



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Center

La profession infirmière
au fil des rapports KCE:
vive la multidisciplinarité !



- KCE ?
- Position paper on chronic care
- Multidisciplinary @ Home:
 - Hospital @ home
 - Post-partum care
 - After care for patients with severe burn injuries



- Multidisciplinary @ Hospital:
 - Internal geriatric liaison teams
 - Multidisciplinary team meetings in oncology
 - Care for complex or rare cancers



- Last but not least « Performance of the Belgian health care system »



KCE : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg - Centre fédéral d'Expertise des soins de santé

Onafhankelijk advies aan
beleidsmakers over alle
aspecten van gezondheidszorg
en ziekteverzekering

- verzamelen en analyseren van **objectieve informatie** uit gegevens gezondheidszorg, wetenschappelijke literatuur en klinische praktijk
- hiermee **wetenschappelijke studies** uitvoeren en **expertise** opbouwen
- Zorgberoepen, economen, sociologen, jurist etc



De onderzoeksdomeinen van het KCE



1. **Ontwikkelen klinische praktijkrichtlijnen** (Good Clinical Practice): oncologie, enkeldistorsie, preop onderzoek, lage rugpijn etc.
2. **Evaluatie medische technologie en geneesmiddelen** (Health Technology Assessment, HTA): left ventricular assisted device, spine technologies, 3 D printing, Bevacizumab, cardiale screening bij jonge sporters etc.
3. **Organisatie en financiering van gezondheidszorg** (Health Services Research, HSR): gevangnissen, kindermishandeling, Patient related outcomes measurement, ziekenhuisfinanciering, position paper voor chronische zieken ...



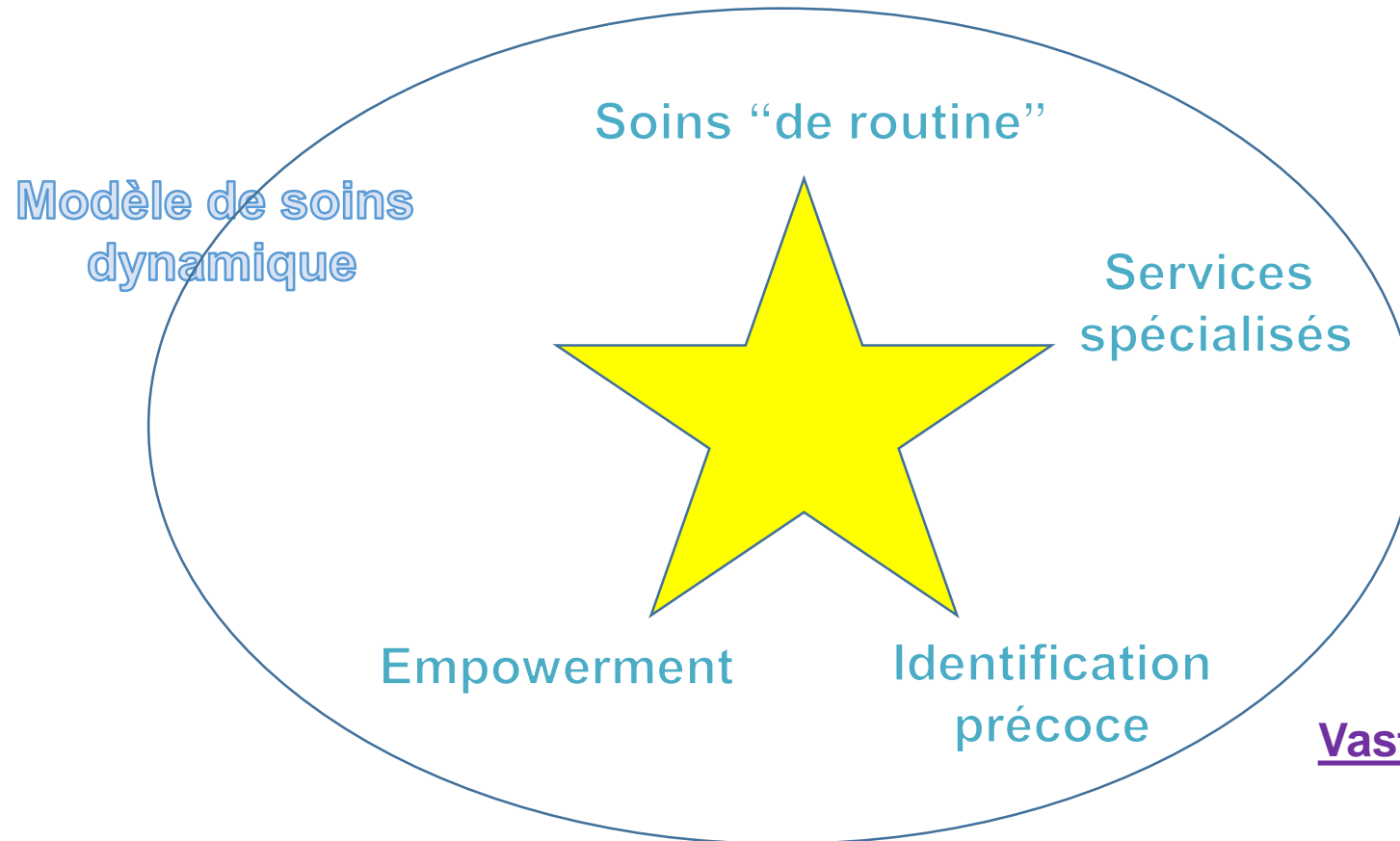


Position paper : organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique

KCE Reports 190B

Travail Multidisciplinaire : le fil rouge





**5 domaines,
20 recommandations
50 actions**

Vaste Collaboration:



