

COLOPHON

Responsable de projet : Aurélia Somer

Groupe de travail et rédaction du rapport :

Christelle Durand, Pascale Steinberg, Olivier Van Weyenbergh, Peter Jouck, Timothée Mahieu, Pieter-Jan Miermans, Veerle Vivet



Direction générale (DG) Soins de Santé : Pedro Facon, Directeur général

Service Professions de Santé et Pratique professionnelle : Aurélia Somer, Chef de service

Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé : Pascale Steinberg, Chef de cellule

Éditeur responsable :

Tom Auwers, Président du Comité de direction

Coordonnées de contact :

Direction générale Soins de Santé

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Eurostation II

Place Victor Horta 40, boîte 10 – 1060 Bruxelles

T +32 (0)2 524 97 97 (Contact center)

plan.team@health.fgov.be

<https://www.health.belgium.be/fr>

Dit rapport is ook beschikbaar in het Nederlands.

Veillez citer le rapport avec cette référence:

Rapport annuel 2019 de la Commission de planification - offre médicale. Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique, Cellule Planification des professions des soins de santé, DG Soins de Santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2020.

Toute reproduction partielle de ce document est permise moyennant indication de la source.

Ce document est disponible sur le site web du service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Dépôt légal : D/2020/2196/25



RAPPORT ANNUEL 2019 DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION - OFFRE MÉDICALE

Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique

- *LA COMMISSION DE PLANIFICATION - OFFRE MÉDICALE EN 2019*
- *ÉTAT DES LIEUX DU CONTINGEMENT :*
 - *MÉDECINS,*
 - *DENTISTES,*
 - *KINÉSITHÉRAPEUTES*

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	5
2. La Commission de planification Offre médicale en 2019	8
2.1. COMPOSITION	8
2.2. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION	9
2.2.1. <i>L'assemblée plénière</i>	9
2.2.2. <i>Le Bureau</i>	11
2.2.3. <i>Les groupes de travail</i>	11
2.3. LE PLAN PLURIANNUEL 2019-2021 ET L'ÉTAT D'AVANCEMENT.....	13
2.3.1. <i>Structure du plan pluriannuel</i>	13
2.3.2. <i>Programmation semestrielle et réalisation du plan pluriannuel</i>	13
2.4. LE CADASTRE ET L'ENRICHISSEMENT DU CADASTRE.....	15
2.4.1. <i>Le cadastre : les professionnels en droit d'exercer</i>	15
2.4.2. <i>Les statistiques annuelles</i>	16
2.4.3. <i>Le PlanCad et le couplage de données périodique : les professionnels actifs</i>	17
2.4.4. <i>Évolution de la force de travail : scénarios de base et alternatifs</i>	17
2.5. ÉVOLUTION DU CADRE LÉGAL GÉNÉRAL EN 2014 : LA SIXIÈME RÉFORME DE L'ÉTAT.....	18
2.5.1. <i>Modifications instaurées par la 6^{ème} réforme de l'État</i>	18
2.5.2. <i>Impact sur la fixation du quota du contingentement</i>	18
3. Le contingentement des professions des soins de santé	19
3.1. LES PRINCIPES DU CONTINGENTEMENT DES PROFESSIONS DES SOINS DE SANTÉ	19
3.2. ÉTAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : MÉDECINS.....	20
3.2.1. <i>Le contingentement des médecins</i>	21
3.2.2. <i>Le nombre attendu de diplômés</i>	30
3.2.3. <i>La réalisation du contingentement des médecins</i>	37
3.2.4. <i>Suivi du contingentement de 2004 jusqu'à 2019</i>	44
3.2.5. <i>La fin de la période de lissage en 2018 et les soldes qui en découlent</i>	45
3.2.6. <i>Soldes à partir de 2019 et Attestations supplémentaires d'accès aux places de stage</i>	47
3.2.7. <i>Application de la méthode simplifiée pour adapter le solde des surnuméraires à la mobilité étudiante en vue du rééquilibrage</i>	49
3.3. ÉTAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : DENTISTES.....	53
3.3.1. <i>Le contingentement des dentistes</i>	53
3.3.2. <i>Le nombre attendu de diplômés</i>	56
3.3.3. <i>La réalisation du contingentement des dentistes</i>	62
3.3.4. <i>Conclusions</i>	65
3.4. ÉTAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : KINÉSITHÉRAPEUTES	66
3.4.1. <i>Le contingentement des kinésithérapeutes</i>	66
3.4.2. <i>Le nombre de diplômés</i>	67
3.4.3. <i>Conclusions</i>	68
4. Annexe	69
ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION EN MATIÈRE DE PLANIFICATION.....	69

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : TITRES PROFESSIONNELS, QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONS – ARRÊTÉ ROYAL DU 10 MAI 2015.....	5
TABLEAU 2 : LISTE DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES.....	6
TABLEAU 3 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ EN DROIT D’EXERCER AU 31/12/2019.....	16
TABLEAU 4 : CONTINGENTS DE MÉDECINS AYANT ACCÈS À CERTAINS TITRES PROFESSIONNELS PARTICULIERS, D’APRÈS L’A.R. DU 29 AOÛT 1997.....	21
TABLEAU 5 : CONTINGENTS DE MÉDECINS AYANT ACCÈS À LA FORMATION POUR CERTAINS TITRES PROFESSIONNELS PARTICULIERS, D’APRÈS L’A.R. DU 29 AOÛT 1997, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 7 ET 10 NOVEMBRE 2000.....	21
TABLEAU 6 : CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVUS PAR L’A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN BELGIQUE.....	23
TABLEAU 7 : CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVUS PAR L’A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE.....	23
TABLEAU 8 : CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVU PAR L’A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE.....	24
TABLEAU 9 : TAUX DE RÉPARTITION DU QUOTA GLOBAL SELON LA COUR DES COMPTES.....	26
TABLEAU 10 : APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1 ^{ER} SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA BELGIQUE.....	27
TABLEAU 11 : APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1 ^{ER} SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE.....	28
TABLEAU 12 : APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC « ACCÈS À LA FORMATION » (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1 ^{ER} SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE.....	28
TABLEAU 13 : ÉTAT DE LA SITUATION DU CONTINGEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE.....	31
TABLEAU 14 : ÉTAT DE LA SITUATION DU CONTINGEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE.....	32
TABLEAU 15 : RÉSULTATS DE L’EXAMEN D’ENTRÉE EN SCIENCES MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE EN 2018 ET 2019.....	33
TABLEAU 16 : RÉSULTATS DE L’EXAMEN D’ENTRÉE EN SCIENCES MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE 2017 À 2019.....	35
TABLEAU 17 : NOMBRE D’EXEMPTIONS ET D’EXCLUSION DU CONTINGEMENT EN 2019, PAR COMMUNAUTÉ ET POUR LA BELGIQUE.....	39
TABLEAU 18 : LA RÉALISATION DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE : APERÇU GLOBAL.....	40
TABLEAU 19 : LA RÉALISATION DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : APERÇU GLOBAL.....	41
TABLEAU 20 : LA RÉALISATION DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS POUR LA BELGIQUE : APERÇU GLOBAL.....	42
TABLEAU 21 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : RÉALISATION OBSERVÉE DU CONTINGEMENT JUSQU’À LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018.....	45
TABLEAU 22 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : RÉALISATION OBSERVÉE DU CONTINGEMENT JUSQU’À LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018.....	46
TABLEAU 23 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJETÉE DU CONTINGEMENT À PARTIR DE LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018.....	47
TABLEAU 24 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJETÉE DU CONTINGEMENT À PARTIR DE LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018.....	47
TABLEAU 25 : ATTESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES D’ACCÈS AUX PLACES DE STAGE.....	48
TABLEAU 26 : CORRECTION SELON LE TAUX D’INACTIFS PAR COMMUNAUTÉ : 21,99% COM FL ET 27,84% COM FR.....	51
TABLEAU 27 : TAUX DE RÉPARTITION DU QUOTA GLOBAL SELON LA COUR DES COMPTES.....	55
TABLEAU 28 : QUOTAS ANNUELS DES DENTISTES (A.R. DU 19/08/2011 ET SUIVANTS).....	55
TABLEAU 29 : SITUATION ET PROJECTION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE EN TENANT COMPTE DE TOUS LES DIPLÔMÉS (BELGES + ÉTRANGERS).....	56

