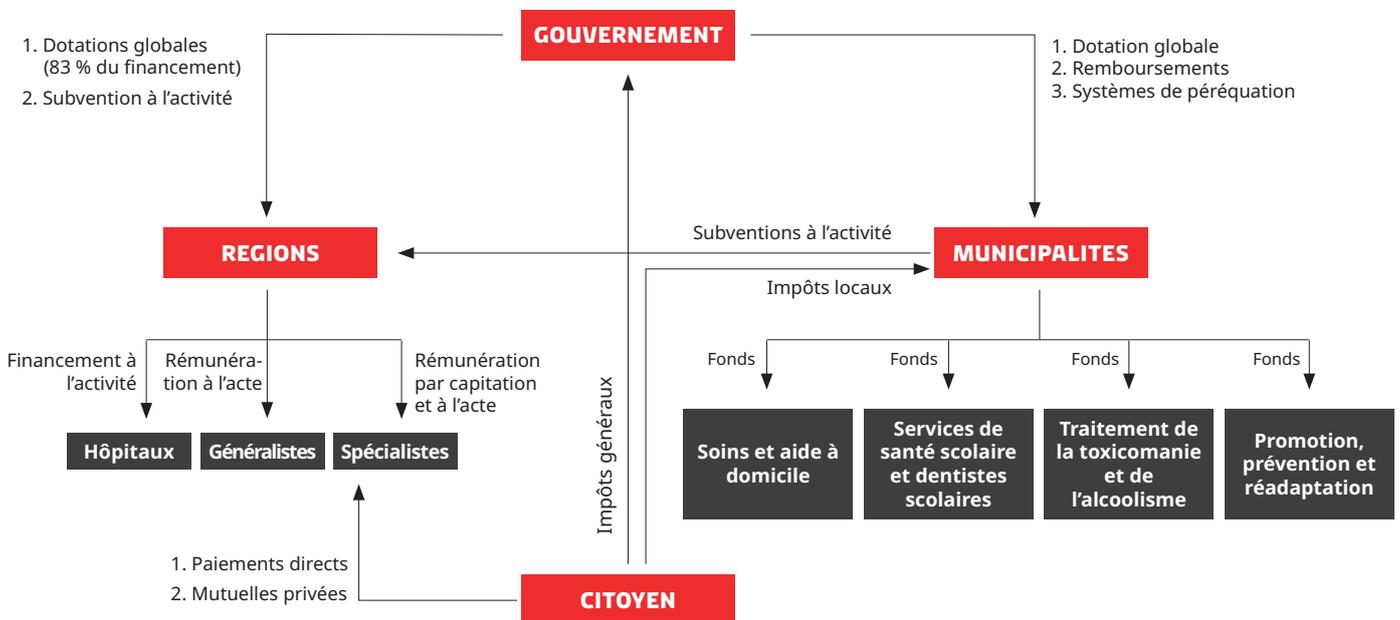


La réforme a également modifié la façon dont le secteur de la santé est financé. Au Danemark, les soins de santé et les services sociaux sont en général financés par les impôts prélevés au niveau national. Cela signifie que les fonds publics couvrent environ 80 % de toutes les dépenses de santé au Danemark (83 % en 2019). La part restante est principalement constituée des frais restant à la charge des foyers, à savoir les frais de produits pharmaceutiques et de soins dentaires, ainsi que les cotisations aux mutuelles complémentaires privées couvrant les soins qui ne sont pas, ou seulement partiellement, pris en charge par le financement public (tels que les prestations des kinésithérapeutes et psychologues).⁷

83 % de toutes les dépenses de santé sont financées par les impôts.

Le financement public de la santé est délégué par l'Etat aux régions au moyen d'une allocation annuelle fixe (dotation globale) et d'une part de financement à l'activité, basé sur les performances. Les dépenses des municipalités sont financées par les dotations de l'Etat, par les impôts locaux et par le remboursement du coût des services fournis aux régions et à l'Etat.⁸

Figure 2 Financement du système de santé danois



Le cadre de financement général est basé sur l'accord de financement négocié chaque année entre le gouvernement, les régions et les municipalités afin de fixer les objectifs en matière de niveau d'activité et de dépenses de santé pour l'année à venir.⁹ Cet accord multipartite annuel constitue un cadre motivant toutes les parties à respecter le budget fixé. Les dotations globales financent environ 83 % des dépenses totales de santé des régions.¹⁰ De plus, un cofinancement municipal à l'activité représente approximativement 16 % du financement. Le mécanisme de financement à l'activité de l'Etat représente environ 1 % du financement.¹¹ Les dotations globales sont définies par un montant de base modeste et deux clés de répartition. La première est basée sur des facteurs démographiques tels que le chiffre de la population et sa répartition par tranche d'âge. La deuxième clé de répartition repose sur une combinaison de variables économiques, sociales, géographiques et sanitaires, telles que le nombre de foyers vivant des allocations chômage ou le nombre de patients ayant un diagnostic psychiatrique.¹²

Les subventions à l'activité servent à maîtriser la productivité et les dépenses.

Le niveau national est responsable des fonctions générales de réglementation, de planification et de surveillance.

Le financement à l'activité est un instrument qui sert à maîtriser les dépenses et à accroître la productivité dans les régions, ainsi qu'à encourager les municipalités à mettre en place des mesures de prévention efficaces en matière de santé. Ainsi, le financement à l'activité d'une région est fonction de ses performances par rapport à une série de critères établis. Les municipalités cofinancent les soins hospitaliers et les soins primaires (gérés et fournis par les régions) sur la base d'un régime de subventions à l'activité et en fonction du nombre de citoyens d'une municipalité donnée qui ont recours aux services de santé régionaux. Ce régime incite les municipalités à la fois à collaborer à des parcours de soins cohérents pour les patients et à mener des actions efficaces en matière de prévention, de réadaptation et de soins.

Le gouvernement national, c'est-à-dire le Ministère de la Santé, assume la responsabilité globale en matière de réglementation et de surveillance des soins de santé au Danemark.¹³

Le Ministère de la Santé prépare le cadre réglementaire et planifie l'ensemble des services de santé. Le gouvernement national/le Ministère de la Santé est responsable 1) de la planification nationale des spécialités médicales, 2) de l'approbation de la planification hospitalière régionale et 3) des conventions de santé contraignantes négociées entre les régions et les municipalités afin de coordonner la prestation de services.¹⁴

L'Agence Nationale de la Santé (ANS), rattachée au Ministère de la Santé, a pour mission d'appuyer et de conseiller le Ministère de la Santé, les régions et les municipalités sur les questions de santé publique. L'ANS établit les directives cliniques nationales ainsi que les directives en matière de formation des médecins spécialistes et autres professionnels de santé.¹⁵

Par ailleurs, l'ANS est responsable de la planification globale, de la répartition et de la localisation des spécialités médicales entre les différents hôpitaux, et est chargée d'entériner les plans hospitaliers régionaux ainsi que les conventions de santé contraignantes négociées entre les régions et les municipalités, qui coordonnent la prestation des services de santé. Cette centralisation des tâches a pour but de garantir le professionnalisme et la qualité des traitements ainsi que la cohérence des parcours de soins des patients, tout en optimisant l'utilisation des ressources.

Enfin, l'ANS est chargée d'élaborer des actions de prévention (ciblant les facteurs de risques les plus courants pour la santé) et des plans de traitement nationaux. Les directives et plans de traitement nationaux sont mis en œuvre dans les régions, tandis que les actions de prévention sont des outils permettant aux municipalités d'améliorer l'état de santé de leurs citoyens.^{16 17} L'ANS est également chargée de la réglementation des vaccinations, de la protection des droits des patients et du suivi de la qualité des soins dans les hôpitaux et les pharmacies.^{18 19}

Le suivi de la qualité des soins hospitaliers repose sur une série d'indicateurs qualitatifs correspondant aux 8 objectifs nationaux (voir Encadré 1).²⁰

ENCADRÉ 1: LES 8 OBJECTIFS NATIONAUX EN MATIÈRE DE SUIVI DE LA QUALITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les indicateurs de qualité font partie du Programme de qualité du système de santé danois, portant sur 8 objectifs nationaux :

1. Plus de continuité des soins aux patients dans les parcours cliniques
2. Mesures renforcées pour les malades chroniques et les patients âgés
3. Taux de survie accru et sécurité améliorée pour les patients
4. Traitements de haute qualité
5. Diagnostic et traitement rapides
6. Participation accrue des patients
7. Années supplémentaires de vie en bonne santé
8. Système de santé plus efficace

Ces objectifs sont conçus pour assurer que les personnels médicaux et les personnels des services de santé (aussi bien dans les hôpitaux que dans les municipalités et les régions) travaillent tous dans un même but, à savoir assurer un système de santé efficace, offrant des soins de haute qualité, et simplifier l'identification des domaines nécessitant une amélioration qualitative.²¹ Les objectifs sont mis en œuvre au niveau local, régional et national. Les régions assurent un suivi trimestriel des objectifs.

Aujourd'hui, les progrès réalisés au Danemark dans les domaines définis par les 8 objectifs sont mesurés au moyen de 40 indicateurs de qualité, principalement concentrés sur la structure des soins hospitaliers, les procédures de soins ou de traitement et le résultat des soins.

Le dernier rapport périodique montre une évolution positive pour 13 des 40 indicateurs qualitatifs sur la période de 2019 à 2020 ou sur la période disponible la plus récente. Entre autres, il convient de noter que le Danemark connaît une évolution positive sur tous les indicateurs concernant les *mesures renforcées pour les malades chroniques et les patients âgés*. Toutefois, l'évolution de ces dernières années a aussi été affectée par le COVID-19. Le système de santé ayant dû être réorganisé et réserver des capacités et des soins pour les patients COVID-19, le travail sur certains des indicateurs de qualité a été mis de côté depuis un certain temps. Une évolution stagnante et négative sur certains indicateurs doit donc être considérée à la lumière de la pandémie et de son impact. En outre, 12 indicateurs ne sont actuellement pas mesurables en raison d'un changement dans le registre de données.²²

Bien que la planification et la réglementation soient centralisées au niveau national, les acteurs régionaux et municipaux jouent toutefois un rôle important et systématique dans les processus de planification. Par conséquent, la promulgation de nouveaux plans et règlements nationaux est toujours précédé d'une concertation entre les acteurs concernés. Ce processus de concertation inclut également les organisations de professions médicales et de patients concernées. Ce processus peut parfois s'avérer chronophage, mais il joue un rôle crucial dans la mise en œuvre effective des plans et des réglementations par les régions et les municipalités.