- +/- 20 auteurs, > 10 affiliations
- 80 experts et stakeholders



Recommandation 1: travail en équipe **multidisciplinaire**

- Dossier partagé:
 - module spécifique « Maladies chroniques »
 - niveaux d'accès adaptés
 - Possibilité de regard du patient
- Outils d'évaluation partagés



Rec 5: Dans un environnement de soins cliniquement approprié, peu complexe



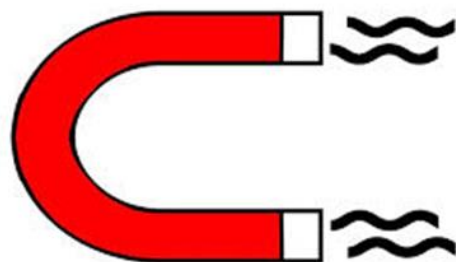
- **Soutien des aidants informels**
 - Services à domicile (repas, aide-ménagère, gardes)
 - Soutien financier
 - Avec mise à disposition d'informations
- **Interactions avec SOCIAL**
 - Services à domicile (repas, aide-ménagère)
 - Communauté active (prestataires de services, magasins...)
- **Alternatives aux hôpitaux et institutions**
e.a. soins de santé mentale, seniors



Recommandation 2: formation (de base et continuée)

Pour une nouvelle expertise...

- Evaluation des besoins
- Travail **Multidisciplinaire**
- Elaboration d'un plan de soins
- Leadership...



Recommandation 3: Attractivité des professions de première ligne



Rec 4: nouveaux rôles et délégation

• Diversification des rôles

- **Infirmier de pratique avancée**: titres variés < pays, 2 catégories:
 - Infirmiers praticiens : responsables d'activités médicales (prescription, diagnostic, screening...)
 - Infirmiers spécialisés dans un domaine: âge, lieu de soins, maladie...
- **Assistant de pratique** (Canada, Pays-Bas)
- **Coordination** (GB)
 - Gestionnaires de cas
 - « Community matrons »: planification/coordination des soins + soins



• Délégation

- **Canada**: professionnels spécialisés en aide à la personne
- **Grand-Bretagne**: assistants en soins de santé (auxiliaires infirmiers ou d'autres professions paramédicales)
- **Pays-Bas**: assistants/aides/soignants suivant un curriculum crescendo



6. Amélioration de la Qualité

- **Systèmes d'enregistrement**
 - données existantes?
 - analyse centralisée
- **Sélection d'indicateurs**
 - Pertinents, basés sur l'evidence
 - Cf références internationales
- **Feedbacks aux professionnels**
 - Via les associations professionnelles
- **Conditions de succès:** confidentialité, budget, culture professionnelle