TABLEAU 30 : SITUATION ET PROJECTION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE EN TENANT COMPTE DE TOUS LES DIPLÔMÉS (BELGES + ÉTRANGERS)	57
TABLEAU 31 : RÉSULTATS DE L'EXAMEN D'ENTRÉE EN SCIENCES DENTAIRES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE EN 2018 ET 2019	57
TABLEAU 32 : RÉSULTATS DE L'EXAMEN D'ENTRÉE EN SCIENCES DENTAIRES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE 2017 À 2019	58
TABLEAU 33 : SITUATION ET PROJECTION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE EN DISTINGUANT LES DIPLÔMÉS BELGES ET LES RESSORTISSANTS DE L'UNION EUROPÉENNE	60
TABLEAU 34 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : NOMBRE DE PLANS DE STAGES DES DENTISTES DIPLÔMÉS EN BELGIQUE À PARTIR DU 01/01/2008 ET RÉALISATION DU CONTINGEMENT PAR LISSAGE (A.R. 19 AOÛT 2011)	63
TABLEAU 35 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : NOMBRE DE PLANS DE STAGES DES DENTISTES DIPLÔMÉS EN BELGIQUE À PARTIR DU 01/01/2008 ET RÉALISATION DU CONTINGEMENT PAR LISSAGE (A.R. 19 AOÛT 2011)	63
TABLEAU 36 : SOLDES CUMULÉS DU REMPLISSAGE DES QUOTAS DES DENTISTES À PARTIR DU 01/01/2008	64
TABLEAU 37 : NOMBRE ANNUEL DE DIPLÔMÉS EN KINÉSITHÉRAPIE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE	67
TABLEAU 38 : NOMBRE ANNUEL DE DIPLÔMÉS EN KINÉSITHÉRAPIE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE	67

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS	20
FIGURE 2. PROPORTION DE DIPLOMES NON-BELGES EN COMMUNAUTE FRANÇAISE	60

1. INTRODUCTION

Depuis plus de 20 ans déjà, la planification de l'offre en praticiens des soins de santé, au vu de son impact réel sur la qualité du système de soins de santé, est à l'agenda du gouvernement. La Commission de planification Offre médicale a été instaurée en 1996 par l'ajout de l'article 35octies à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

L'article 91, §2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé [portant coordination de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967] souligne que la mission de la Commission de planification consiste à examiner les besoins en matière d'offre médicale en ce qui concerne les professions visées aux articles 3, §1^{er}, et 4 (c'est-à-dire l'art médical et l'art dentaire). Pour déterminer ces besoins, il sera tenu compte de l'évolution des besoins relatifs aux soins médicaux, de la qualité des prestations de soins et de l'évolution démographique et sociologique des professions concernées. La Commission examine de manière continue l'incidence de la détermination de ces besoins sur l'accès aux études pour les professions visées aux articles 3, §1^{er}, et 4. Par ailleurs, la Commission est également tenue de dresser annuellement un rapport sur la relation entre les besoins, les études et le passage à l'accès aux stages en vue de l'obtention des titres professionnels particuliers visés à l'article 85 et du titre professionnel visé à l'article 43, §3.

L'article 85 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 prévoit que le Roi établit les titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières pour les praticiens visés aux articles 3, §1^{er}, 4, 6, 23, §2, premier alinéa, 43, 45, 56, 63, 68/1, 68/2 et 69.

Concrètement, les dispositions réglementaires exposées ci-dessus concernent les titres professionnels, qualifications professionnelles et professions suivants :

TABLEAU 1 : TITRES PROFESSIONNELS, QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONS – ARRÊTÉ ROYAL DU 10 MAI 2015

Art médical	Article 3, §1 ^{er}
Art dentaire	Article 4
Art pharmaceutique	Article 6
Analyses de biologie clinique par les porteurs du diplôme légal de pharmacien ou de licencié en sciences chimiques	Article 23, §2, alinéa 1 ^{er}
Kinésithérapie	Article 43, §3
Art infirmier	Article 45
Aides-soignants	Article 56
Sages-femmes	Article 63
Secouriste-ambulancier	Article 65
Psychologie clinique	Article 68/1
Orthopédagogie clinique	Article 68/2
Professions paramédicales	Article 69

TABLEAU 2 : LISTE DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

Assistant pharmaceutico-technique	Arrêté royal du 5 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'assistant pharmaceutico-technique et portant fixation de la liste des actes dont celui-ci peut être chargé par un pharmacien. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 1 ^{er} septembre 2010.
Diététicien	Arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 1 ^{er} septembre 2010.
Audiologue et audicien	Arrêté royal du 4 juillet 2004 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'audiologue et d'audicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont l'audiologue et l'audicien peut être chargé par un médecin. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 2 janvier 2012.
Ergothérapeute	Arrêté royal du 8 juillet 1996 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 2 janvier 2012.
Logopède	Arrêté royal du 20 octobre 1994 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le logopède peut être chargé par un médecin. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 2 avril 2013.
Orthoptiste- optométristes	Arrêté royal du 27 février 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 22 avril 2019 (reprenant l'exercice de l'orthoptie, commencée le 2 avril 2013)
Bandagiste, orthésiste et prothésiste	Arrêté royal du 6 mars 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin. Ces professions font chacune l'objet d'un agrément délivré par l'INAMI.
Technologue de laboratoire médical	Arrêté royal du 2 juin 1993 relatif à la profession de technologue de laboratoire médical. L'application des procédures d'agrément

	ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 22 décembre 2013.
Podologue	Arrêté royal du 7 mars 2016 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation des prestations techniques et des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 1 ^{er} octobre 2016.
Technologue en imagerie médicale	Arrêté royal du 22 décembre 2017 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de technologue en imagerie médicale et portant fixation de la liste des actes dont celui-ci peut être chargé par un médecin. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 22 décembre 2013.
Hygiéniste bucco-dentaire	Arrêté royal du 28 mars 2018 relatif à la profession d'hygiéniste bucco-dentaire

Bien que les attentes du législateur soient élevées, toutes les professions susmentionnées n'ont pas fait l'objet de discussions ou ne disposaient pas de représentants au sein de la Commission de planification durant l'année 2019.

En 2019, les travaux de la Commission de planification Offre médicale portaient notamment sur les domaines suivants.

Dans les domaines de l'art médical et de l'art dentaire, les activités de la Commission de planification étaient axées sur la fixation d'un quota de médecins pour les années 2025 et 2026, et d'un quota de dentistes pour les années 2024 et 2025 ; la Commission de planification s'est également réunie pour finaliser les projets PlanCad "Médecins sur le marché du travail 2004-2016", "Dentistes sur le marché du travail 2004-2016", l'état d'avancement du rapport PlanCad "Sages-femmes sur le marché du travail, 2017", et un « Modèle de projection de la force de travail des kinésithérapeutes 2016-2041 », scénario de base et développement de scénarios alternatifs. Outre ces projets, la Commission de planification a également rédigé quatre autres rapports PlanCad : "Kinésithérapeutes sur le marché du travail 2004-2016", "Infirmiers sur le marché du travail 2017", "Logopèdes sur le marché du travail 2017" et "Audiologues et audiciens sur le marché du travail 2016". En plus de ces activités, le présent rapport vous fera prendre connaissance d'autres travaux réalisés par la Commission de planification Offre médicale.

Le présent **rapport** se divise en **deux grands volets** : le premier volet est une synthèse des travaux de la Commission de planification durant l'année 2019. Le deuxième volet rend compte de l'état de la question relative au contingentement pour les trois groupes professionnels qui y sont ou ont été soumis : les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes.

2. LA COMMISSION DE PLANIFICATION OFFRE MÉDICALE EN 2019

2.1. COMPOSITION

Le président, le secrétaire et les membres de la Commission de planification Offre médicale sont nommés par le Roi.

L'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale (M.B. 2/7/2015), a validé la composition de la Commission de planification pour une période de 5 ans qui a débuté le 2 juillet 2015.

Plusieurs arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale ont désigné Mme DE ZITTER en date du 23 mars 2019, MM. LANDTMETERS et PELTIER en date du 19 août 2019, et Mme PIRAPREZ en date du 7 novembre 2019, en remplacement de membres démissionnaires.