Le niveau régional est responsable de la gestion et des services hospitaliers ainsi que des conventions avec les professionnels de santé libéraux.

Les régions possèdent et gèrent les hôpitaux somatiques et psychiatriques publics ainsi que les centres de santé mentale dans les collectivités locales.^{23 24} Les cinq régions sont responsables à la fois des **services de santé primaires et secondaires**. Ceci comprend :

- Les soins hospitaliers (dont les services des urgences)
- La psychiatrie
- Les services de santé dispensés par les médecins généralistes ayant le statut libéral
- Les médecins spécialistes (tels que les rhumatologues), et autres professionnels spécialisés tels que kinés et psychologues²⁵
- L'administration du régime de remboursement des médicaments (basé sur les données numériques collectées par les pharmacies lorsque les médicaments prescrits sont délivrés).²⁶

Nous allons d'abord décrire la gestion des hôpitaux. Pour toute information concernant les médecins généralistes, veuillez consulter la page suivante.

Les régions coopèrent en orientant les patients vers les hôpitaux des autres régions en cas de manque de ressources (indisponibilité de lits) ou en cas de besoin de traitements spécialisés.²⁷

Si une région n'est pas en mesure de garantir un traitement dans un hôpital public dans les 30 jours suivants l'orientation d'un patient, ce dernier est en droit de choisir un traitement dans un hôpital privé. Ce droit s'applique aussi si la région n'est pas à même de proposer un diagnostic sous 30 jours, ou si le traitement d'une maladie potentiellement mortelle n'est pas disponible dans cette région. Les frais sont couverts par le régime public de l'assurance-maladie et sont donc gratuits pour le patient.

Depuis 2002, des hôpitaux privés fournissent des soins de santé aux régions, qui les financent. Ces acteurs privés sont toutefois de petits hôpitaux offrant principalement des soins spécialisés.²⁸ Ainsi, en 2017 la part de marché des hôpitaux privés représentait 1,25 % de toutes les activités hospitalières financées par les fonds publics – cette part de marché a diminué de 50 % entre 2008 et 2017.²⁹

Le nombre d'hôpitaux de soins aigus a été réduit de 40 à 21 de 2007 à 2020 et six nouveaux « super-hôpitaux » sont en train d'être construits.

La fusion des 14 régions en 5, dans le cadre de la réforme de 2007, a donné le jour à une nouvelle structure hospitalière publique, avec un nombre réduit d'hôpitaux de soins aigus, desservant chacun une population de 200 000 à 400 000 personnes.³⁰ Le nombre d'hôpitaux de soins aigus a été réduit de 40 à 21.³¹ L'objectif était d'optimiser à la fois la qualité des traitements et des soins (au moyen de la spécialisation) et l'utilisation des ressources (au moyen d'économies d'échelle).³² La pierre angulaire de cette stratégie est le programme de « super-hôpitaux », qui consiste à investir 6,6 milliards d'euros (prix de 2019) dans 16 projets hospitaliers ; six d'entre eux portent sur la construction de nouveaux hôpitaux de premier plan, le reste portant sur l'agrandissement d'hôpitaux existant.³³ Le programme de « super-hôpitaux » se distingue des chantiers hospitaliers ordinaires au Danemark par le fait que le gouvernement participe au financement (60 % du programme), à la planification et à la gestion du programme, et par le fait que le programme a été étayé par un panel d'experts mis en place en 2007.³⁴ Le suivi assuré par le Ministère de la Santé porte principalement sur la capacité des régions à respecter le budget imparti aux projets et à dégager les gains d'efficacité escomptés.³⁵

A l'heure actuelle, 46 projets de construction d'hôpitaux, grands et petits, sont en chantier dans les régions, y compris les 16 qui font partie du programme de « super-hôpitaux ».

Les hôpitaux privés, les médecins généralistes et les spécialistes sont les acteurs privés dans le secteur de la santé. Les patients doivent d'abord consulter leur généraliste pour

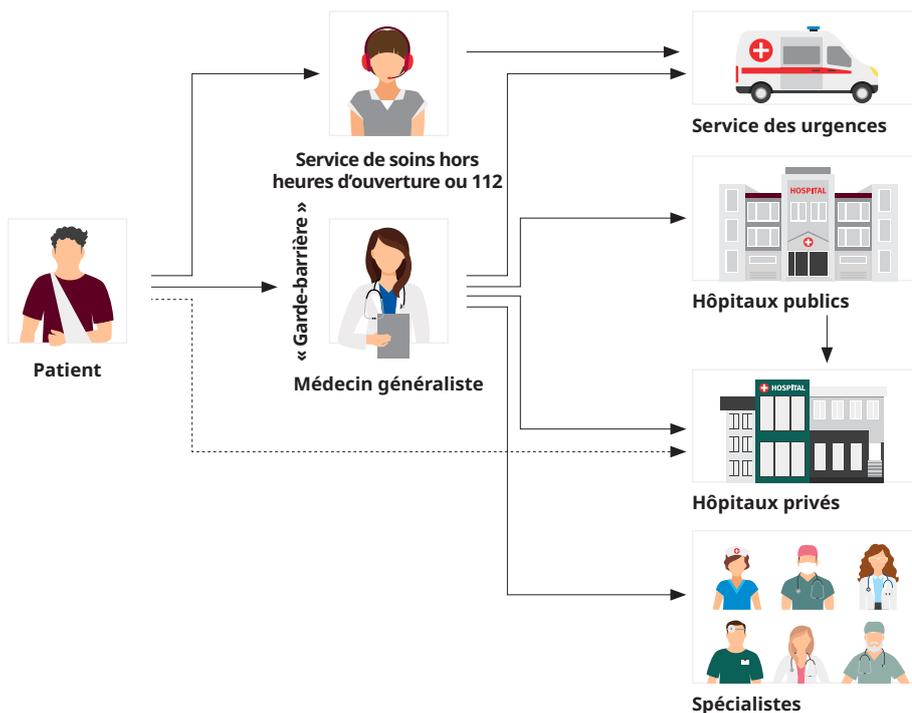
- être orienté vers un spécialiste,
- avoir droit à des soins à domicile,
- être admis en soins palliatifs
- être admis à l'hôpital et/ou aux urgences. Il est toutefois aussi possible d'être admis aux urgences par le biais de la ligne d'assistance médicale ou du numéro d'urgence (le 112).³⁶

Les généralistes jouent ainsi un rôle important de « garde-barrière » entre les soins primaires et secondaires.³⁷ En moyenne, les généralistes traitent approximativement 1 600 patients. La plupart des traitements sont assurés par le généraliste, sans qu'il soit nécessaire d'orienter le patient vers un service spécialisé au niveau secondaire.³⁸ Il s'avère que ceci réduit le coût total du système de santé, les soins au niveau primaire étant moins onéreux qu'au niveau secondaire.

Les honoraires spéciaux pour la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques sont un exemple de la façon dont la relation entre les soins primaires et secondaires est constamment surveillée et renforcée. Afin d'inciter les généralistes à prendre en charge un nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques, une convention, conclue en janvier 2018, permet aux généralistes de facturer des honoraires majorés pour soigner les malades chroniques. Cette disposition a ainsi permis de maintenir les patients atteints de maladies chroniques hors des hôpitaux – le fait que les généralistes sont souvent plus près du patient que l'hôpital le plus proche constituant un avantage supplémentaire.

Les généralistes jouent le rôle de « garde-barrière » du système de santé danois.

Figure 3 Le rôle des médecins généralistes



Les médecins généralistes et les spécialistes sont libéraux. Ils facturent leurs honoraires aux régions, sur la base de barèmes détaillés et agréés et du nombre de patients pris en charge.

Les régions gèrent également les **services de soins hors heures d'ouverture** (le service de médecins de garde) et les **soins médicaux d'urgence** (le 112).

Le service de soins primaires hors heures d'ouverture est assuré par des infirmières spécialisées et/ou des médecins généralistes, qui peuvent orienter le patient vers les urgences ou une permanence médicale, selon la situation du patient.³⁹

Les services d'urgence jouent un rôle central en administrant les premiers soins au patient, dès leur arrivée.

Les soins d'urgence jouent un rôle central dans la modernisation de la structure hospitalière au Danemark. Les appels en urgence (appels au 112) sont reçus par la police et dispatchés vers un professionnel de santé, qui évalue s'il y a besoin d'une ambulance ou d'autres services préhospitaliers. Ambulanciers, médecins ou infirmières spécialisées peuvent être envoyés sur place en voiture ou par hélicoptère pour prêter assistance. Les soins d'urgence sont alors administrés dans l'ambulance ou l'hélicoptère spécialement équipé, ce qui signifie que la prise en charge du patient commence dès l'arrivée de l'ambulance ou de l'hélicoptère. La plupart des régions collaborent avec des prestataires de services ambulanciers privés, ce qui en fait un exemple de coopération réussie entre les acteurs privés et le système de santé public.⁴⁰

Les municipalités sont responsables de la prévention des maladies et de la promotion de la santé.

Par la réforme de 2007, le gouvernement souhaitait rapprocher les services de soins de santé des citoyens. Ainsi, les 98 municipalités sont responsables des installations et activités de prévention des maladies et de la promotion de la santé.⁴¹

Celles-ci comprennent:

- le suivi prénatal et postnatal à domicile
- les soins dentaires pour enfants
- les services de santé scolaire
- les services de réadaptation (physique et mentale)
- les soins à domicile et les EHPAD
- les mesures préventives contre les risques sanitaires courants
- les soins aux toxicomanes et les logements pour handicapés mentaux ou sans-abri.⁴²

Les municipalités cofinancent les soins hospitaliers, ce qui les incite à investir dans la prévention et la promotion de la santé.