7. Coordination des soins

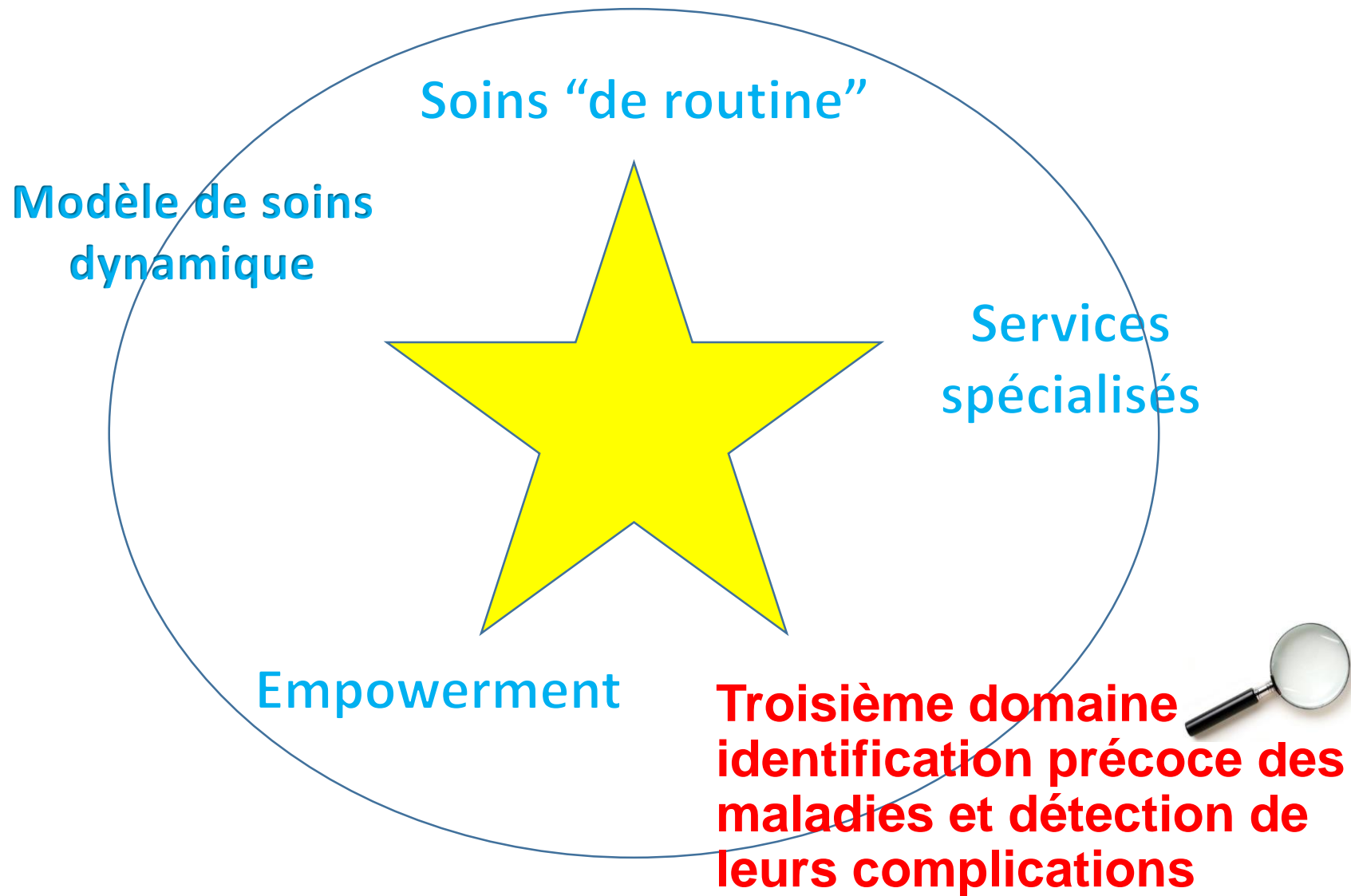
- **Un « gestionnaire de cas » si besoins complexes**
 - « Pur » (travailleur social)...versus professionnel de santé formé?
 - Analyse de risques
- **Structures de coordination**
 - Rôle: soutien des équipes de première ligne
 - Main dans la main: médical-social
 - Dédale actuel en Belgique

Second domaine: des services spécialisés aux moments critiques, sur la même longueur d'ondes que la première ligne



- **Continuité des soins** dans le cadre du plan de soins individualisé
- **Partage de savoirs** dans le domaine d'une spécialité
- **Dossier médical électronique et protocoles de soins partagés**
- **Gestionnaire de sortie** (« discharge manager »)





Quatrième domaine: soutenir l'empowerment du patient et de ses aidants informels



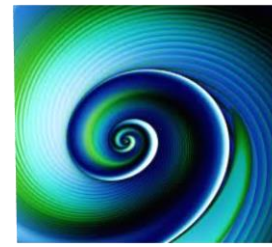
Empowerment ?

« Les patients acceptent la responsabilité de prendre en charge leur(s) condition(s) et sont encouragés à résoudre leurs problèmes grâce à une information (non un ordre) de la part des professionnels»

(Bodenheimer and al. 2002)



Domaine 5: tout ceci dans un modèle de soins « dynamique » ...



- **Rec 15: Savoir-faire scientifique:** guides de pratique, suivi des développements (internationaux) dans le domaine des maladies chroniques
- **Rec 16: Optimisation des structures de coordination** (entre prestataires - entre représentants des parties prenantes)
- **Rec 17: Accessibilité et équité** (géographique, listes d'attente, barrières financières:... versus les besoins)
- **Rec 18: Analyser les modes de paiement** et les faire évoluer un système de financement qui favorise la multidisciplinarité, la qualité des soins, la première ligne
- **Rec 19: Monitoring dynamique des RH**
- **Rec 20: Mise en œuvre et suivi de ce position paper** avec des indicateurs correspondant aux différentes actions





- Hospital @ home
- Post-partum care
- After care for patients with severe burn injuries