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique : Mme Maggie DE BLOCK

Président : Mme Brigitte VELKENIERS est nommée pour une période de cinq ans en qualité de Présidente de la Commission de planification Offre médicale, sur la proposition du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Secrétaire : Mme Aurélia SOMER

Membres de la Commission de planification - Membres effectifs et suppléants :

ORGANISATION	MEMBRE EFFECTIF	MEMBRE SUPPLÉANT
Établissements universitaires de la Communauté flamande	PEREMANS, Lieve GOFFIN, Jan	DE MAESENEER, Jan DE MEY, Johan
Établissements universitaires de la Communauté française	HERMANS, Cédric COGAN, Elie	GARIN, Pierre DE WEVER, Alain
Collège intermutualiste	LANDTMETERS, Bernard HENS, Evelyne BRABANT, Steven	PELTIER, Alex VERGISON, Anne DE BRUYN, Benjamin
Organisations professionnelles représentatives des médecins généralistes	HERRY, Luc HOFFMAN, Peter	MOREAU, Véronique VAN OVERLOOP, Maaïke
Organisations professionnelles représentatives des médecins spécialistes	MASSON, Michel BERNARD, Dirk	MOENS, Marc DESCHIETERE, Gérald
Organisations professionnelles représentatives des dentistes	DEVRIESE, Michel VANDEVELDE, Marijke	VAN CLEYNENBREUGEL, Diane DE VOS, Eddy
Ministre de la Santé publique	DEVROEY, Dirk BROTCHI, Jacques	WALRAEVENS, Mieke GODIN, Jean-Noël
Ministre des Affaires sociales	DAUBIE, Mickael	MOERMAN, Anneliese
Communauté flamande	PEETERMANS, Willy	VANDERSTRAETEN, Guy
Communauté française	LEFEBVRE, Philippe	HUSDEN, Yolande
Communauté germanophone	SCHMITZ, Sarah	PIRAPREZ, Laura
Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)	MEEUS, Pascal	GHILAIN Alain
Organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes	VAN ASSCHE, Dieter GRUWEZ, François	CALUWE, Kim BRIART, Christian

Experts du secteur professionnel de la kinésithérapie sur proposition de la ministre de la Santé publique	BRASSINE, Éric DE ZITTER, Ann	LIEVENS, Pierre-Olivier DIELEMAN, Lucas
Organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier	VAN HEUSDEN Heidi HANS, Sabine	PAQUAY, Louis MENGAL, Yves
Experts du secteur professionnel de l'art infirmier sur proposition de la ministre de la Santé publique	LOTHAIRE, Thierry BRUYNEEL, Luk	STORDEUR, Sabine VANDEVELDE, Luc
Organisations professionnelles représentatives des sages-femmes	WITTRUW, Vanessa DE KOSTER, Katelijne	LAVIGNE, Marie-Paule GOETVINCK, Krista
Experts du secteur professionnel des sages-femmes sur proposition de la ministre de la Santé publique	EMBO, Mieke CASTIAUX, Geneviève	SOENS Liesbeth NISET, Anne
Organisations professionnelles représentatives des logopèdes	DE MEYERE, Pol PIETTE, Annick	BOEY, Ronny DUVAL, Annabelle
Experts du secteur professionnel de la logopédie sur proposition de la ministre de la Santé publique	LEFEVERE, Stefaan STEGEN, Françoise	MARYN, Youri COETS-DHERARD, Marie-Claire

2.2. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION

2.2.1. L'ASSEMBLEE PLENIERE

L'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification - Offre médicale, modifié par l'arrêté royal du 3 mai 1999, prévoit, d'une part, un noyau composé de membres qui peuvent délibérer (ou rendre un avis) sur tous les points mis à l'ordre du jour et, d'autre part, des membres qui ne peuvent délibérer (ou rendre un avis) que sur les points concernant leur propre groupe professionnel. Les membres de la Commission de planification invités aux réunions varient donc en fonction des points mis à l'ordre du jour.

Pour rappel, les groupes professionnels invités à la plénière sont déterminés en fonction de l'agenda.

Sont systématiquement invités :

- les représentants des institutions universitaires de chaque Communauté
- les représentants du Collège intermutualiste
- les représentants des organisations professionnelles représentatives des médecins généralistes
- les représentants des organisations professionnelles représentatives des médecins spécialistes
- les représentants des organisations professionnelles représentatives des dentistes
- les représentants de la Communauté flamande
- les représentants de la Communauté française
- les représentants de la Communauté germanophone
- les représentants de l'INAMI
- les représentants de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Il est important de savoir que les représentants des autres groupes professionnels (kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes et logopèdes) sont invités uniquement si un point de l'agenda les concerne.

Au niveau de la plénière, la majorité des représentants ont une voix délibérative. Tous les membres effectifs ont un droit de vote ; les membres suppléants, même s'ils peuvent participer à toutes les

réunions, n'ont droit de vote qu'en l'absence du membre effectif assigné. Les représentants des Communautés et de l'INAMI ont une voix consultative.

Les représentants (effectifs ou suppléants) des kinésithérapeutes, des infirmiers, des sages-femmes et des logopèdes n'ont un droit de vote qu'au niveau des sujets qui les concernent. Les membres des organisations professionnelles représentatives des médecins et des dentistes ont également un droit de vote sur les sujets ne relevant pas de leur profession.

Les travaux sont réalisés au sein de différents groupes de travail. C'est en leur sein que sont également élaborés les « pré-avis » qui sont ensuite validés en plénière. Au sein des groupes de travail – pour lesquels des experts extérieurs à la Commission de planification sont invités – l'élaboration des « pré-avis » repose sur un système consensuel. S'il n'est pas possible d'arriver à un consensus, le président du groupe de travail présente l'avis majoritaire et indique la position minoritaire à la plénière qui validera définitivement l'avis.

Durant l'année 2019, la Commission de planification a organisé **deux réunions plénières** et a notamment traité les points suivants inscrits à l'ordre du jour :

Réunion plénière du 1^{er} février 2019 :

- avis sur le quota des médecins pour 2025
- avis sur le quota des dentistes pour 2024
- avis sur l'octroi de places de stage aux diplômés surnuméraires de la promotion 2019

Réunion plénière du 25 juin 2019 :

- Validation du PlanCad Dentistes 2004-2016
- Validation du PlanCad Médecins 2004-2016
- Validation du Scénario de base Kinésithérapeutes 2016-2041

Les **avis formels** suivants ont été approuvés et soumis à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique :

LISTE DES AVIS FORMELS ¹	
2019_01	<u><i>Avis relatif au contingentement des médecins : quota fédéral pour les années 2025 et 2026 portant modification de l'AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.</i></u>
2019_02	<u><i>La planification de l'offre de l'art dentaire portant modification de l'AR du 25 avril 2007. Avis relatif au contingentement des dentistes : quota fédéral pour les années 2024 et 2025.</i></u>
2019_03	<u><i>Avis relatif au contingentement des médecins : place de stage pour les diplômés surnuméraires de la promotion 2019.</i></u>

Les **rapports** suivants ont été validés par l'assemblée plénière :

¹ Via les hyperliens suivants, consultez les avis publiés sur le site internet du SPF SPSCAE.

LISTE DES RAPPORTS VALIDÉS ²	
Scénarios de base	Scénario de base de l'évolution de la force de travail « Kinésithérapeutes » 2016 – 2041
PlanCad	Dentistes sur le marché du travail 2004-2016
PlanCad	Médecins sur le marché du travail 2004-2016
RAPAN	Rapport annuel de la Commission de planification – Offre médicale (validation par courriel)

Les rapports suivants ont été publiés en 2019 sans validation formelle par l'assemblée plénière :

LISTE DES RAPPORTS PUBLIÉS SANS VALIDATION FORMELLE DE LA PLÉNIÈRE ²	
PlanCad	Addendum au rapport « Infirmiers sur le marché du travail 2016 »
STATAN	Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé au 31/12/2018

2.2.2. LE BUREAU

Le **Bureau de la Commission de planification** se compose du président, des membres désignés par la Commission et du secrétaire. Il régit l'organisation du travail de la Commission et des groupes de travail constitués par cette dernière. Le Bureau a pour tâche principale de préparer la séance plénière de la Commission de planification. Durant l'année 2019, le Bureau **s'est réuni à deux reprises**, à savoir le 8 janvier et le 14 mai 2019.

2.2.3. LES GROUPES DE TRAVAIL

Afin de garantir le bon fonctionnement de la Commission de planification et dans le souci de ne pas surcharger inutilement les membres réunis en assemblée plénière, la Commission de planification travaille au moyen de groupes de travail. Ces groupes de travail sont constitués pour chaque groupe professionnel distinct, et peuvent se composer aussi bien de membres de la Commission que d'experts. La mission de ces groupes contribue à la réalisation du plan pluriannuel.

2.2.3.1. LE GROUPE DE TRAVAIL « MÉDECINS »

Le groupe de travail "Médecins" s'est réuni à trois reprises. Les 3 avril et 7 mai 2019, le groupe de travail a procédé à l'état des lieux du PlanCad « Médecins sur le marché du travail 2004-2016 ». Le 5 novembre 2019, le groupe de travail a participé à l'élaboration du « Scénario de base Médecins 2016-2041 » et travaillé sur la note : « Médecins : Mobilité internationale ».

2.2.3.2. LE GROUPE DE TRAVAIL « DENTISTES »

Le groupe de travail "Dentistes" s'est réuni à trois reprises les 11 février, 18 mars et 9 mai 2019. Au cours de ces réunions, le groupe de travail a procédé aux démarches en vue de la réalisation du

² Via les hyperliens suivants, consultez les rapports publiés sur le site internet du SPF SPSCAE.

nouveau PlanCad "Dentistes sur le marché du travail 2004-2016".