Les municipalités cofinancent les soins administrés à l'hôpital et par les généralistes (gérés et fournis par les régions) sur la base d'un régime de subventions fondées sur l'activité et sur le nombre de citoyens d'une municipalité donnée ayant recours aux soins de santé régionaux. Ce cofinancement incite les municipalités à mettre en place des mesures de prévention et de promotion de la santé efficaces dans le but de réduire le coût des hospitalisations et des soins administrés par les généralistes. De plus, les municipalités qui ne sont pas prêtes à accueillir le patient et à lui procurer les soins à domicile appropriés à sa sortie de l'hôpital sont pénalisées financièrement pour chaque journée d'hospitalisation supplémentaire. Les pénalités à verser par journée de retard ont fortement augmenté en janvier 2017 (de 265 à 530 euros par journée de retard), et se sont traduites par une réduction des sorties d'hôpital retardées et de la durée de séjour.^{44 45}

« Un bon départ dans la vie » est un exemple d'initiative de prévention réussie. Malgré un dossier de grossesse conjoint, la collaboration entre hôpital, municipalité et généraliste était caractérisée par un manque de partage d'informations et de connaissances entre les différents acteurs. Pour cette raison, une initiative, lancée par une municipalité, un hôpital et les généralistes de la région du Danemark du Sud, a tenté de mieux coordonner la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés par les différents acteurs primaires et secondaires. Cette initiative a consisté à répertorier les meilleures pratiques et à assurer que celles-ci soient systématiquement appliquées, grâce au dialogue et à la formation conjointe. De même, des données conjointes ont été collectées afin de documenter le processus, ce qui permet de contrôler la qualité des activités. Ceci a créé une meilleure vue d'ensemble des offres, une meilleure communication électronique entre les généralistes, les sage-femmes et les infirmières, ainsi que de meilleures relations entre ces acteurs, de sorte qu'à l'avenir, les problèmes pourront être résolus plus rapidement et conjointement. Cette initiative a été rendue pérenne et est aujourd'hui généralisée à l'ensemble des municipalités de la région du Danemark du Sud. Dans les années à venir, le dossier de maternité matériel sera remplacé par le nouveau dossier de maternité électronique.

Afin d'imprimer une direction politique commune à la collaboration entre les régions, les municipalités et le secteur primaire (les généralistes), une **convention de santé** est négociée tous les quatre ans depuis 2007. Dans chacune des régions, les conseils régionaux et municipaux mettent en place un comité de coordination composé de représentants de la région, des municipalités et des généralistes. Ils se réunissent pour discuter de sujets tels que les perspectives d'avenir, les principes directeurs de la coordination, ainsi que les domaines et objectifs, actuels et futurs, prioritaires dans le secteur de la santé. La convention de santé couvre le secteur somatique et psychiatrique dans au moins quatre domaines :

- La prévention
- Les traitements et soins
- La réadaptation
- Les solutions informatiques et numériques visant le flux de travail quotidien

La convention est un instrument politique liant les trois niveaux entre eux et constitue le cadre de la collaboration au sein du secteur de la santé. Le texte de la convention de santé est soumis à l'ANS pour approbation.^{46 47 48}

L'initiative « Un bon départ dans la vie » illustre un effort de prévention réussi.

Une convention de santé définit le cadre global de la collaboration entre les niveaux organisationnels pour une période de quatre ans.

3. COLLABORATION ACCRUE ENTRE LES NIVEAUX ORGANISATIONNELS

Les changements dans la répartition des tâches et des responsabilités ont abouti à de nouvelles interfaces et une demande croissante de collaboration intersectorielle.

Le Danemark a introduit 30 parcours de soins pour patients atteints de cancer afin d'améliorer la qualité et les résultats des traitements.

Le Danemark a mis en place des programmes de réadaptation cardiaque afin de réduire le nombre de réadmissions.

Les changements dans la répartition des tâches et des responsabilités entre Etat, régions, et municipalités ont abouti à de nouvelles interfaces et exigé une collaboration interinstitutionnelle et intersectorielle accrue. Cet impératif est exacerbé par le fait qu'à l'avenir, le système de santé subira une pression croissante en raison du vieillissement de la population, du nombre croissant de patients souffrant de maladies chroniques et, surtout, de la volonté politique d'assurer des parcours cohérents pour les patients.

Sur ce point, le Danemark a encore du chemin à faire, mais de nouvelles solutions sont développées en permanence, de plus en plus souvent sous la forme de partenariats publics-privés, avec participation des patients et de leurs proches.

L'accent a par exemple été mis sur le renforcement de la collaboration dans les secteurs de l'oncologie et de la cardiologie, le cancer et les maladies cardiaques étant les deux principales causes de décès au Danemark.

Le Ministère de la Santé a introduit des Parcours de soins pour patients atteints de cancer associant généralistes, hôpitaux et centres de diagnostic spécialisés afin d'améliorer le processus de diagnostic. Quand un médecin généraliste soupçonne un cancer, il peut orienter le patient vers l'un de ces parcours, clairement définis selon la gravité des symptômes.⁴⁹ 30 ensembles de prestations couvrent approximativement 40 cancers différents. Ces prestations sont définies par les autorités au niveau national et mises en œuvre au niveau régional et local. Les ensembles de prestations visent à renforcer la qualité des soins et à accélérer l'établissement d'un diagnostic et d'un plan de soins. Chaque ensemble de prestations comporte une description standardisée du parcours de soins d'un patient depuis le moment où la maladie est suspectée jusqu'à la réadaptation, ou, dans certains cas, les soins palliatifs.

Figure 4



Les prestations ciblent des acteurs spécifiques du système de soins de santé. Elles répartissent clairement les responsabilités et les tâches concernant un patient donné. Le rôle de chacun des acteurs est spécifié, tout comme la collaboration nécessaire entre eux. Ces ensembles de prestations ont ainsi contribué à accroître le dépistage précoce des maladies, à améliorer la collaboration entre les secteurs et à assurer la continuité et l'uniformité de traitement des patients atteints de cancer à travers le pays.^{50 51}

En 2017, l'Agence nationale de la santé a élaboré de nouveaux ensembles de programmes décrivant les parcours des patients souffrant de maladies cardiaques. Ces programmes couvrent l'intégralité du flux de soins, depuis le moment où le patient ressent les premiers symptômes et consulte son médecin, en passant par le diagnostic et le traitement, jusqu'au suivi ultérieur, dont la réadaptation cardiaque et la palliation.⁵²

La réadaptation cardiaque couvre les soins post-traitement des malades cardiaques et est recommandée pour les personnes souffrant de cardiopathie ischémique, d'insuffisance cardiaque et de troubles du rythme cardiaque, ou ayant subi une chirurgie des valves cardiaques.⁵³ La réadaptation cardiaque porte sur toute une série d'éléments, dont

- L'exercice physique
- L'information et l'éducation des patients
- Les interventions psychosociales, dont le maintien au travail
- Le soutien au changement de régime alimentaire
- Le soutien au sevrage tabagique
- L'optimisation des traitements pharmacologiques
- Le suivi clinique et des objectifs

La réadaptation cardiaque est proposée dans le prolongement du diagnostic et du traitement, et peut être effectuée uniquement à l'hôpital ou dans le secteur primaire, ou faire partie d'un processus partagé entre les deux.⁵⁴

Un exemple concret de la façon dont les professionnels de santé coopèrent aux différents niveaux organisationnels du système de soins au Danemark est l'initiative de détection précoce et de traitement des complications postopératoires chez les personnes âgées ayant subi une opération de la hanche. Pour une personne âgée affaiblie, une fracture de la hanche peut être le début d'un processus long et souvent fatal. Il est très important que le patient soit accompagné – même une fois sorti de l'hôpital. Les personnes âgées ont souvent tendance à se retrouver entre deux chaises ; pour y remédier, une initiative a donc été mise en place pour renforcer la collaboration entre un hôpital et deux municipalités de la Région du Danemark du Sud. L'objectif de cette initiative était de détecter et de soigner, chez les personnes âgées, les complications suite à hospitalisation pour fracture de la hanche. Pour ce faire, une infirmière municipale rendait visite à la personne âgée trois jours après sa sortie d'hôpital. Elle procédait à une observation systématique et mesurait les signes vitaux. Grâce à cet examen systématique, l'infirmière était en mesure de réagir si les progrès n'étaient pas satisfaisants. L'infirmière municipale avait la possibilité de contacter le médecin responsable du traitement à l'hôpital jusqu'à 14 jours après la sortie du patient. Cette initiative a été réalisée sous la forme d'un projet de recherche en aveugle ; elle a eu pour effet une réduction de 50 % des réadmissions et une réduction significative de la mortalité. L'initiative est maintenant devenue permanente, et a été étendue à plusieurs municipalités.

Autre exemple : les cinq Centres du diabète qui ont été établis dans le cadre d'un partenariat public-privé entre les autorités sanitaires danoises et la Fondation Novo Nordisk.⁵⁵ Ces centres sont gérés par les autorités sanitaires publiques (les régions), qui en sont propriétaires. La Fondation Novo Nordisk soutient les centres par le biais d'une donation visant à moderniser et à systématiser les options de soins disponibles actuellement pour les diabétiques. La donation couvre les traitements, la recherche, la formation, la coopération intersectorielle ainsi que les nouveaux bâtiments. Les centres ont pour mission de contribuer à réduire le nombre de cas de diabète, ainsi qu'à améliorer la qualité et la durée de vie des diabétiques. Par ces centres, la Fondation Novo Nordisk souhaite renforcer la qualité du traitement du diabète et la prévention de ses complications, au bénéfice des individus souffrant de diabète et de la société en général.⁵⁶

Détection précoce et traitement des complications postopératoires des fractures de la hanche grâce à la collaboration entre infirmières municipales et hôpital.

Un partenariat public-privé entre le système de santé danois et la Fondation Novo Nordisk a permis d'établir cinq Centres Steno Diabète au Danemark.