Thuishospitalisatie: opties voor een Belgisch model

KCE REPORT 250



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

IMPLEMENTATION OF HOSPITAL AT HOME: ORIENTATIONS FOR BELGIUM

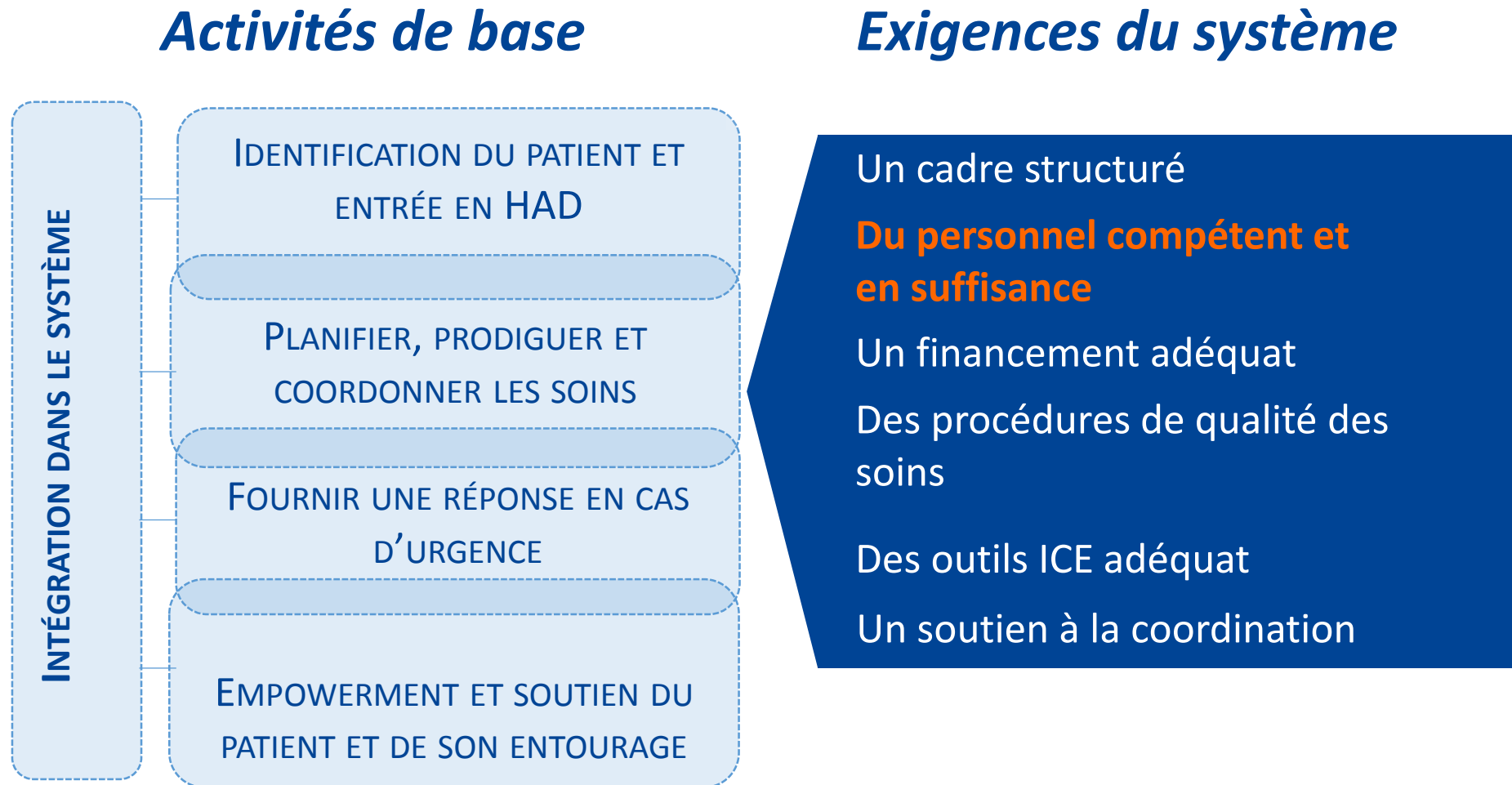


2015

www.kce.fgov.be

.be

Recommandations: activités de base qui doivent être réalisées et exigences auxquelles le système doit répondre.



PERSONNEL COMPETENT ET EN SUFFISANCE: Rôle du praticien de l'art infirmier dans une équipe multidisciplinaire en hospitalisation à domicile (HAD)

- Rôle majeur: **soins - coordination**
- Pour assurer ce rôle dans les meilleures conditions:
 - Pour les interventions complexes fréquemment effectuées en HAD:
 - Développement de **programmes d'éducation continue**
 - **Plateformes d'échange** avec le secteur hospitalier
 - **Nouvelles descriptions de fonction** sur base des projets pilotes
 - **Monitoring des ressources humaines**: HAD = nouvelle possibilité de spécialisation susceptible de renforcer l'**attractivité** du métier >< aggravation de la **pénurie** dans les hôpitaux et autres structures de soins



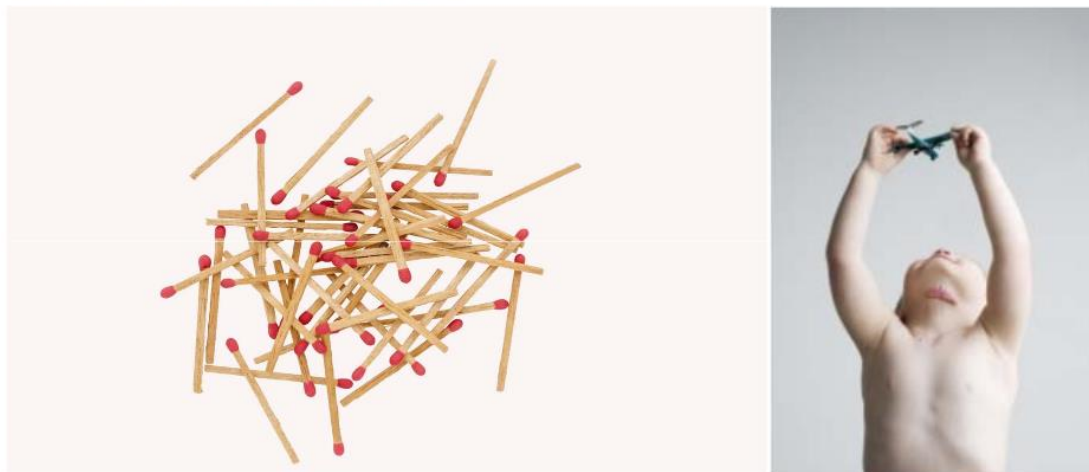
Organisatie van de nazorg bij patiënten met ernstige brandwonden