2.2.3.3. LE GROUPE DE TRAVAIL « KINESITHERAPEUTES »

Le groupe de travail "Kinésithérapeutes" s'est réuni à six reprises les 12 février, 26 mars, 3 mai, 24 septembre, 24 octobre et 26 novembre 2019. Toutes ces réunions ont été organisées dans le cadre du nouveau « Modèle de projection de la force de travail des kinésithérapeutes 2016-2041 », scénario de base et développement de scénarios alternatifs.

2.2.3.4. LE GROUPE DE TRAVAIL « INFIRMIERS »

Le groupe de travail "Infirmiers" s'est réuni le 6 novembre 2019 afin de présenter et valider le PlanCad Infirmiers 2017.

2.2.3.5. LE GROUPE DE TRAVAIL « SAGES-FEMMES »

Le groupe de travail "Sages-femmes" s'est réuni à trois reprises durant l'année 2019 : les 12 juin, 2 octobre et 20 novembre 2019. Les réunions de 2019 ont été organisées dans le cadre de la présentation du rapport du KCE "Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-femmes : Horizon Scanning et modèle de quantification", et de l'état d'avancement du rapport PlanCad "Sages-femmes sur le marché du travail, 2017".

Le groupe a également travaillé à l'élaboration de scénarios alternatifs de l'avenir pour la force de travail Sages-femmes.

2.2.3.6. LE GROUPE DE TRAVAIL « LOGOPEDES »

Le groupe de travail "Logopèdes" s'est réuni à deux reprises en 2019 : le 25 novembre et le 9 décembre 2019. Ces réunions ont été organisées dans le cadre de la présentation et de la validation du PlanCad Logopède 2017.

2.2.3.7. LE GROUPE DE TRAVAIL « AUDIOLOGUES ET AUDICIENS »

En 2019, aucun groupe ne s'est réuni pour les audiologues et audiciens.

2.2.3.8. LE GROUPE DE TRAVAIL SCIENTIFIQUE

En 2019, le groupe de travail scientifique ne s'est pas réuni.

2.3. LE PLAN PLURIANNUEL 2019-2021 ET L'ÉTAT D'AVANCEMENT

2.3.1. STRUCTURE DU PLAN PLURIANNUEL

Le cinquième plan pluriannuel, PLAN2019-2021, est structuré en 3 volets :

Volet 1 : Volet opérationnel	
Partie 1.1	Secrétariat des groupes de travail et gestion des avis
Partie 1.2	Production de données et publication de rapports
Partie 1.3	Information, communication de données et questions parlementaires
Volet 2 : Volet belge	
Partie 2.1	Couplage des données par profession (Projet PlanCad)
Partie 2.2	Amélioration et développement du modèle de projection
Partie 2.3	Couplage périodique par profession (projet PlanCad périodique)
Partie 2.4	Scénarios par groupe professionnel
Partie 2.5	Enquêtes externes
Partie 2.6	Études internes
Partie 2.7	Réflexion sur le transfert des tâches (task shift) dans le modèle mathématique
Partie 2.8	Synergie entre la COMPLAN et les autres conseils fédéraux et Commissions
Volet 3 : Volet international	
Partie 3.1	Participation à l'Expert group on European health workforce (Commission européenne)
Partie 3.2	Reconnaissance professionnelle
Partie 3.3	Participation au programme de la Joint Action on Health Workforce planning
Partie 3.4	Transmission des données belges à l'international

2.3.2. PROGRAMMATION SEMESTRIELLE ET REALISATION DU PLAN PLURIANNUEL

Les grandes lignes du PLAN2019-2021 se répartissent de la manière suivante:

	2018		2019		2020		2021		
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
MÉDECIN (63.615)(1)									
PlanCad complet		X	X						
Scénario de base			X	X					Le scénario de base a pris du retard et sera finalisé en 2020
Scénario alternatif				X	X				Les scénarios alternatifs seront réalisés en 2020
Mise à jour note méthode simplifiée			X						La note sera mise à jour en 2020
Avis					X	X			
DENTISTE (11.440)									
PlanCad complet		X	X						
Scénario de base			X	X					Le scénario de base a pris du retard et sera finalisé en 2020
Scénario alternatif				X	X				Les scénarios alternatifs seront réalisés en 2020
Avis					X	X			
KINÉ (40.533)									
PlanCad complet	X	X							
Scénario de base			X						

	2018		2019		2020		2021		
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
Scénario alternatif				X					Les scénarios alternatifs ont pris du retard et seront finalisés en 2020
Avis				X					
PlanCad réduit								X	
SAGE FEMME (12.417)									
PlanCad réduit			X			X		X	Le PlanCad réduit Sages-femmes a bien été avancé en 2019 par le groupe de travail. Il sera validé par l'assemblée plénière et publié en 2020, au même moment que les scénarios alternatifs.
PlanCad complet									
Scénario de base	X								
Scénario alternatif			X	X					Le scénario alternatif a été initié en 2019 après réception du rapport KCE Horizon scanning et sera finalisé et publié en 2020.
Avis		X		X					
INFIRMIER (204.256)									
PlanCad réduit	X	X		X					Le PlanCad réduit Infirmiers a été validé par le groupe de travail en 2019. Début 2020, le bureau a validé la mise à jour de cette publication sans modification majeure de la méthodologie. Le rapport a été publié début 2020.
PlanCad complet						X	X		
Scénario de base							X	X	
Scénario alternatif								X	
Avis								X	
LOGOPÈDES (15.753)									
PlanCad réduit	X	X		X					Le PlanCad réduit logopèdes a été validé par le groupe de travail en 2019. Il a été publié en 2020 après validation par l'assemblée plénière au premier trimestre 2020.
PlanCad complet							X	X	
Scénario de base								X	
Scénario alternatif									
Avis									
AUTRES PROFESSIONS - COUPLAGE RÉDUIT									
Audiologues (1173)-audiens (1.771)	X	X				X			
Aides-soignants (133.838)						X			En parallèle avec la réalisation du PlanCad infirmiers complet
Pharmaciens (21.413)						X			
Assistants pharmaceutico-techniques (12.270)						X			En parallèle avec la réalisation du PlanCad Pharmaciens réduit
Diététiciens (5.605)								X	
Ergothérapeutes (11.212)								X	
Orthoptistes (156)									Analyse spécifique vu effectif réduit, mais en attente de la profession d'optométriste et en lien avec les ophtalmologues
Technologues de laboratoire								X	

	2018		2019		2020		2021		
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
médical (11.148)									
Technologues en imagerie médicale (2.774)								X	
Podologues (737)									En attente de la reconnaissance de la profession de technologue orthopédique et de son enregistrement dans le cadastre
Hygiéniste bucco-dentaire (2)									Premiers diplômés à partir de juin 2019 en communauté flamande. Dans l'attente d'un effectif plus important pour les analyser de manière spécifique, mais effectif déjà intégré dans les scénarios dentistes.
Technologue orthopédique (2)									En remplacement des BOP bandagiste, orthésiste, prothésiste AR en discussion
Psychologues cliniciens (2)								X	Visa et agrément + mesure transitoire attendues en 01/19 Mise en place Maître de Stage
Orthopédagogues cliniciens (2)									Date ?

2.4. LE CADASTRE ET L'ENRICHISSEMENT DU CADASTRE

2.4.1. LE CADASTRE : LES PROFESSIONNELS EN DROIT D'EXERCER

La banque de données fédérale des professionnels des soins de santé (Loi du 29/01/2003, M.B. du 26/02/2003), le « **cadastre** », poursuit trois objectifs : rassembler les données nécessaires à l'exécution des missions de la Commission de planification, permettre l'exécution des missions de l'administration et des organismes publics, et améliorer la communication avec et entre les professionnels de santé.

Le cadastre constitue l'enregistrement de **l'ensemble des professionnels de santé en droit d'exercer en Belgique**. Cette base de données est continuellement alimentée – depuis la 6^e réforme de l'État – non seulement par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, mais aussi par les entités fédérées. Le « cadastre » rassemble ainsi des données provenant de multiples sources : Communauté française (Direction de l'agrément des prestataires de soins, Enseignement, Fédération Wallonie - Bruxelles), Communauté flamande (Agentschap Zorg en Gezondheid) et SPF SPSCAE. Ces données sont réunies dans la base de données, dont l'administration du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement assure la maintenance.

Toutefois, cette base de données ne permet pas de soutenir pleinement la mission de la Commission de planification Offre médicale. Ainsi, ce Cadastre ne permet pas de déterminer si les professionnels agréés sont effectivement actifs, d'estimer leur taux d'activité et d'identifier leur secteur d'activité. Les personnes qui, par exemple, quittent la Belgique après leur inscription dans le Cadastre et ne font donc plus partie des effectifs d'une profession des soins de santé restent cependant présentes dans le Cadastre. En d'autres termes, le cadastre permet d'avoir une vue des personnes qui peuvent exercer une profession des soins de santé, mais pas de celles qui l'exercent effectivement.