4. LE RÔLE JOUÉ PAR LA NUMÉRISATION

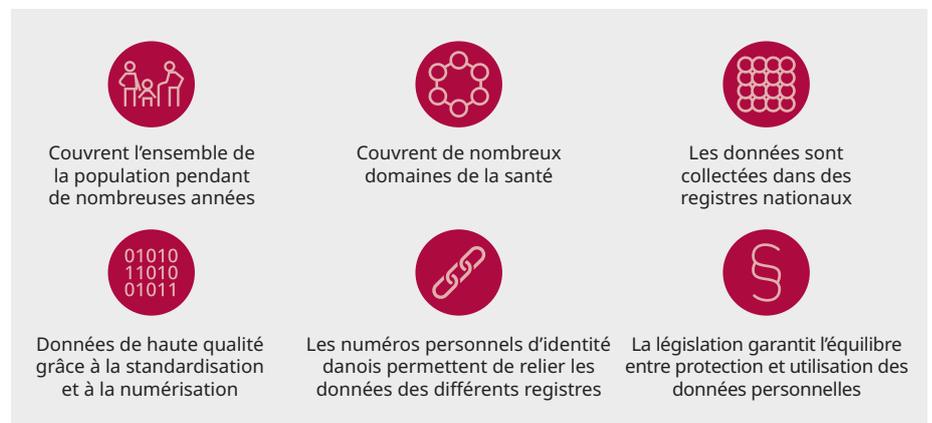
Le Danemark est pionnier dans le secteur depuis 20 ans et, aujourd'hui, le système de santé danois est l'un des plus numérisés au monde.

Le Danemark mise sur la numérisation depuis une vingtaine d'années et, aujourd'hui, le système de santé danois fait partie des plus numérisés au monde. La première pierre a été posée il y a plus de 50 ans, avec l'intégration d'un identifiant personnel unique, émis à la naissance de chaque citoyen. Par la suite, plusieurs initiatives ont suivi, portant notamment sur les stratégies informatiques nationales, ainsi que sur les classifications et la terminologie nationales. Une infrastructure numérique solide au sein du système de santé, un haut niveau d'alphabétisme numérique parmi les prestataires de soins de santé, ainsi qu'une culture fondée sur la confiance, ont également été des facteurs décisifs.⁵⁸

Dans le même contexte, le Danemark a par ailleurs une longue tradition de suivi et d'enregistrement des patients qui entrent en contact avec le système de santé. Le système est ainsi caractérisé par une communication électronique entre les différents niveaux et entre les professionnels de santé ainsi que par des procédures de travail numérisées. La collecte systématique et électronique des données permet le suivi et l'analyse à grande échelle des données sanitaires ainsi que des patients en contact avec les services de santé. Même si les professionnels de santé utilisent différents systèmes informatiques, ils emploient tous le même langage et le même format de données. Au Danemark, les normes d'intégration entre les systèmes informatiques du secteur de la santé sont élaborées et entretenues par une organisation publique à but non lucratif, (MedCom), gérée conjointement par le Ministère de la Santé, les régions danoises et l'Association des collectivités locales du Danemark, qui en sont propriétaires. Ces normes permettent aux systèmes informatiques de communiquer entre eux, et entre les différents secteurs, et elles garantissent la qualité des données.

La Figure 4 illustre l'interconnexion des différents types de données de santé comme plateforme commune aux acteurs du secteur de la santé à différents niveaux :

Figure 5 Pourquoi nos données de santé sont-elles uniques ?



Source: Autorité danoise des données de santé

Les solutions informatiques ont non seulement eu un impact positif important sur la collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé (par ex. entre les généralistes et les hôpitaux), mais ont aussi contribué à améliorer la continuité des soins.

Le vaste programme de données de l'Autorité danoise des données de santé et la technologie existante sont également devenus la pierre angulaire de la réponse du système de santé danois au COVID-19.⁵⁹ Par exemple, la base de données de vaccination existante, servant pour enregistrer la vaccination des enfants, a été développée et utilisée pour enregistrer les résultats des tests du SARS-COV-2. Ceci a signifié que le Danemark a très rapidement pu mettre des solutions matérielles sur le marché. En même temps, nous avons pu développer et adapter notre infrastructure, nos bases de données et nos systèmes de réservation existants, et nous fier aux mesures de sécurité des données existantes. Ainsi, le Danemark a pu formuler des solutions à tous les problèmes de collecte de données, sans avoir à passer des mois à développer de nouveaux systèmes, et créer relativement vite une infrastructure de données solide au sein de laquelle des flux élevés de résultats de tests COVID peuvent être enregistrés avec précision.⁶⁰

Des solutions informatiques telles que le **Registre commun des médicaments prescrits** et le **Portail de la santé** (sundhed.dk) sont deux solutions danoises très applaudies à l'extérieur du pays.

Le **Registre commun des médicaments prescrits** donne accès aux professionnels de la santé à une liste actualisée des médicaments prescrits à un patient donné dans l'ensemble du système de soins de santé. Ce registre commun permet de prévenir l'administration incorrecte de médicaments et renforce la sécurité du patient en assurant que toutes les informations concernant les médicaments qui lui sont actuellement prescrits sont accessibles au personnel médical qui le soigne – et au citoyen lui-même.

Figure 6 Le Registre commun des médicaments prescrits



Source: Autorité danoise des données de santé

Le **Portail de la santé** (Sundhed.dk) est le site officiel de la santé au Danemark, et procure des informations aux citoyens et aux professionnels de santé. Le portail a été lancé en 2003 en collaboration avec l'Etat, les régions et les municipalités. L'objectif de ce portail est a) de réunir les informations pertinentes émanant de l'ensemble des services de santé, b) d'offrir une plateforme de communication commune, c) de responsabiliser les citoyens en leur offrant un maximum de visibilité et de transparence dans le secteur de la santé, d) de procurer aux

L'existence d'une infrastructure informatique nationale et de bases de données qui fonctionnent bien a permis la mise en œuvre rapide de nouvelles solutions informatiques.

Le registre commun des médicaments prescrits renferme des informations mises à jour sur chaque citoyen danois, auxquelles tous les systèmes locaux du secteur de la santé ont un accès commun.

Le Portail de la santé au Danemark est le plus grand portail électronique de patients en Europe.

prestataires de soins un accès facile aux informations cliniques concernant les antécédents médicaux de leurs patients. A l'heure actuelle, les citoyens peuvent accéder à leur dossier médical électronique par le biais du Portail sunhed.dk afin de consulter leurs dossiers d'hospitalisation et de consultation, leurs ordonnances, leurs vaccinations, leurs résultats d'analyses, leurs résultats de test COVID-19 ainsi qu'un journal indiquant quand ces données ont été consultées.⁶¹ Cela fait de sunhed.dk un portail de cybersanté unique en son genre pour les citoyens et les professionnels de la santé ; c'est le plus grand portail de ce type en Europe, visité chaque mois par près d'1,8 millions de Danois.⁶²

Les solutions de cybersanté permettent des traitements plus individualisés et responsabilisent les citoyens en les impliquant dans leur propre traitement ; elles sont donc considérées comme un outil important pour relever les défis posés par le vieillissement de la population.

Une initiative régionale en matière de télésanté élargie à l'échelle nationale à la suite de son succès.

Le Danemark a pour tradition de tester les nouvelles initiatives en matière de santé dans une région ou une municipalité avant de les mettre en œuvre à l'échelle nationale. La mise en œuvre désormais nationale du projet de télésanté, TeleCare North, en est un parfait exemple. Ce projet a d'abord été mis en œuvre dans la région du Jutland du Nord, la plus petite des régions danoises. TeleCare North était une expérience ambitieuse, proposée à tous les patients atteints de BPCO. Comme beaucoup d'autres maladies chroniques, les patients souffrant de BPCO dialoguent avec plusieurs professionnels de santé : le personnel hospitalier, le médecin traitant, les infirmières à domicile, etc. Cependant, tous ces acteurs ne disposent pas forcément des mêmes informations au sujet du patient, du cours de sa maladie ou de la BPCO en général. Pour cette raison, certains patients éprouvaient un sentiment de fragmentation de leur traitement. L'objectif du projet TeleCare North était de mettre en place des routines afin de rendre plus efficace la collaboration entre les différents professionnels de santé, d'ouvrir de nouvelles voies de communication, et de permettre aux différents professionnels concernés de pouvoir échanger les informations et donner davantage de soins au domicile du patient, sans qu'ils aient besoin de se réunir physiquement. Ceci a été accompli au moyen d'un suivi télé-médical à domicile ; les patients souffrant de BPCO se sont vu remettre une tablette, grâce à laquelle ils pouvaient enregistrer les données concernant leur santé et adresser des questions à une base de données de santé, ce qui permettait à tous les personnels concernés de suivre le patient et de répondre à ses questions. Le projet demandait un haut degré d'ouverture parmi les professionnels de santé, ce que tous les acteurs impliqués ont accepté en raison des avantages que cela représentait pour les patients. Le projet incluait des patients venant des 11 municipalités de la région du Jutland du Nord, des hôpitaux ainsi que des médecins généralistes. Le projet a ainsi réussi à offrir un accompagnement de télésanté à l'ensemble des 1 256 patients atteints de BPCO qui étaient à même de profiter de cet accompagnement dans la région. L'évaluation du projet a montré une collaboration plus efficace entre les différents niveaux et professionnels de santé. En raison du grand succès de ce projet, il a été décidé que l'initiative serait mise en œuvre à l'échelle nationale. Cette mise en œuvre a commencé en 2021 et devrait également être élargie à d'autres maladies chroniques.

5. NOUVELLES INITIATIVES

Le système de santé danois a connu des changements et des améliorations majeurs depuis la réforme de 2007 et la mise en œuvre de la première stratégie informatique nationale, et est aujourd'hui bien mieux armé pour faire face aux défis liés à l'évolution démographique, comparé à d'autres pays européens.