KCE REPORT 209



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

ORGANISATION OF AFTERCARE FOR PATIENTS WITH SEVERE BURN INJURIES



2013

www.kce.fgov.be

.be

Conclusions

Connaissance

- Manque de données épidémiologiques
- Absence de guidelines de qualité
- Pas de compétences spécifiques pour les soins de plaie chez les prestataires de première ligne

Organisation

- Usage sub-optimal des lits des centres pour grands brûlés
- Manque de standardisation du processus de soins

Paiement

- Suivi multidisciplinaire défavorisé par le système de paiement à l'acte
- Coûts élevés pour le patient

Recommandation 7: développer et mobiliser des compétences en matière de soins de brûlures en 1ère ligne

- Définition de ces compétences spécifiques et de critères pour les professionnels de la santé (e.a. infirmiers, kinés)
- Reconnaissance des professionnels qui répondent à ces critères avec accès (au remboursement de) aux procédures et services spécifiques;
 - En particulier, mise en oeuvre du titre particulier et qualifications professionnelles particulières en soins de plaie (AR 27/09/2006).
- Développement de programmes de formation continuée pour les infirmiers et kinésithérapeutes avec ces compétences particulières

De organisatie van de zorg na een bevalling: conclusie en aanbevelingen

KCE REPORT 232



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

CARING FOR MOTHERS AND NEWBORNS AFTER UNCOMPLICATED DELIVERY: TOWARDS INTEGRATED POSTNATAL CARE



2014

www.kce.fgov.be

.be

La durée de séjour après accouchement par voie vaginale sans complications peut être raccourcie à 72h ou moins SSI:

- Préparation de la période postnatale durant la grossesse grâce à des consultations prénatales avec une sage –femme, tôt dans la grossesse
- Développement du suivi postnatal à la maison par une sage-femme
 - Continuité des soins entre hôpital et domicile
 - **Collaboration** entre lignes de soins
- Organisation correcte des screenings en période postnatale

Collaboration interprofessionnelle et coordination des soins périnataux

Recommendation 1: Prioritise the organisation of follow-up at home in order to provide seamless postnatal care. **Interprofessional cooperation**, coordination between secondary and primary levels of care and monitoring quality of postnatal care need to be developed, supported and maintained.

Recommendation 2: Develop and implement **multidisciplinary perinatal care networks around each mother and newborn**, that share a computer-based care plan and care coordination tool
Appoint a perinatal care coordinator in each perinatal care network

Suivi postnatal @ la maison avec trajet de soins multidisciplinaire

Recommendation 4: After uncomplicated vaginal delivery:

- postnatal care in hospital up until 72 hours after birth
- seamless transfer from hospital to home by means of a clinical pathway
- follow-up at home ideally up until day 10.

Action points:

1. Organise postnatal follow-up at home by midwives (or GPs) (incl duty service and telephone support), for all mothers with uncomplicated vaginal delivery.
2. Develop and implement a **multidisciplinary clinical pathway** to ensure continuity of care between the hospital and the home setting and document the discharge process in the **shared web-based maternity record**





- Inpatient geriatric consultation teams
- Multidisciplinary team meetings in oncology
- Care for adults with rare or complex cancer



Globale geriatrische benadering: rol van de interne geriatriische liaison teams

KCE REPORT 245



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

COMPREHENSIVE GERIATRIC CARE IN HOSPITALS: THE ROLE OF INPATIENT GERIATRIC CONSULTATION TEAMS



2015

www.kce.fgov.be

.be

www.kce.fgov.be



Doelstelling:

Formuleren van aanbevelingen voor de organisatie en financiering van geriatrische liaison teams

Aanbevelingen (1)

De **acute geriatriediensten** blijven de **gouden standaard** inzake organisatiemodel voor de zorg voor gehospitaliseerde oudere personen met een **geriatriesch profiel**.

In de Belgische ziekenhuizen zijn er echter **investerings** nodig om gehospitaliseerde oudere patiënten ook op andere diensten te behandelen volgens de principes van de '**globale geriatriesche benadering**':

Aanbevelingen (2)

Behoud geriatrische liaison maar met:

een zekere flexibiliteit toelaten bij de toewijzing van deze middelen, zodat de ziekenhuizen kunnen experimenteren met **innoverende zorgmodellen** die zijn aangepast aan hun eigen context.

een platform voor het **uitwisselen van praktijkvoorbeelden** tussen de ziekenhuizen opzetten. Daarvoor moet worden geïnvesteerd in een team van experts die verantwoordelijk zijn voor kennisuitwisseling.