2.4.2. LES STATISTIQUES ANNUELLES

Les principales données du cadastre sont publiées chaque année sous la forme de **statistiques annuelles** et concernent les professions suivantes : médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, pharmaciens ainsi que onze professions paramédicales (les assistants pharmaceutico-techniques, les diététiciens, les ergothérapeutes, les audiciens et les audiologues, les orthoptistes-optométristes, les logopèdes, les technologues en imagerie médicale, les technologues de laboratoire médical, les podologues et les hygiénistes bucco-dentaires). Le rapport des statistiques annuelles comprend deux grands volets : le premier volet donne un aperçu du "stock" de professionnels de la santé en Belgique, et le deuxième volet donne une idée de "l'entrée" de nouveaux professionnels dans les différentes professions des soins de santé en Belgique.

Le [rapport des statistiques annuelles](#) se rapportant aux professionnels des soins de santé en Belgique qui sont enregistrés au 31/12/2019 dans la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé, a été publié en 2020 et est disponible sur le site internet du SPF SPSCAE.

TABLEAU 3 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ EN DROIT D'EXERCER AU 31/12/2019

	Domiciliés en et hors Belgique	Domiciliés en Belgique
Médecins	68.724	57.741
Dentistes	12.432	10.425
(Stomatologues ³)	(420)	(386)
Kinésithérapeutes	46.973	37.063
Infirmiers	214.318	199.178
Sages-femmes	13.513	12.085
Aide-soignants	119.703	112.996
Pharmaciens	22.433	21.065
Santé mentale	8.728	8.412
Psychologues cliniciens	8.531	8.242
Orthopédagogues cliniciens	197	170
Paramédicaux	69.958	66.488
Assistants pharmaceutico-techniques	13.653	13.414
Diététiciens	6.606	6.370
Audiciens	2.011	1.918
Audiologues	1.413	1.365
Ergothérapeutes	12.907	12.268
Orthoptistes-optométristes	410	374
Logopèdes	17.241	15.575
Technologues en imagerie médicale	2.900	2.629
Technologues de laboratoire médical	11.782	11.627
Podologues	965	885
Hygiénistes bucco-dentaires	70	63
NOMBRE TOTAL DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ	576.782	525.453

Source : Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé au 31 décembre 2019.

³ En Belgique, les stomatologues sont considérés comme une spécialité médicale. Ils sont donc comptabilisés avec les autres médecins spécialistes agréés. Alors que dans les données européennes les stomatologues sont considérés comme des dentistes. Dans le tableau présenté, les stomatologues sont, selon la législation belge, repris parmi les médecins spécialistes, ils sont donc indiqués entre parenthèse dans le tableau, mais ne sont pas additionnés dans le total pour éviter d'être comptabilisés deux fois.

2.4.3. LE PLANCAD ET LE COUPLAGE DE DONNEES PERIODIQUE : LES PROFESSIONNELS ACTIFS

En vue de pouvoir déterminer si les professionnels agréés enregistrés dans le cadastre sont effectivement actifs, d'estimer leur taux d'activité et d'identifier leur secteur d'activité, ce afin de connaître, en d'autres termes, la **position réelle des praticiens agréés des professions des soins de santé sur le marché du travail**, il est procédé à des couplages de données entre le cadastre, le Datawarehouse Marché du travail & Protection sociale (DWH MT&PS) et les données disponibles au niveau de l'INAMI. Ces couplages de données ont reçu le nom de "**PlanCad**" et font partie intégrante du plan pluriannuel de la Commission de planification.

Le projet de « **couplage périodique** » de données relatives aux praticiens agréés des professions des soins de santé a été accepté en novembre 2017 par la Commission pour la protection de la vie privée. Il concerne toutes les professions agréées, s'étend sur plusieurs années et permet à la Commission de planification d'avoir un accès plus rapide aux données actualisées ; par ailleurs, il permet aussi d'automatiser une grande partie du flux et du traitement des données.

Le projet permet de réaliser chaque année deux types de couplage :

Le "**couplage approfondi**", qui s'étend sur plusieurs années, permet une analyse détaillée de l'activité actuelle et historique de la profession et d'élaborer des scénarios d'avenir de l'évolution de la force de travail à l'aide d'un modèle de planification. Durant l'année 2019, la Commission de planification a réalisé un couplage approfondi pour les médecins (rapport PlanCad "[Médecins sur le marché du travail 2004-2016](#)") et les dentistes "[Dentistes sur le marché du travail 2004-2016](#)".

Le "**couplage réduit**", pour la dernière année disponible, permet d'avoir un aperçu de l'activité professionnelle (actif, non actif ou retraité, actif auprès de l'INAMI, statut salarié, indépendant ou mixte,...). Ce type d'analyse permet de produire des "statistiques annuelles enrichies" et de réagir de manière plus flexible aux priorités dans le domaine de la santé publique. Étant donné qu'aucune tendance historique n'est analysée du fait que les données ne portent que sur une seule année, aucun scénario d'avenir de l'évolution de la force de travail n'est élaboré. En 2019, les professions suivantes ont fait l'objet d'un couplage de données réduit qui ont été ou seront publiés en 2020 : les [infirmiers \(2017\)](#), les [logopèdes \(2017\)](#), et les sages-femmes (2017). Ce dernier rapport sera publié une fois que l'assemblée plénière l'aura validé.

2.4.4. ÉVOLUTION DE LA FORCE DE TRAVAIL : SCENARIOS DE BASE ET ALTERNATIFS

La planification étant un processus dynamique et proactif, il est indispensable de disposer d'outils qui donnent un aperçu des **besoins futurs** au niveau de l'offre médicale. Les données disponibles concernant le nombre de praticiens professionnels des soins de santé agréés et/ou actifs permettent de se faire une idée de l'historique et de la situation actuelle, mais ne disent rien sur les besoins futurs dans le secteur des soins de santé ni sur les actions à entreprendre.

Dans les **scénarios d'avenir**, l'équilibre entre le nombre de prestataires de soins et les besoins en soins de la population est examiné et les résultats des mesures stratégiques planifiées sont évalués. Les données couplées sont utilisées dans un modèle de projection qui doit servir d'outil pour développer

des perspectives d'avenir. Il existe deux différents types de scénarios d'avenir : les scénarios de base et les scénarios alternatifs.

Les **scénarios de base** donnent une image de l'aspect que "pourra" revêtir dans le futur l'offre médicale en professionnels de la santé, "si les conditions et la politique restent inchangées". Ce scénario constitue en fait le point de départ, la base, la continuité avec les tendances historiques observées. La Commission de planification a élaboré un [scénario de base de l'évolution de la force de travail pour les kinésithérapeutes 2016-2041](#) en 2019. Les scénarios de base de l'évolution de la force de travail des médecins et des dentistes ont été reportés à 2020.

Le scénario de base ne constitue qu'un point de départ pour la discussion qui donnera forme à la vision d'avenir. Dans les **scénarios alternatifs**, des approches alternatives sont élaborées afin de trouver des solutions aux points délicats et aux défis mis en lumière par ces scénarios de base. Ces scénarios alternatifs permettent d'intégrer la vision d'avenir d'une profession de la Commission de planification dans la planification. L'élaboration de scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail des kinésithérapeutes et des sages-femmes a été initiée en 2020. Selon les prévisions, les scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail des médecins et des dentistes seront élaborés en 2020.

2.5. ÉVOLUTION DU CADRE LÉGAL GÉNÉRAL EN 2014 : LA SIXIÈME RÉFORME DE L'ÉTAT

2.5.1. MODIFICATIONS INSTAURÉES PAR LA 6^{ÈME} RÉFORME DE L'ÉTAT

Dans le cadre de la 6^e réforme de l'État, la compétence relative à la planification des professions des soins de santé a été transférée aux Communautés.

L'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 concernant la sixième réforme de l'État a notamment modifié l'article 5, § 1^{er} | 7^o, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980. L'article 5 §1 | 7^o modifié stipule que les Communautés sont compétentes pour le contingentement des professions des soins de santé, dans le respect, le cas échéant, du contingent global que l'autorité fédérale peut fixer annuellement par Communauté pour l'accès à chaque profession des soins de santé. L'autorité fédérale reste compétente pour la fixation du quota global, réparti par Communauté, mais les Communautés sont responsables de leurs sous-quotas respectifs.

2.5.2. IMPACT SUR LA FIXATION DU QUOTA DU CONTINGEMENT

La disposition prévue au point b de la loi spéciale s'applique au "sous-quota". Les Communautés sont compétentes pour la fixation du sous-quota pour le port d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière. Les Communautés peuvent ainsi planifier elles-mêmes une offre médicale qui corresponde à leurs propres besoins et adapter leur politique à ces besoins. L'autorité fédérale reste toutefois compétente pour la fixation d'un quota global pour le contingentement au niveau fédéral, réparti par Communauté. En ce qui concerne les médecins et les dentistes, ces quotas fédéraux sont répartis entre les deux Communautés.