Néanmoins, la proportion croissante des personnes âgées et l'augmentation de l'espérance de vie constituent un défi auquel il faudra prêter attention dans les années à venir.⁶³ Le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre d'individus souffrant de comorbidités et de maladies chroniques telles que le cancer, la BPCO, le diabète et les maladies coronariennes. De plus, le Danemark est confronté à certains risques pour la santé, tels que l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool, qui contribuent à la progression des maladies liées au mode de vie.⁶⁴ Par ailleurs, le nombre d'individus souffrant de troubles mentaux a augmenté au sein de la population danoise, surtout parmi les jeunes.⁶⁵ Combinés à une pénurie croissante de personnels de santé,⁶⁶ ces facteurs exercent une pression de plus en plus forte sur le secteur de la santé au Danemark, aussi bien sur le plan financier qu'organisationnel. C'est pourquoi les efforts déployés pour renforcer et accélérer la mise en place d'un système de santé cohérent, collaboratif et numérique se poursuivront dans les années à venir.

Deux exemples d'initiatives planifiées dans le but de répondre à ces défis sont exposés ci-dessous.

L'une des initiatives prévues pour répondre aux défis démographiques du Danemark porte sur la réorganisation graduelle du système de santé afin que **davantage de citoyens reçoivent une offre de traitement, de réadaptation, de prévention et de soins infirmiers dans leur environnement immédiat** plutôt que dans des hôpitaux spécialisés. L'objectif est de faire en sorte que le traitement et le suivi des patients soient davantage assurés au niveau du secteur primaire (par les généralistes, les spécialistes, la municipalité et à domicile). Dans le cadre des efforts déployés pour ce faire, un nouvel accord politique sera mis en œuvre en 2022. Cet accord va simplifier et renforcer la structure actuelle dans les régions, et mettre en place des « **pôles santé** » contraignants et articulés autour de chacun des 21 services des urgences au Danemark. Les pôles santé seront composés de représentants de tous les secteurs, à savoir des hôpitaux/régions, des municipalités et des généralistes de la zone desservie par le service des urgences concerné. Ces pôles santé sont un instrument nécessaire pour que le système de santé danois soit durable à l'avenir, pour étayer la collaboration à travers le système de santé, et pour créer une cohérence pour les patients et leurs proches.⁶⁷ De plus, le gouvernement danois a récemment proposé d'établir 20 centres de santé locaux, hébergeant des fonctions hospitalières, des services municipaux et éventuellement des médecins généralistes, afin d'offrir aux patients des traitements cohérents, plus près de chez eux.⁶⁸

*21 pôles santé
vont être établis
pour renforcer les
services de santé
locaux.*

Une Stratégie des sciences de la vie et un groupe de travail public-privé ont été mis en place au Danemark.

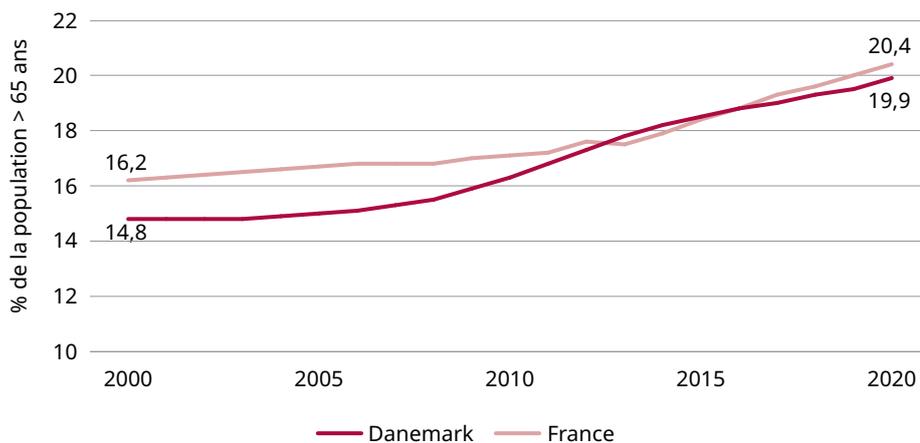
Le COVID-19 a mis en évidence l'importance d'un système de santé de premier ordre et d'une industrie des sciences du vivant innovante, ainsi que de l'interaction entre les deux. Adoptée en 2021 par un large consensus entre le gouvernement danois et différentes parties prenantes, la **Stratégie danoise des sciences de la vie** se fonde sur ces expériences pour répondre à d'autres défis en matière de santé, dont celui que représente l'augmentation du nombre de personnes âgées et de malades chroniques. Une partie de la Stratégie danoise des sciences de la vie est ainsi consacrée au besoin de renforcer la qualité en matière de prévention, de traitement et de réadaptation des maladies chroniques, de renforcer la cohérence entre les secteurs et de réduire les inégalités face aux maladies chroniques. A cette fin, la stratégie a entre autres alloué 550 000 euros en 2021 et 2022, et 520 000 euros en 2023 à un **groupe de travail chargé des initiatives ciblant les maladies chroniques et les inégalités en matière de santé**. Ce groupe de travail bénéficie d'une large participation d'acteurs publics et privés, notamment du Ministère de la Santé, de l'Agence nationale de la santé, de l'Autorité danoise des données de santé, du Ministère de l'industrie, des entreprises et des affaires financières, des régions danoises et de l'Association des collectivités locales du Danemark (KL), ainsi que l'industrie des sciences du vivant. Les travaux du groupe serviront de base pour renforcer la qualité en matière de prévention, de traitement et de réadaptation des maladies chroniques, renforcer la cohérence entre les secteurs et réduire les inégalités face aux maladies chroniques. Un élément central de l'initiative consiste à appuyer la collecte, l'utilisation et le partage systématiques des données dans le cadre des efforts municipaux et des processus mis en place entre les municipalités, les généralistes et les hôpitaux. En outre, le groupe de travail procédera à une analyse des secteurs dans lesquels les nouvelles technologies sont susceptibles de contribuer à la bonne qualité des traitements et à accroître l'implication des professionnels de la santé.^{69 70}

ANNEXE A INDICATEURS DE SANTÉ

Démographie

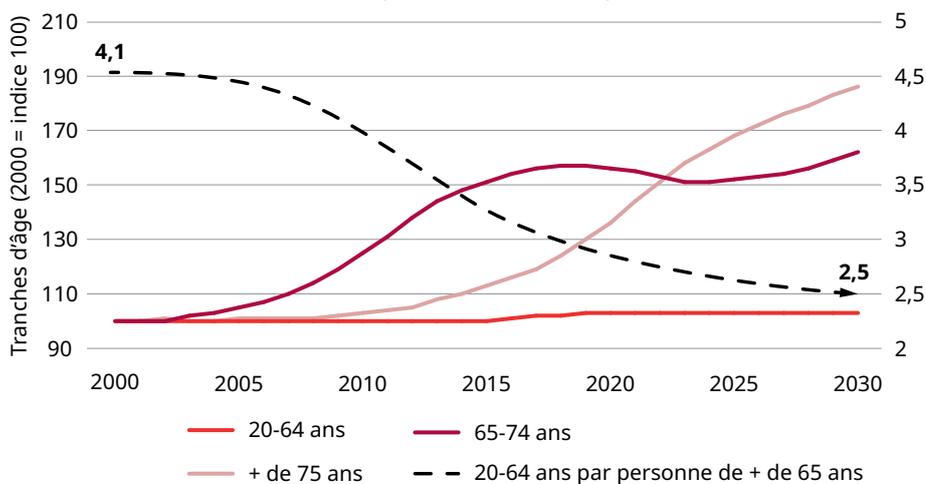
Comme beaucoup d'autres pays européens, le Danemark compte une **proportion croissante de personnes âgées**, comme le montre la part croissante de la population âgée de plus de 65 ans (cf. Figure 7). Cette évolution est très similaire à celle de la France.

Figure 7 Part de la population âgée de plus de 65 ans ⁷¹



La Figure 8 montre de façon plus nuancée l'évolution démographique au Danemark. Tandis que la part de la population âgée de plus de 65 ans augmente, la tranche d'âge des 20-64 ans, qui font partie de la population active du pays, reste relativement constante. Le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans par personne de plus de 65 ans est donc en constante diminution, ce qui signifie qu'il y aura de moins en moins de contribuables et de personnels de santé potentiels pour financer et prendre en charge la population vieillissante.

Figure 8 Evolution démographique au Danemark – évolution dans le nombre de contribuables et de personnels de santé potentiels ⁷²



Dans le même temps, l'espérance de vie à la naissance au Danemark a augmenté de près de cinq ans et est passée de 76,9 ans en 2000 à 81,6 ans en 2020. Sur la même période, l'espérance de vie en France a augmenté de trois

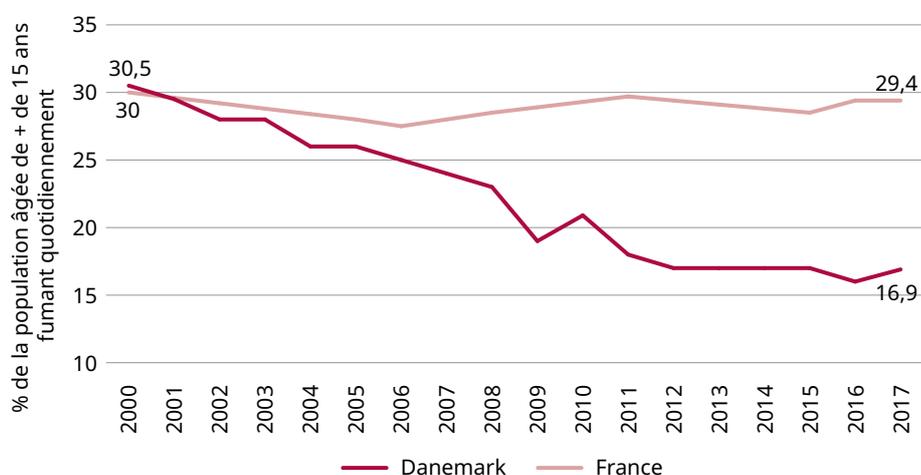
Facteurs de risque pour la santé

ans pour passer de 79,2 en 2000 à 82,3 en 2020. Les femmes danoises ont une espérance de vie plus élevée (83,6 ans en 2020) que les hommes danois (79,6 ans en 2020). Il en va de même en France, où l'espérance de vie était en 2020 de 85,3 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes.