Deze experimenten moeten worden **geëvalueerd tijdens hun implementatie**.

Daarnaast moet er ook meer aandacht worden geschonken aan de **articulatie met externe geriatrische liaison en aan andere modellen die gericht zijn op de ambulante patiënten**.

Aanbevelingen - Ziekenhuizen

Een cultuur promoten waarbij alle professionals worden gesensibiliseerd voor de geriatrische benadering (kennisverspreiding, multidisciplinaire vergaderingen). Dit vereist aanhoudende inspanningen en ondersteuning vanwege het ziekenhuismanagement en -beheer.

10 jaar multidisciplinaire oncologische consulten: balans en vooruitzichten

KCE REPORT 239



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

TEN YEARS OF MULTIDISCIPLINARY TEAMS MEETINGS IN ONCOLOGY: CURRENT SITUATION AND PERSPECTIVES



2015

www.kce.fgov.be

.be

Consultations Oncologiques **multidisciplinaires** ?

*Réunions à l'hôpital entre plusieurs médecins de spécialités différentes,
afin de discuter de patients avec un diagnostic de cancer,
pour élaborer ensemble un plan de traitement à proposer.*



Suivant les hôpitaux, d'autres personnes assistent aussi à la réunion: infirmiers spécialisés en oncologie, psychologues, data managers.

Principales conclusions

- Augmentation du nombre de patients discutés en COM
- Impact sur la qualité des soins globalement considéré comme très positif
- La **multidisciplinarité** est la condition principale de la qualité et de l'efficacité des COM
- La collaboration des équipes hospitalières avec la Fondation Registre du Cancer est essentielle pour la politique de qualité des soins: améliorer le processus d'enregistrement des données pour optimiser leur exploitation.

RECOMMANDATION 1 pour augmenter le nombre de cas de cancers discutés en COM :

En principe, **tout diagnostic de cancer** devrait être porté en discussion en COM, indépendamment de l'organe concerné, du stade de la maladie ou de l'âge du patient

RECOMMANDATION 2 à l'INAMI pour favoriser la multidisciplinarité :

Adapter la nomenclature de manière à permettre la participation à la COM par vidéoconférences, sans présence physique (avec conditions de qualité et de confidentialité)

RECOMMANDATION 3: suggestions pour impliquer davantage les médecins généralistes dans la COM (sensibilisation, partage d'informations, canaux de communication...)

RECOMMANDATION 7 à l'attention du SPF santé Publique et administrations des entités fédérées: clarifier les rôles de support dans les soins oncologiques + pérennité



Zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker

KCE REPORT 219



ORGANISATION OF CARE FOR ADULTS WITH A RARE OR COMPLEX CANCER



2014

www.kce.fgov.be

.be

Situation actuelle

Dispersion des cancers rares/complexes dans tous les hôpitaux belges ayant un PGM de soins en oncologie

Pas de centre certifié pour des cancers rares

Tâtonnement diagnostique et thérapeutique, dispersion des ressources (personnel spécialisé, équipement, dilution de l'expertise)

Faible volume hospitalier → chances de survie compromises

Questionnement des patients: où se rendre pour maximiser ses chances de survie ?

Directive européenne (2011) sur les soins de santé transfrontaliers : prévoit la mise en place de réseaux européens de centres de référence pour les maladies rares

Centres de référence: expertise et multidisciplinarité

Equipes compétentes
Equipements de pointe

- Equipes médicales, infirmières et paramédicales spécialisées et expérimentées
- 1 campus
- Transfert systématique des patients vers les Centres de référence

Consultation Oncologique
Multidisciplinaire

- (Deuxième) COM spécialisée incluant les onco-coaches
- 'Super MOCs/COMs' pour discuter les cas difficiles
- Equipement pour MOC à distance

Soins centrés sur le
patients

- Médecin responsable agissant au nom de l'équipe multidisciplinaire
- Coordinateur de liaison (coaches en oncologie ou coordinateurs de soins en oncologie)

Finally ...



KCE REPORT 259B



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE - RAPPORT 2015












2015

www.kce.fgov.be

.be

Tableau 1 – Pictogrammes pour l'évaluation

	Bons résultats qui s'améliorent
	Bons résultats et tendance globalement stable ou non évaluée
	Bons résultats, mais qui se dégradent
	Résultats moyens qui s'améliorent
	Résultats moyens, tendance globalement stable ou non évaluée
	Résultats moyens, mais qui se dégradent
	Mauvais résultats, mais qui s'améliorent (signaux d'alarme)
	Mauvais résultats, tendance globalement stable ou non évaluée (signaux d'alarme)
	Mauvais résultats et qui se dégradent (signaux d'alarme)
C	Indicateur contextuel (aucune évaluation n'est fournie)