Les Communautés peuvent donc fixer, moyennant le respect des quotas fédéraux, des sous-quotas répondant aux besoins spécifiques de leur population. Des sous-quotas ont été fixés par le niveau fédéral jusqu'en 2020.

L'autorité fédérale reste néanmoins compétente pour déterminer si les prestations de ces prestataires de soins donnent lieu à une intervention de l'assurance maladie-invalidité. À cet effet, l'autorité fédérale et les Communautés peuvent, conformément à l'article 92bis de la loi spéciale du 8 août 1980, conclure un accord de coopération.

3. LE CONTINGENTEMENT DES PROFESSIONS DES SOINS DE SANTÉ

3.1. LES PRINCIPES DU CONTINGENTEMENT DES PROFESSIONS DES SOINS DE SANTÉ

Dans l'art.92 de l'A.R. du 10 mai 2015 portant coordination de l'A.R. n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, quatre dispositions sont identifiées pour limiter l'accès aux professions de médecin, dentiste et kinésithérapeute :

- 1) en déterminant le nombre global de candidats réparti par Communauté qui, après avoir obtenu leur diplôme de médecin ou de dentiste, ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers faisant l'objet d'un agrément (§1, 1°) ;
- 2) en déterminant le nombre global de titulaires d'un diplôme de kinésithérapeute réparti par Communauté qui, après avoir obtenu leur agrément, ont annuellement accès à l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé (§1, 2°) ;
- 3) en déterminant le nombre global de candidats répartis par Communauté qui ont annuellement accès à l'obtention d'un agrément pour l'exercice d'une profession pour laquelle il existe un agrément (§1, 3°) ;
- 4) en déterminant le nombre de candidats répartis par Communauté qui ont annuellement accès aux différents titres professionnels ou groupes de titres professionnels particuliers (§3).

La mesure de la première disposition ne peut produire ses effets qu'après un délai égal à la durée des études nécessaires pour l'obtention du diplôme requis.

Ces dispositions peuvent être étendues à d'autres professions des soins de santé.

Deux professions font actuellement l'objet d'un contingentement : les médecins et les dentistes. En ce qui concerne les kinésithérapeutes, le suivi du contingentement a été suspendu puis arrêté et l'élaboration des scénarios de l'avenir est en cours de réalisation à l'aide du modèle de projection de la force de travail.

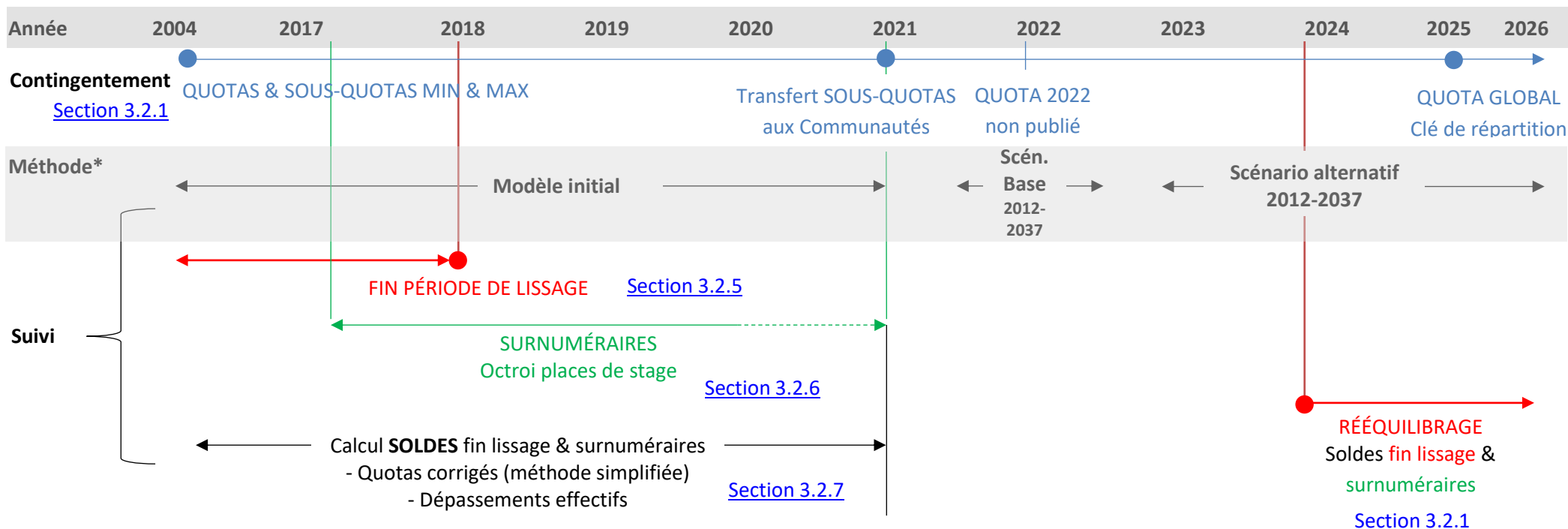
Le contingentement des médecins et celui des dentistes, dont la réalisation est décrite respectivement aux paragraphes 3.2.3 et 3.3.3 suivants, se base sur la première disposition. Dans ce cadre, l'accès à l'attribution des titres professionnels particuliers fait l'objet d'un agrément lequel est régi par une limitation de l'accès aux formations pratiques requises pour l'octroi de cet agrément⁴.

⁴ A.R. du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale et A.R. du 19 août 2011 relatif à la planification de l'art dentaire.

3.2. ÉTAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : MÉDECINS

La contingentement des médecins ainsi que son suivi sont détaillés dans cette section. Le schéma ci-dessous reprend de manière synthétique les principales étapes que vous trouverez dans les sections suivantes.

FIGURE 1. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS



* Méthode : Le modèle initial utilisé pour fixer les quotas de 2004 à 2021 était approximatif dans le sens où les déperditions constatées entre l'entrée dans le stage (prise en compte dans le quota fédéral) et l'entrée sur le marché du travail belge n'étaient pas prises en compte dans les paramètres du modèle de projection (inactifs en Belgique, actifs hors de l'INAMI,...) car ces données n'étaient pas disponibles. Les modèles de projection développés à partir de 2022 intègrent, entre autres, les problématiques des actifs et des non-résidents, permettant une description plus précise de la force de travail belge.

3.2.1. LE CONTINGEMENT DES MÉDECINS

Le contingentement des médecins est plus complexe que celui des dentistes, et a déjà une longue histoire derrière lui. Les modalités du contingentement ont évolué au fil des décennies. Dans un premier temps, le législateur a limité l'attribution des titres professionnels particuliers faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35ter de l'A.R. n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. L'A.R. du 29 août 1997 fixant le nombre global de médecins, réparti par communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers est entré en vigueur le 15 septembre 1997. La limitation s'est alors directement traduite par une limitation du nombre de numéros INAMI pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Dans ce cadre, la limitation a été fixée comme suit :

TABLEAU 4 : CONTINGENTS DE MÉDECINS AYANT ACCÈS À CERTAINS TITRES PROFESSIONNELS PARTICULIERS, D'APRÈS L'A.R. DU 29 AOÛT 1997

	2004	2005	2006
Belgique	700	650	600
Communauté flamande	420	390	360
Communauté française	280	260	240

Remarquons que dès le départ, ces nombres sont entendus par année civile. Par ailleurs, ainsi formulé, le contingentement ne s'applique pas aux détenteurs d'un diplôme obtenu dans un autre pays et reconnu comme équivalent au diplôme de médecine en Belgique.

Ensuite, avec les A.R. du 7 novembre 2000 et du 10 novembre 2000 modifiant l'A.R. du 29 août 1997, le législateur a ajouté une autre limitation : le nombre de candidats ayant accès à la formation pour le titre de médecin généraliste et pour les titres de médecins spécialistes faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35ter⁵.

Par Communauté, ce nombre a été réparti comme suit :

TABLEAU 5 : CONTINGENTS DE MÉDECINS AYANT ACCÈS À LA FORMATION POUR CERTAINS TITRES PROFESSIONNELS PARTICULIERS, D'APRÈS L'A.R. DU 29 AOÛT 1997, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 7 ET 10 NOVEMBRE 2000

		2004	2005	2006	2007	2008
Belgique	Nombre global				700	700
	Médecin généraliste	300	300	300	-	-
	Médecin spécialiste	400	350	300	-	-
Communauté flamande	Nombre global				420	420
	Médecin généraliste	180	180	180	-	-
	Médecin spécialiste	240	210	180	-	-
Communauté française	Nombre global				280	280
	Médecin généraliste	120	120	120	-	-
	Médecin spécialiste	160	140	120	-	-

Avant même d'entrer en application, ces dispositions ont été abrogées, par l'A.R. du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale, qui est entré en vigueur le 24 juin 2002. Le législateur a alors

⁵ À noter que, pour une période déterminée, deux sortes de contingentements ont coexisté : celui touchant l'attribution d'un titre professionnel particulier et celui relatif à l'accès à une formation de médecin généraliste ou de médecin spécialiste.

abandonné l'idée d'agir directement sur l'attribution des titres professionnels particuliers et s'est attaché à réglementer plus en détails l'accès aux formations menant aux titres de médecin généraliste ou de médecin spécialiste. Ce principe était cohérent avec le fait que l'autorité qui approuve les formations (plans de stage) à leur début et qui octroie les agréments, était aussi celle qui détermine les quotas et en vérifie le respect.