Comparé au reste du monde, l'état de santé des Danois est considéré comme relativement bon. Plusieurs facteurs de risque viennent toutefois compromettre cet état de santé, les plus communs d'entre eux étant **l'obésité et la consommation de tabac et d'alcool**.

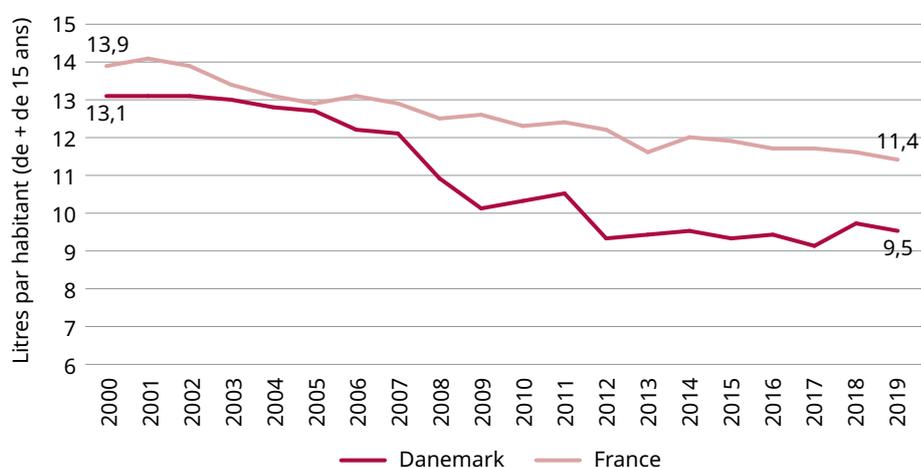
17 % des adultes danois **fumaient quotidiennement** en 2017. Ce pourcentage a chuté depuis 2000, où il était de 30 %. Par contraste, alors que le pourcentage était approximativement le même en 2000, la France a connu une augmentation du nombre de personnes fumant quotidiennement, qui est maintenant significativement plus élevé qu'au Danemark (cf. Figure 9).

Figure 9 Evolution de la prévalence du tabagisme quotidien ⁷⁵



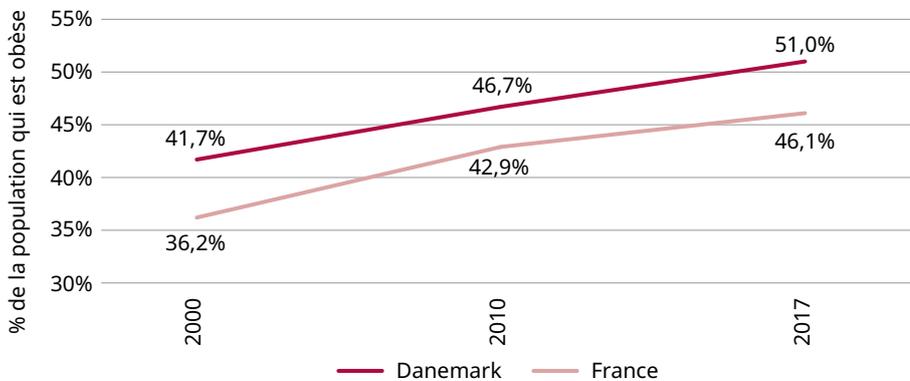
En 2017, 37 % des adultes danois déclaraient avoir **une forte consommation régulière d'alcool**. Ceci fait de la consommation d'alcool un important problème de santé publique au Danemark.⁷⁶ Cependant, la consommation d'alcool a diminué depuis 2000, et, en 2019, cette consommation s'élevait à 9,5 litres par habitant (de + de 15 ans). Celle-ci est inférieure à celle de la France, qui était de 11,4 litres par habitant en 2020 (cf. Figure 10).

Figure 10 Evolution de la prévalence de la consommation d'alcool ⁷⁷



Le **taux d'obésité** au Danemark était de 51 % en 2017. Comme dans beaucoup d'autres pays, cette prévalence est croissante, ce qui est également le cas en France. Toutefois, le taux d'obésité du Danemark est supérieur à celui de la France (cf. Figure 11).⁷⁸

Figure 11 Evolution de la prévalence de l'obésité ⁷⁹



Les principales causes de décès au Danemark sont **le cancer et les maladies cardiovasculaires et respiratoires**, qui sont liés aux facteurs comportementaux de risques pour la santé mentionnés plus haut. A titre d'exemple, le cancer du poumon reste la cause la plus fréquente de décès dû au cancer parmi la population danoise.

Si l'on étudie de plus près la population vieillissante du Danemark, on constate que près de la moitié des plus de 65 ans souffrent d'au moins une maladie chronique. Par ailleurs, l'espérance de vie à 65 ans est de 19,6 ans, dont 8,1 avec un handicap.⁸⁰ Le nombre de décès dus aux troubles du comportement ou mentaux a augmenté au Danemark depuis 2000 (cf. Figure 12). Par comparaison, ce nombre est resté relativement stable en France.⁸¹

Figure 12 Evolution du nombre de décès pour 100 000 habitants dus aux troubles mentaux et du comportement au Danemark et en France ⁸²

Année	2000	2008	2016
Danemark	29,3	52,2	54,8
France	27,6	23,3	27,0

Il s'avère que le vieillissement de la population, les facteurs comportementaux de risques pour la santé et les difficultés croissantes dans le domaine de la santé mentale constituent des défis majeurs pour les autorités sanitaires, notamment en matière de coûts. Les réalisations en termes d'efficacité et de rentabilité économique du système de santé sont à mettre en relation avec ces défis considérables – des défis qui sont très similaires à ceux rencontrés par les autres pays européens. Dans certains domaines (consommation de tabac et d'alcool – et maladies associées) la société danoise est confrontée à des défis plus importants que celles de beaucoup d'autres pays.

Par comparaison avec d'autres pays européens, **la durée moyenne de séjour** par habitant au Danemark est très faible, avec 5 journées d'hospitalisation par millier d'habitants.⁸³ Le Danemark a atteint ce résultat en réduisant le nombre de sorties d'hôpital retardées (par ex. la durée de séjour des patients n'ayant plus besoin de rester à l'hôpital a été réduite). Cela signifie également que le nombre de lits d'hôpital par habitant au Danemark est faible comparé aux autres pays de l'OCDE comme la France (cf. Figure 13). En outre, la durée moyenne de séjour (DMS) dans les hôpitaux est relativement faible au Danemark (cf. Figure 14). Ces chiffres ont progressivement diminué au cours des dix dernières années, sans réduction perceptible de la qualité.⁸⁴ Ceci signifie que le système hospitalier danois fonctionne plus efficacement qu'auparavant.⁸⁵

Dépenses de santé

Figure 13 Evolution du nombre de lits en hôpitaux par habitant ⁸⁶

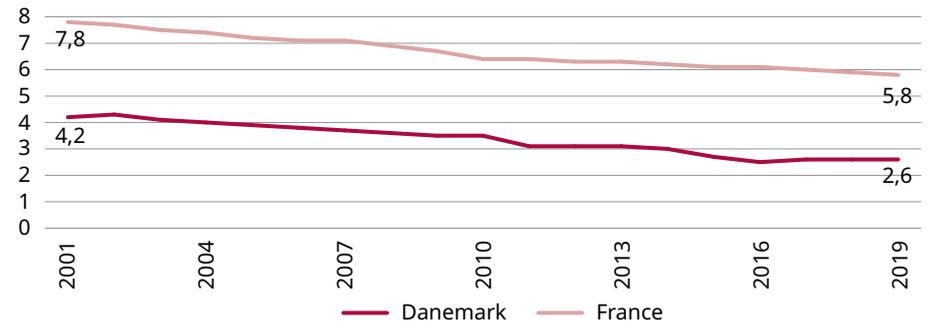
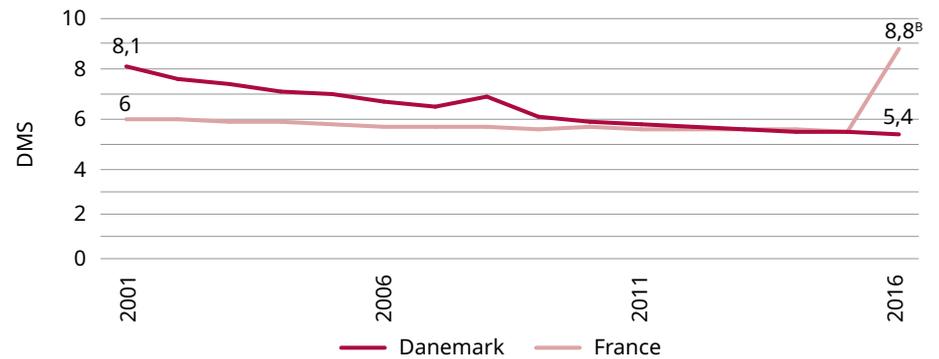


Figure 14 Evolution de la Durée Moyenne de Séjour ⁸⁷



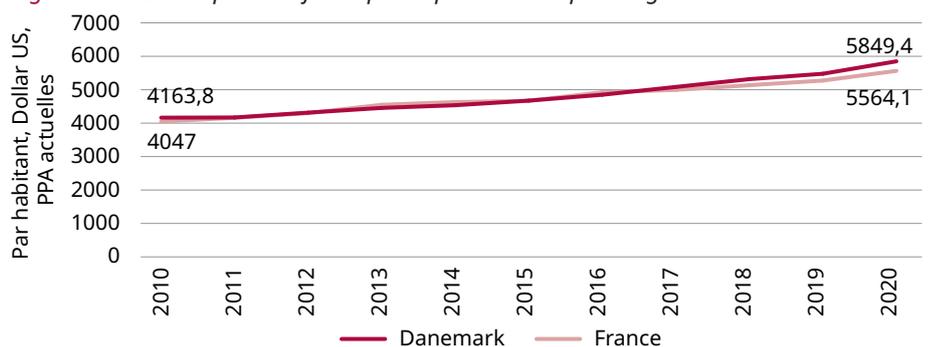
Légende : B = Discontinuité des données

Le nombre d'employés d'hôpital par lit est en revanche presque 2,5 fois plus élevé au Danemark qu'en France.⁸⁸ En 2018, il y avait presque 7,9 employés par lit au Danemark, contre 3,3 en France.