3 indicateurs sur l'accessibilité du système

Tableau 3 – Indicateurs de l'accessibilité des soins

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)	
Accessibilité financière									
A-1	Couverture de l'assurance maladie (% de la population)	●	98,9	2014	99,4	99,2	97,8	INAMI	---
A-2	Contribution personnelle (% des dépenses de santé totales)	●	17,9	2013	---	---	---	SHA	16,6 ⁽¹⁾
A-3	Contribution personnelle (en US \$ PPA/hab.)	●-	760	2013	---	---	---	SHA	595 ⁽¹⁾
A-4	Report déclaré des contacts avec les services de santé pour raisons financières (% des foyers)	●	8,0	2013	5,0	9,0	22,0	HIS	---
Ressources humaines									
A-5	Médecins en activité (/1000 hab.)	C	2,95	2013	---	---	---	INAMI	3,41 ⁽¹⁾
A-6	Infirmiers en activité (/1000 hab.)	C	9,51	2012	---	---	---	Cadastre ^a	10,77 ⁽¹⁾
A-7	Nombre d'offres d'emploi pour des infirmiers	C	2058	2013	---	---	---	SPF	---
NEW									
A-8	Nombre de patients par infirmier	●	10,7	2010	---	---	---	RN4CAST	9,0 ⁽²⁾
NEW									
Délais d'attente									
A-9	Délai de plus de 2 semaines pour voir un spécialiste (% de la population sollicitant un rendez-vous)	●	38,4	2013	38,6	38,9	36,0	HIS	---
NEW									

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable ou tendance non évaluée (vide), amélioration (+) ou détérioration (-).

Les résultats en gras indiquent les régions ayant un risque relatif plus élevé que 1,2 (ou plus bas que 0,83) en comparaison avec la région affichant les meilleurs résultats.

PPA = parité du pouvoir d'achat. ^a Les dernières données disponibles pour les infirmiers se basent sur le cadastre des professions de santé pour 2009. Une extrapolation pour les années suivantes a été réalisée par la Belgique en collaboration avec l'OCDE.

Sources des résultats pour les comparaisons internationales : ⁽¹⁾ Statistiques de santé 2015 de l'OCDE ; ⁽²⁾ étude RN4CAST.

1 indicateur « safety »

Tableau 6 – Indicateurs de la sécurité des soins

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)
Infections nosocomiales							
QS-1 <i>NEW</i> Prévalence des infections contractées à l'hôpital (% des patients hospitalisés)	●	7,1	2011	---	---	---	NSIH 5,7 ⁽¹⁾
QS-2 Incidence des infections à MRSA contractées à l'hôpital (/1000 séjours hospitaliers)	⊕	1,2	2013	0,7	1,5	0,9	NSIH ---
Complications après chirurgie ^a							
QS-3 <i>NEW</i> Incidence des embolies pulmonaires ou thromboses veineuses profondes postopératoires après pose d'une prothèse de hanche ou de genou (/100 000 sorties d'hôpital après prothèse de hanche ou du genou)	⊕	472	2012	330	720	595	RHM 385 ⁽²⁾
QS-4 Incidence des septicémies postopératoires après chirurgie abdominale (/100 000 sorties d'hôpital après chirurgie abdominale)	⊕	2114	2012	1780	2267	3118	RHM 1736 ⁽²⁾
Complications pendant une hospitalisation – qualité des soins infirmiers							
QS-5 Prévalence des escarres cat II-IV survenues à l'hôpital (% des patients hospitalisés)	●	5,1	2012	4,0	7,7	5,9	CFQAI ---
Polymédication							
QS-6 <i>NEW</i> Polymédication (5 médicaments différents ou plus au cours des dernières 24 heures) (% pop. de +65 ans)	⊕	27,4	2013	27,2	27,2	29,2	HIS ---
QS-7 <i>NEW</i> Polymédication excessive (9 médicaments différents ou plus au cours des dernières 24 heures) (% pop. de +65 ans)	●	5,6	2013	6,0	4,9	4,7	HIS ---

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable ou tendance non évaluée (vide), amélioration (+) ou détérioration (-).

Les résultats en gras indiquent les régions ayant un risque relatif plus élevé que 1,2 (ou plus bas que 0,83) en comparaison avec la région affichant les meilleurs résultats. MRSA = *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ; CFQAI = Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière ; NSIH = Surveillance Nationale des Infections Nosocomiales (ISP).

^a Patient Safety Indicators

Sources des résultats pour la comparaison internationale : ⁽¹⁾ Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies, sur la base de l'UE-30; ⁽²⁾ OECD Health at a Glance 2014 (la méthodologie n'est toutefois pas parfaitement comparable).