C'est donc de manière moins directe que la limitation impacte le nombre de numéros INAMI pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

La structure de base de l'A.R. du 30 mai 2002 est la suivante :

- L'article 1^{er} fixe les contingents annuels qui ont accès à la formation visant l'obtention du titre de médecin généraliste ou de médecin spécialiste. Ils sont fixés pour la Belgique et pour les Communautés, pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, et dans un premier temps, pour la période 2004-2011. Ces nombres sont dénommés ci-après « nombres maximums ».
- L'article 2 fixe pour chaque spécialité médicale, les nombres minimaux de candidats qui ont annuellement accès à la formation visant l'obtention du titre de médecin spécialiste. Il s'agit de seuils, dénommés ci-après « nombres minimaux » et sont relatifs aux médecins spécialistes exerçant dans le cadre de l'AMI.
- L'article 3 cite les cas qui ne relèvent pas de l'article 1^{er}. Ces cas sont dénommés ci-après les "immunisés". Un maximum complémentaire est créé, pour chaque nombre cité, mais il ne doit pas être comptabilisé. En l'occurrence, les "immunisés" sont les médecins spécialistes en gestion de données de santé, en médecine légale, en médecine du travail, les psychiatres infanto-juvéniles ainsi que les titres professionnels particuliers délivrés uniquement après obtention d'un autre titre.
- L'article 4 détermine comment comptabiliser les contingents, les sanctions prévues et ce qu'il y a lieu de faire en cas de dérogation aux nombres prévus. Il s'agit d'un système de débit-crédit. L'A.R. du 30 mai 2002 prévoyait un règlement de la situation au plus tard pour 2005. Par ailleurs, la proportion de 57% de spécialistes et 43% de généralistes a été établie. Elle doit être maintenue jusqu'en 2006.

Par la suite, quelques arrêtés royaux modificatifs ont été publiés. Les modifications les plus importantes introduites par l'A.R. du 11 juillet 2005 prévoient :

- À l'article 1^{er} : les contingents annuels sont fixés jusqu'en 2012 ;
- À l'article 2 : l'ajout des géiatres et des mandats de recherche ;
- À l'article 3 : l'immunisation des psychiatres infanto-juvéniles est répartie dans le temps ; les mandats de recherche et de remplacement sont immunisés ;
- À l'article 4 : le délai pour lequel les déficits ou les surplus seront récupérés est prolongé jusqu'en 2012.

Les modifications les plus importantes introduites par l'A.R. du 8 décembre 2006 prévoient :

- À l'article 1 : les contingents annuels sont fixés jusqu'en 2013 ;
- À l'article 2 : un délai est prévu pour les nombres minimaux, au cours duquel ils sont d'application ;
- À l'article 3 : les médecins spécialistes en médecine aiguë et les médecins spécialistes en médecine d'urgence sont ajoutés ;
- À l'article 4 : la proportion de 57% de spécialistes et 43% de généralistes est maintenue jusqu'en 2009. Il est prévu de remplacer les candidats qui arrêtent leur formation ou qui décèdent.

En résumé, la situation postérieure à l'A.R. du 30 mai 2002 se présente comme suit :

TABLEAU 6 : CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVUS PAR L'A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN BELGIQUE

Belgique		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombres prévus à l'article 1 ^{er} , §1 ^{er}	Nombre global	700	700	700	700	700	700	700	700	833	975
	Médecin spécialiste	400	400	400	400	400	400	-	-	-	-
	Médecin généraliste	300	300	300	300	300	300	-	-	-	-
Nombres prévus à l'article 3	Psychiatres infanto-juvéniles	20	20	20	20	20	20	20	20	20	-
	Mandats de recherche et de remplacement	22	22	22	22	22	22	22	22	22	-
	Médecine aiguë				10	10	10	10	10	10	-
	Médecine d'urgence				5	5	5	5	5	5	-
Nombres globaux		742	742	742	757	757	757	757	757	890	975

TABLEAU 7 : CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVUS PAR L'A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté flamande		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombres prévus à l'article 1 ^{er} , § 1 ^{er}	Nombre global	420	420	420	420	420	420	420	420	500	585
	Médecin spécialiste	240	240	240	240	240	240	-	-	-	-
	Médecin généraliste	180	180	180	180	180	180	-	-	-	-
Nombres prévus à l'article 3	Psychiatres infanto-juvéniles	12	12	12	12	12	12	12	12	12	-
	Mandats de recherche et de remplacement	13	13	13	13	13	13	13	13	13	-
	Médecine aiguë				6	6	6	6	6	6	-
	Médecine d'urgence				3	3	3	3	3	3	-
Nombres globaux		445	445	445	454	454	454	454	454	534	585

TABLEAU 8 : CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVU PAR L’A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Communauté française		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombres prévus à l'article 1 ^{er} , § 1 ^{er}	Nombre global	280	280	280	280	280	280	280	280	333	390
	Médecin spécialiste	160	160	160	160	160	160	-	-	-	-
	Médecin généraliste	120	120	120	120	120	120	-	-	-	-
Nombres prévus à l'article 3	Psychiatres infanto-juvéniles	8	8	8	8	8	8	8	8	8	-
	Mandats de recherche et de remplacement	9	9	9	9	9	9	9	9	9	-
	Médecine aiguë				4	4	4	4	4	4	-
	Médecine d'urgence				2	2	2	2	2	2	-
Nombres globaux		297	297	297	303	303	303	303	303	356	390

L'A.R. du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale abroge l'A.R. du 30 mai 2002 à partir du 1^{er} juillet 2008 et entraîne un certain nombre de simplifications. Les principales modifications sont les suivantes :

- L'attestation de sélection par la faculté de médecine reçoit une place importante dans le suivi du contingentement (art. 1^{er}).
- Les nombres des "immunisés" de l'A.R. précédent qui sont à présent intégrés dans les nombres globaux (art. 3) étaient autrefois de quotas supplémentaires. Il s'agit des nombres attribués pour la psychiatrie infanto-juvénile, la médecine aiguë et la médecine d'urgence.
- Les 19 nombres minimaux différents des diverses spécialisations sont supprimés. Il ne reste que des nombres minimaux pour des spécialisations nouvelles ou des spécialisations qui requièrent une attention particulière. Dans un premier temps, il reste ainsi quatre nombres minimaux (art. 4) : les médecins généralistes, les médecins spécialistes en psychiatrie infanto-juvénile, en médecine aiguë et en médecine d'urgence. Il s'agit alors, certainement pour les généralistes, d'un renversement de sens du quota : ce qui était autrefois un maximum à ne pas dépasser est à présent un seuil minimum à atteindre (art. 6, §2, 3°).
- Les candidats qui ont un diplôme de fin d'études obtenu avant l'année 2004 ne sont plus contingentés (art. 5).
- Tous les mandats scientifiques contingentés peuvent être compensés et le doctorat "dans le domaine de la médecine" est le critère ferme (art. 7).
- Des mesures de transition prennent les soldes de l'année précédente (A.R. du 30 mai 2002) comme point de départ pour la nouvelle période (art. 11, 12 et 13).
- Les nombres maximums et minimaux suivants (tableaux 10-12) s'appliquent à partir de l'année 2008 et sont fixés jusqu'en 2018. Certains soldes sont repris comme résultat de la période précédente.

- L'art. 6 prévoit des sanctions en cas de dépassement des nombres maximaux ou d'insuffisance par rapport aux nombres minimaux : l'ensemble des plans de stage des candidats attestés par une université relevant d'une Communauté donnée ne sont valables, pour l'obtention de l'agrément que si, à l'année où ont débuté ces plans de stage, les nombres maximaux et minimaux fixés pour cette Communauté ont été respectés. En cas de non réalisation des quotas, une disposition permet de reporter les surplus ou déficits par rapport aux quotas, selon une méthode de lissage cumulant les nombres observés de nouveaux plans de stage et les comparant au cumul des quotas sur la période 2008-2018.

À ces mesures, l'A.R. du 7 mai 2010, entré en vigueur le 11 juin 2010, introduit les modifications suivantes :

- Les nombres minimaux sont relevés à partir de 2015 pour les généralistes et à partir de 2010 pour les médecins spécialistes en médecine aiguë et en médecine d'urgence.
- La gériatrie réapparaît comme spécialité faisant l'objet d'une attention particulière : des nombres minimaux de médecins entreprenant une formation en gériatrie sont exigés pour la période 2010-2018.