De plus en plus d'activités ayant désormais lieu en ambulatoire, le calcul du nombre de lits et de la durée moyenne de séjour est devenu moins pertinent. Le Danemark a par conséquent modifié la définition du séjour à l'hôpital. Auparavant, une journée d'hospitalisation était définie comme une admission dans un lit prescrit. Aujourd'hui, les statistiques font la distinction entre les patients hospitalisés et les patients externes. Le séjour d'un patient hospitalisé est défini comme un séjour de 12 heures ou plus, tandis que le séjour d'un patient externe est défini comme un séjour d'une durée inférieure à 12 heures à l'hôpital.⁸⁹ De 2009 à 2018, le nombre de séjours de patients somatiques externes a augmenté de 40 % dans les hôpitaux danois.⁹⁰

Le **coût des dépenses de santé par habitant** s'élevait à 5 849,4 USD au Danemark en 2020 (cf. Figure 15). Au total, les dépenses de santé représentaient 10,6 % du PIB du Danemark et 12,4 % du PIB en France en 2020.⁹¹ Au Danemark, les dépenses de santé ont augmenté à un rythme modéré au cours des dix dernières années, ce qui est similaire à la situation en France. Dans l'ensemble, les dépenses de santé des deux pays sont relativement similaires.

Figure 15 Development of cost per capita health spending ⁹²



RÉFÉRENCES

- ¹ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ² Ministère de l'Intérieur et de l'Economie, 2013 : Evaluation of the Local Government Reform March 2013
- ³ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ⁴ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- ⁵ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ⁶ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays. 2021. Pp. 8.
- ⁷ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays. 2021. Pp. 10.
- ⁸ The Commonwealth Fund, 2020. International Health Care System Profiles.
- ⁹ VIVE, Tange Larsen, A., Bonde Klausen M. and Højgaard, B., 2020 : Primary Health Care in the Nordic Countries. Comparative Analysis and Identification of Challenges.
- ¹⁰ Ministère des Affaires Sociales et de l'Intérieur, 2020 : Generale tilskud til regionerne 2021. Juin 2021
- ¹¹ Ministère des Affaires Sociales et de l'Intérieur, 2020 : Generale tilskud til regionerne 2021. Juni 2021
- ¹² Vallgård, S & Krasnik, A (red), 2016, Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. 3 udgave, Munksgaard, København.
- ¹³ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ¹⁴ The Commonwealth Fund, 2020. International Health Care System Profiles.
- ¹⁵ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ¹⁶ Agence nationale de la santé, 2022 : Responsibilities.
- ¹⁷ Agence nationale de la santé, 2007. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2
- ¹⁸ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ¹⁹ Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records." Clinical epidemiology vol. 11, 563-591.
- ²⁰ Ministère de la Santé, 2018 : National goals of the Danish Healthcare System
- ²¹ Ministère de la Santé, Régions danoises, Association des collectivités locales danoises, 2021. Nationale mål for sundhedsvæsenet.
- ²² Site web du Ministère de la Santé 2021 : <https://sum.dk/temaer/8-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>

- ²³ Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish healthcare system and epidemiological research: from health care contacts to database records." Clinical epidemiology vol. 11, 563-591.
- ²⁴ The Commonwealth Fund, 2020. International Health Care System Profiles.
- ²⁵ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ²⁶ Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records." Clinical epidemiology vol. 11, 563-591.
- ²⁷ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ²⁸ OCDE, 2021. Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ²⁹ CEPOS, 2019 : Privathospitalernes markedsandele er halveret på 10 år. Notat. Af Mia Amalie Holstein. Lien vers l'article : Privathospitalernes markedsandele er halveret på 10 år (cepos.dk)
- ³⁰ Christiansen, T, 2012: Ten years of structural reforms in Danish healthcare. Health Policy, Volume 106, Issue 2, July 2012, Pages 114-119
- ³¹ Christiansen, T., Vrangbæk, K. Hospital centralization and performance in Denmark – ten years on. COHERE discussion paper No.7/2017. University of Southern Denmark.
- ³² Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ³³ Ministère de la Santé, 2021 : The Danish Super Hospital Programme
- ³⁴ Ministère de la Santé, 2021 : The Danish Super Hospital Programme
- ³⁵ Ministère de la Santé, 2021 : The Danish Super Hospital Programme
- ³⁶ The Commonwealth Fund, 2020. International Health Care System Profiles.
- ³⁷ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ³⁸ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ³⁹ Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records." Clinical epidemiology vol. 11, 563-591
- ⁴⁰ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- ⁴¹ Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records." Clinical epidemiology vol. 11, 563-591
- ⁴² Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records." Clinical epidemiology vol. 11, 563-591.
- ⁴³ Ministère de la Santé et Healthcare Denmark, 2017 : Healthcare in Denmark. An Overview.
- ⁴⁴ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ⁴⁵ OCDE, 2021 : Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2021
- ⁴⁶ Agence nationale de la santé, 2021. Health agreements.

- ⁴⁷ Ministère de la Santé, 2018. Executive order on health coordination committees and health agreements – legal information.
- ⁴⁸ Region Midtjylland, 2019. Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance
- ⁴⁹ All Can, 2021. Danish Cancer Patient Pathways: three-legged strategy for faster referral and diagnosis of cancer.
- ⁵⁰ Agence nationale de la santé, 2020. Kræftpakkeforløb og opfølgingsprogrammer for fagfolk. Materiale til fagfolk
- ⁵¹ Agence nationale de la santé, 2020. Kræftpakkeforløb.
- ⁵² Agence nationale de la santé, 2020. Hjertesygdom. Anbefalinger og vejledninger
- ⁵³ Dansk Cardiologisk selskab, 2021. Hjerterehabilitering
- ⁵⁴ Dansk Cardiologisk selskab, 2021. Hjerterehabilitering
- ⁵⁵ Steno Diabetes Centre, 2021. Establishment of five danish steno diabetes centres.
- ⁵⁶ Fondation Novo Nordisk, 2021. Steno Diabetes Centre.
- ⁵⁷ Ministère des affaires étrangères du Danemark, 2021. Denmark sets the agenda for digital healthcare.
- ⁵⁸ Ministère des affaires étrangères du Danemark, 2021. Denmark sets the agenda for digital healthcare.
- ⁵⁹ Health EUROPA, 2021: COVID-19's influence on digital healthcare in Denmark. Health Policy News, 8th July 2021: <https://www.healtheuropa.eu/covid-and-digital-healthcare-in-Danemark/109800/>
- ⁶⁰ Health Europa, 2021. COVID-19's influence on digital healthcare in Denmark.
- ⁶¹ Ministère danois de la santé, Ministère danois des finances, Régions danoises, Association des collectivités danoises, 2018 : A Coherent and Trustworthy Health Network for All DIGITAL HEALTH STRATEGY 2018–2022.
- ⁶² Healthcare Denmark, 2021. Danish e-health portal sets a new record with high visitor numbers.
- ⁶³ Statistic Denmark, 2019-2020. Life expectancy.
- ⁶⁴ Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C, 2012. Health system review. Health Systems in Transition, 14(2):1–192.
- ⁶⁵ Healthcare Denmark, 2021. The Danish Approach to Mental Health.
- ⁶⁶ Région du Jutland central, 2018. Behovet for velfærdsuddannede i Region Midtjylland
- ⁶⁷ Gouvernement danois, Régions danoises, Association des collectivités danoises, 2021. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger).
- ⁶⁸ Gouvernement danois, 2021. Tættere på II. Sundhed, uddannelse og lokal udvikling.
- ⁶⁹ Ministère de l'industrie, des entreprises et des affaires financières, 2021 Agreement on a strategy for life science.
- ⁷⁰ Ministère de la santé, 2021. Ny task force målrettet kronisk sygdom og ulighed i sundhed skal styrke kvalitet og sammenhæng og på samme tid styrke dansk life science: <https://sum.dk/nyheder/2021/april/ny-task-force-maalrettet-kronisk-sygdom-og-ulighed-i-sundhed-skal-styrke-kvalitet-og-sammenhaeng-og-paa-samme-tid-styrke-dansk-life-science>

- ⁷¹ Statistiques de l'OCDE. Références démographiques : Population par structure d'âge.
- ⁷² Danmarks Statistik, 2021. Statistikbanken.dk, FOLK2 og FRDK117.
- ⁷³ Statistiques de l'OCDE. Etat de santé – Espérance de vie.
- ⁷⁴ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ⁷⁵ Statistiques de l'OCDE. Etat de santé – Déterminants non-médicaux de la santé : Consommation de tabac.
- ⁷⁶ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ⁷⁷ Statistiques de l'OCDE. Etat de santé – Déterminants non-médicaux de la santé : Consommation d'alcool.
- ⁷⁸ Statistiques de l'OCDE. Indicateurs de santé, Déterminants non-médicaux de la santé, Population en excès de poids ou obèse, auto-déclarée.
- ⁷⁹ Statistiques de l'OCDE. Etat de santé – Déterminants non-médicaux de la santé : Masse pondérale.
- ⁸⁰ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ⁸¹ Statistiques de l'OCDE. Etat de santé – Mortalité.
- ⁸² Statistiques de l'OCDE. Etat de santé – Mortalité.
- ⁸³ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ⁸⁴ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ⁸⁵ Etat de la santé dans l'UE. Danemark. Profil de santé par pays 2019.
- ⁸⁶ Statistiques de l'OCDE. Ressources en santé – Lits en hôpitaux.
- ⁸⁷ Statistiques de l'OCDE. Ressources en santé.
- ⁸⁸ Statistiques de l'OCDE. Ressources en santé – Lits en hôpitaux et Emploi total dans les hôpitaux
- ⁸⁹ Autorité danoise des données de santé, 2019 : Nye nøgletal for indlagte og ambulante patienter på sygehuse. 19. december 2019
- ⁹⁰ Autorité danoise des données de santé, 2019 : Nye nøgletal for indlagte og ambulante patienter på sygehuse. 19. december 2019
- ⁹¹ Statistiques de l'OCDE. Dépenses de santé et financement.
- ⁹² Statistiques de l'OCDE. Dépenses de santé et financement.