1 indicateur « safety » en résidentiel

Tableau 10 – Indicateurs des soins de longue durée aux personnes âgées (+65ans)

(ID) Indicateur		Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne) [BELGIQUE]	
Recours aux soins de longue durée									
LT-1	Soins de longue durée en MRPA/MRS (% pop. +65 ans)	C	8,4	2013	7,8	9,1	10,1	AIM	8,7 ⁽¹⁾
LT-2	Soins de longue durée à domicile ^a (% pop. +65 ans)	C	4,9	2013	5,2	4,7	3,2	AIM	4,1 ⁽¹⁾
LT-3	Aidants informels (% pop. +15ans)	C	9	2013	8	8	18	HIS	15,6 ⁽²⁾ [BE : 20,6]
Sécurité des personnes âgées									
LT-4 NEW	Chutes au cours des 12 derniers mois (% pop. +65 ans)	C	20	2013	19	19	28	HIS	---
Sécurité dans les soins résidentiels									
LT-5 NEW	Prévalence des escarres (grade II-IV) dans les MRPA ^a (% de résidents)	●	---	2013	3,97	---	---	VAZG	---
LT-6 NEW	Prévalence du portage du MRSA en MRPA/MRS (% de résidents)	+	12,2	2011	7,9	18,3	14,7	ISP	---

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable ou tendance non évaluée (vide), amélioration (+) ou détérioration (-).

Les résultats en gras indiquent les régions ayant un risque relatif plus élevé que 1,2 (ou plus bas que 0,83) en comparaison avec la région affichant les meilleurs résultats.

^a Les données des soins infirmiers à domicile de longue durée se basent sur la facturation des forfaits journaliers.

Sources des résultats pour les comparaisons internationales : ⁽¹⁾ OECD Health at a Glance 2013, mais aucune donnée publiée pour le Belgique ; ⁽²⁾ statistiques OCDE pour 2015 sur la base de l'enquête SHARE, portant sur la population de plus de 55 ans.

3 indicateurs sur la soutenabilité du système

Tableau 15 – Indicateurs de la soutenabilité du système de santé

(ID) Indicateur	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-15 (moyenne)		
Dépenses de santé et financement									
S-1	Dépenses de santé totales (% du PIB)	C	10,2	2013		N/A	SHA	9,5 ⁽¹⁾	
S-2	Dépenses de santé totales (€/hab.)	C	3619	2013		N/A	SHA	3860 US \$ PPP ⁽¹⁾ [BE: 4256\$]	
S-3	Dépenses de santé totales (% financé par le secteur public)	C	77,8	2013		N/A	SHA	77,0 ⁽¹⁾	
Contingent futur des travailleurs de la santé (flux entrant, flux sortant)									
S-4	Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 hab.)	C	10,2	2014	---	---	---	Cadastre	12,1 ⁽¹⁾
S-5	Nouveaux diplômés en médecine devenant MG (% des diplômés avec spécialisation médicale)	+	28	2013	29 ^b	26 ^b	---	INAMI	---
S-6	Âge des MG en exercice (ETP, âge moyen)	-	52,8	2013	---	---	---	INAMI	---
S-7	Médecins de +55 ans (% des médecins en activité)	-	43,2	2013	---	---	---	INAMI	34,8 ⁽¹⁾
S-8	Nouveaux diplômés infirmiers (/100 000 hab.)	C	47,1	2014	---	---	---	Cadastre	42,2 ⁽¹⁾
S-9	Étudiants infirmiers dans une formation de bachelier (% des nouveaux diplômés)	C	---	2014	53,5 ^b	61,3 ^b	---	Cadastre	---
S-10	Infirmiers de +50 ans (% des infirmiers en activité)	C	25,4	2009	23,7	25,1	28,2	Cadastre	---
Utilisation des installations									
S-11	Nombre de jours-lits en hôpitaux aigus (nombre/hab.)	●	1,1	2012	1,1	1,2	1,0	RHM	1,1 ⁽¹⁾
Innovation									
S-12	Indicateur W.A.I.T pour les médicaments innovants ^a (en jours)	+	368	2012	---	---	---	EFPIA	278 ⁽²⁾
S-13	MG utilisant un dossier médical électronique (% des MG en activité)	+	76,7	2014	84,1	63,6	62,1	INAMI	---

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable ou tendance non évaluée (vide), amélioration (+) ou détérioration (-).

PIB = produit intérieur brut ; PPA = parité du pouvoir d'achat ; SHA = Système de comptes de la santé ; ETP = équivalent temps plein ; MG = médecin généraliste ; EFPIA = European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.

^aIndicateur W.A.I.T : nombre moyen de jours séparant l'AMM et l'accès du patient au produit ; ^bDonnées par communauté (plutôt que par région).

Sources des résultats pour la comparaison internationale : ⁽¹⁾ statistiques de santé de l'OCDE pour 2015 ; ⁽²⁾ rapports EFPIA.

En conclusion ... le fil rouge de la multidisciplinarité ?



- **Dossier partagé, avec outils d'évaluation partagés**
- **Collaborations**
 - Entre prestataires de soins
 - Entre lieux de soins
 - Entre niveaux de soins (délégation)
 - Avec les services sociaux
 - Avec les aidants informels
- **Révision du système financier**
- **Interactions avec le secteur SOCIAL: Services à domicile, Communauté active (prestataires de services...)**
- **Formation nécessaire pour une nouvelle expertise...**
 - Evaluation des besoins
 - Travail Multidisciplinaire
 - Elaboration d'un plan de soins
 - Leadership...
- **Lieux d'échanges de pratiques ... de nouveaux cafés ?**