www.um.dk/da/danida

FR	EN - Original in French
<p>LES CHANGEMENTS NÉCESSAIRES POUR UN RÉSEAU + HUMAIN + PERFORMANT</p>	<p>CHANGES NEEDED FOR A MORE STREAMLINED, PEOPLE-ORIENTED NETWORK</p>
<p>LES FONDATIONS + POUR LE PERSONNEL Formation, rétention et recrutement massif de personnel Meilleure organisation du travail pour offrir de meilleures conditions d'exercice et une meilleure conciliation vie personnelle-travail Allègement des tâches administratives du personnel clinique Élimination du recours au temps supplémentaire obligatoire Meilleur encadrement du recours aux agences privées de placement de personnel Autonomie accrue aux différents professionnels de la santé et des services sociaux basée sur l'interdisciplinarité et le décloisonnement des professions + DE DONNÉES Accès complet pour le citoyen à ses propres informations de santé et meilleur accès aux données pour les gestionnaires et les chercheurs + DE TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION Plan ambitieux de modernisation technologique qui permettra de simplifier les tâches administratives et de déployer un seul dossier santé numérique pour chaque patient partout dans le réseau + DE MODERNITÉ Rénovation des CHSLD vétustes Nouveaux hôpitaux à la fine pointe permettant l'ajout de lits</p>	<p>FOUNDATIONS MORE FOR STAFF Staff training, retention and mass recruitment Better work organization resulting in better working conditions and work-life balance Less red tape for clinical staff No more mandatory overtime Effective supervision of private employment agencies Greater autonomy for various health and social services professionals based on a cross-disciplinary approach that aims to break down barriers between professions MORE DATA Full access for citizens to their health information and better data access for managers and researchers BETTER INFORMATION TECHNOLOGY SERVICES Ambitious technological modernization plan that will streamline administrative work and deploy a single digital health record for every patient across the network MORE MODERN Renovation of run-down CHSLDs New state-of-the-art hospitals with more beds</p>
<p>+ D'ACCESSIBILITÉ Véritable prise en charge au sein d'un groupe de médecine familiale, pour des consultations dans des délais raisonnables, pour tous Mode de rémunération des médecins favorisant une véritable prise en charge Guichet d'accès à la première ligne (GAP) : service téléphonique permettant non seulement d'obtenir des conseils en santé, mais aussi une prise de rendez-vous si une consultation est nécessaire Services de télésanté permettant d'avoir une consultation médicale sans avoir à se déplacer Rôle accru pour les infirmières praticiennes spécialisées Davantage d'autonomie et de services offerts par les pharmaciens</p>	<p>IMPROVED ACCESSIBILITY Proper patient care in family medicine groups, resulting in timely consultations for all Physician compensation for more comprehensive patient management Frontline services access desk, phone support that provides health advice and appointment scheduling if a consultation is required Telehealth services that provide medical attention without having to travel Bigger role for specialized nurse practitioners Greater autonomy and more services provided by pharmacists Extensive efforts to catch up on surgeries postponed during the pandemic</p>

<p>Grand rattrapage des chirurgies pour combler le retard accumulé durant la pandémie</p> <p>Réduction du temps d'attente aux urgences avec l'ajout de lits et une meilleure gestion de ces lits</p> <p>Modernisation des services préhospitaliers impliquant l'élargissement du champ de pratique des techniciens ambulanciers paramédics</p> <p>Davantage d'outils d'autosoins pour la population</p> <p>Plan de valorisation de la médecine familiale</p>	<p>Reduced emergency room wait times by adding more beds and improving their management</p> <p>Modernization of pre-hospital services by expanding the emergency medical technicians' scope of practice</p> <p>Broader range of self-care tools for the population</p> <p>Plan for improving family medicine</p>
<p>+ POUR NOS ÂÎNÉS ET PERSONNES VULNÉRABLES</p> <p>Virage massif vers les soins à domicile</p> <p>Plus de soutien et de répit pour les personnes proches aidantes</p> <p>Construction de maisons des aînés offrant des milieux de vie adaptés, à échelle humaine</p> <p>Soutien accru aux groupes communautaires</p> <p>Plan d'action en suivi de la nouvelle Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée</p> <p>Standardisation des systèmes d'évaluation de qualité de tous les milieux de vie, peu importe leur statut ou leurs clientèles</p> <p>Pouvoir d'enquête accru à l'égard des résidences privées pour aînés, des CHSLD privés et des ressources intermédiaires</p> <p>Repas de meilleure qualité pour nos aînés en CHSLD</p>	<p>BETTER SERVICES FOR SENIORS AND VULNERABLE PEOPLE</p> <p>Massive shift to home-based care</p> <p>Additional support and relief for informal and family caregivers</p> <p>Construction of senior's homes providing adapted, people-centred living environments</p> <p>Extra support for community groups</p> <p>Long-term housing, care, and services policy follow-up action plan</p> <p>Standardization of quality assessment systems across all residential care facilities, regardless of their status or clientele</p> <p>Broad investigative powers over private seniors' residences, CHSLDs and intermediate resources</p> <p>Better quality meals for seniors living in CHSLDs</p>
<p>+ POUR LA SANTÉ MENTALE</p> <p>Services de proximité et orientation des jeunes vers le bon intervenant au bon moment en améliorant l'accès aux services de santé mentale</p> <p>Partenariats avec les organismes communautaires</p>	<p>MORE FOCUS ON MENTAL HEALTH</p> <p>Outreach services and timely referral of young people to the right care providers resulting in quicker access to mental health services</p> <p>Partnerships with community organizations</p>
<p>+ POUR LES JEUNES</p> <p>Mise en oeuvre des recommandations de la commission Laurent, pour réformer le système de protection de la jeunesse et mieux protéger les enfants vulnérables</p>	<p>MORE FOR YOUTH</p> <p>Implementation of the Laurent Commission recommendations for meaningful changes to the youth protection system and better protection of vulnerable children</p>
<p>+ DE PRÉVENTION</p>	<p>MORE PREVENTION MEASURES</p>

<p>Plan visant l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales ayant un impact sur la santé</p> <p>Plus d'importance accordée à la prévention et la promotion des saines habitudes de vie pour diminuer la demande en soins curatifs</p> <p>Effort accru pour le dépistage des cancers</p>	<p>Plan to improve people's well-being and quality of life, and reduce social inequalities affecting their health</p> <p>Increased focus on prevention and promotion of healthy lifestyles to reduce the burden of curative care</p> <p>More cancer screening initiatives</p>
<p>+ DE PRÉPARATION</p> <p>Stratégie nationale de préparation à une prochaine pandémie</p> <p>Réforme du secteur de la santé publique pour plus d'indépendance, de transparence et d'efficacité</p> <p>+ D'INNOVATION</p> <p>Rôle accru du privé et du communautaire en santé, dans le respect de l'universalité, l'accessibilité et la gratuité du système public</p> <p>Soutien à la recherche pour de meilleurs traitements et médicaments aux patients</p> <p>Adoption accélérée des pratiques innovantes</p>	<p>BETTER PREPARATION</p> <p>Provincial strategy on planning for the next pandemic</p> <p>Public health sector reform for greater independence, transparency and efficiency</p> <p>MORE INNOVATION</p> <p>Enhanced role of the private sector and community organizations in health while providing free universal and accessible healthcare</p> <p>Research support to develop better treatments and medication for patients</p> <p>Fast-tracked implementation of innovative practices</p>
<p>+ D'EFFICACITÉ</p> <p>Financement aux établissements axé sur le patient</p> <p>Évaluation de la pertinence et la performance des soins et services en mettant à profit l'expertise de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux et de l'Institut de pertinence des actes médicaux</p> <p>Mesure périodique de la satisfaction de la clientèle du réseau de santé</p> <p>Hausse nécessaire du Transfert canadien en matière de santé</p> <p>Publication périodique d'un tableau de bord national et régional sur l'atteinte des objectifs du plan stratégique et des priorités</p> <p>Partage des données sur la performance du réseau québécois avec l'Institut canadien de l'information de la santé et d'autres organisations autonomes reconnues pour permettre une comparaison sur une base de valeur avec les</p>	<p>INCREASED EFFICIENCY</p> <p>Funding for facilities treating patients</p> <p>Assessment of the relevance and quality of care and services that draws on the expertise of Institut national d'excellence en santé et en services sociaux and Institut de pertinence des actes médicaux</p> <p>Periodic measurement of health network client satisfaction</p> <p>Increased Canada Health Transfer</p> <p>Regular publication of a national and regional dashboard on meeting strategic plan objectives and priorities</p> <p>Sharing of Quebec network performance data with the Canadian Institute for Health Information and other recognized independent organizations to enable a value-based comparison with other Canadian provinces and jurisdictions around the world</p>

<p>autres provinces canadiennes et juridictions dans le monde</p>	
<p>+ D'AUTONOMIE</p> <p>Plan de décentralisation du système de santé et de services sociaux afin de rendre le réseau plus efficace et imputable des résultats et assurer une stabilité organisationnelle</p> <p>Séparation des orientations et des opérations entre le Ministère et le réseau</p> <p>Cadre responsable dans les installations principales du réseau</p> <p>Performance des gestionnaires mesurée en fonction des priorités que sont la satisfaction des patients, la pertinence et la valeur des soins</p>	<p>GREATER AUTONOMY</p> <p>Plan to decentralize the health and social services system to make the network more efficient and accountable and ensure organizational stability</p> <p>Division of policy directions and operations between MSSS and the network</p> <p>Executive sponsor at the main network facilities</p> <p>Managers' performance measured by priorities such as patient satisfaction, relevance and value-based care</p>
<p>21-210-218W © Gouvernement du Québec, 2022</p>	<p>21-210-218W © Gouvernement du Québec, 2022</p>