L'A.R. du 1^{er} septembre 2012, entré en vigueur le 5 septembre 2012, prolonge les nombres maximum et minimum aux années 2019 et 2020, ainsi que les mesures déjà prises dans l'A.R. du 12 juin 2008. Il apporte par ailleurs une modification particulière :

- doublement des quotas pour l'année 2018.
- doublement des nombres minimum de candidats qui ont annuellement accès à la formation pour un titre professionnel particulier de médecin généraliste, de médecin spécialiste en psychiatrie infanto-juvénile, en médecine aiguë, en médecine d'urgence et en gériatrie.

Ces dernières mesures visent à intégrer dans la planification un événement singulier. Il s'agit de la loi réduisant la durée des études de médecine qui a été promulguée le 12 mai 2011 et publiée au Moniteur belge le 8 juin 2011. Cette loi est entrée en vigueur lors de la rentrée académique 2012-2013, soit le 15 septembre 2012. Elle est donc appliquée pour la première fois aux étudiants inscrits dans la première année du baccalauréat durant l'année académique 2012-2013.

Les conséquences de cette modification s'observent en 2018 : deux promotions d'étudiants obtiennent leur diplôme de base en médecine, celle des étudiants qui ont commencé leurs études réparties sur 7 ans en 2011 et celle qui a débuté en 2012 des études pour une durée de 6 ans. Comme le nombre maximum de candidats qui ont annuellement accès à la formation pour un titre professionnel particulier de médecin généraliste ou de médecin spécialiste était déjà fixé à 1230 pour l'année 2018 dans l'A.R. du 12 juin 2008, il était donc logique de modifier ces mesures pour faire face à la sortie de deux promotions d'étudiants qui obtiennent leur diplôme de base en médecine en 2018.

Les autres mesures restent inchangées, en particulier les exemptions du contingentement et le remplacement des candidats (voir ci-dessous). La période de compensation des éventuels surplus ou déficit, pour une Communauté donnée et pour les nombres maximum et minimum, reste inchangée, à savoir entre les années 2008 et 2018 (inclus). Ces nombres restent déterminés pour chaque année civile, alors que les formations pratiques s'alignent sur les années académiques.

Les sous-quotas ont été fixés jusque 2020. En vertu des transferts de compétence mis en œuvre lors de la sixième réforme de l'État, les Communautés peuvent fixer les sous-quotas qui seront en vigueur à partir de 2021.

La Commission de planification a remis son avis pour le quota fédéral pour l'année 2022, mais celui-ci n'a pas fait l'objet d'un arrêté royal.

L'AR du 31 juillet 2017 a pour objet de fixer le nombre maximum de candidats attestés qui auront accès à une formation menant à l'un des titres professionnels réservés aux praticiens de l'art médical pour l'année 2023.

La loi du 22 mars 2018 porte modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015.

Celle-ci détermine la manière dont le quota fédéral doit être réparti entre les Communautés et organise la manière dont le solde de diplômés surnuméraires de la Communauté française doit être récupéré.

La Commission de planification fixe dorénavant un **quota global sur l'ensemble du pays** qui est réparti par Communauté sur base de la clé de répartition fournie par la Cour des comptes. Cette nouvelle répartition sera donc d'application pour la première fois pour le quota 2025.

La Cour des comptes fixe annuellement cette clé de répartition, avant le 31 mars de chaque année. Cette clé de répartition est fixée sur la base du nombre d'habitants répartis par Communauté.

- Le nombre d'habitants de la Communauté flamande est égal à la somme du nombre d'habitants de la Région flamande et du nombre d'habitants néerlandophones dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le nombre d'habitants néerlandophones de la Région de Bruxelles-Capitale est déterminé en fonction de la proportion d'élèves de l'enseignement primaire et secondaire néerlandophone dans la Région de Bruxelles-Capitale par rapport au nombre total d'élèves de l'enseignement primaire et secondaire francophone et néerlandophone dans la Région de Bruxelles-Capitale.
- Le nombre d'habitants de la Communauté française est égal à la somme du nombre d'habitants de la Région wallonne et du nombre d'habitants francophones de la Région de Bruxelles-Capitale. Le nombre d'habitants francophones de la Région de Bruxelles-Capitale est déterminé en fonction de la proportion d'élèves de l'enseignement primaire et secondaire francophone dans la Région de Bruxelles-Capitale par rapport au nombre total d'élèves de l'enseignement primaire et secondaire francophone et néerlandophone dans la Région de Bruxelles-Capitale.

TABLEAU 9 : TAUX DE RÉPARTITION DU QUOTA GLOBAL SELON LA COUR DES COMPTES

Année de détermination de la clé de répartition	Année d'application de cette clé	Communauté flamande	Communauté française
2019	2025	59,51 %	40,49 %
2020	2026	59,59 %	40,41 %

Pour ce qui est de la récupération du solde des surnuméraires pour la période 2004 à 2021, l'article 92/1 en fixe les modalités.

« Art. 92/1. § 1^{er}. Le surnombre des candidats visés à l'article 92, § 1^{er}, 1^o, par rapport aux nombres maximaux pour la période 2004-2021 est fixé à 1531. Le surnombre se situe en Communauté française et concerne la période 2004-2021. À partir de 2024, chaque année, ce surnombre est déduit des futurs quotas, jusqu'à ce que le surnombre soit résorbé. Le nombre, déduit chaque année, est égal à la différence entre le futur quota d'une année déterminée et un nombre fixe de 505. »

« Art. 92/1. § 2. Le Roi peut fixer par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités de correction des futurs quotas, compte tenu du déficit fixé sur la base de l'avis 2017/03 de la Commission de planification. »

Le solde provisoire pour la période 2004-2021 en Communauté flamande est un déficit de 1040 candidats. À partir de 2024, chaque année, la Commission de planification propose dans son avis 2017/03 un rééquilibrage de +8% des futurs quotas jusqu'à ce que le solde négatif soit apuré. En décembre 2019, le gouvernement flamand annonçait une récupération plus rapide du déficit cumulé.

Le détail des calculs du surnombre ou du déficit de candidats se trouve dans le [section 3.2.7](#).

TABLEAU 10 : APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA BELGIQUE

Belgique	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022**	2023	2024	2025	2026
Nombres maximums (art. 3)	757	757	757	757	890	975	1025	1230	1230	1230	2460	1230	1230	1230	1320	1445	1445	1445	1445
Quota revu (loi 22/03/18)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1412	1434	1435
Rééquilibrage solde surnuméraires																			
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	300	300	300	300	300	300	360	400	400	800	400	400	-	-	-	-	-	-
	Psychiatres infanto-juvéniles	20	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-	-	-	-	-	-
	Médecine aiguë	10	10	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-	-	-	-	-	-
	Médecine d'urgence	5	5	10	10	10	10	10	10	10	20	10	10	-	-	-	-	-	-
	Gériatrie			20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-	-	-	-	-	-

* Les sous-quotas (nombres minimaux) ont été fixés jusque 2020. En vertu des transferts de compétence mis en œuvre lors de la sixième réforme de l'État, les Communautés peuvent fixer les sous-quotas qui seront en vigueur à partir de 2021.

** Pas de publication d'AR.

TABLEAU 11 : APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté flamande		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023	2024	2025**	2026
Nombres maximums (art. 3)		454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	738	745	838	838	860	861
Quota revu (loi 22/03/18)***		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	907	929	930
Rééquilibrage solde surnuméraires		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	69	69
Récupération envisagée		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	69	69
Récupération : solde cumulé		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	138	207
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	180	180	180	180	180	180	180	216	240	240	480	240	240	-	-	-	-	-	-
	Psychiatres infanto-juvéniles	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-	-	-	-	-	-
	Médecine aiguë	6	6	12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-	-	-	-	-	-
	Médecine d'urgence	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	12	6	6	-	-	-	-	-	-
	Gériatrie			12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-	-	-	-	-	-

* Pas de publication d'AR

** Première année d'application de la répartition du quota selon la cour des comptes

*** Les quotas revus pour la Communauté flamande sont ceux proposés par la Commission de planification dans son avis 2017/03 : +8% des quotas publiés, à partir de 2024. La récupération du solde négatif des surnuméraires ([section 3.2.7](#)) peut être plus rapide.

TABLEAU 12 : APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC « ACCÈS À LA FORMATION » (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Communauté française		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023	2024	2025**	2026
Nombres maximums (art. 3)		303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	492	575	607	607	585	584
Quota revu (loi 22/03/18)***		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	505	505	505
Rééquilibrage solde surnuméraires		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102	80	79
Récupération légale envisagée		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102	80	79
Récupération : solde cumulé		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102	182	261
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	120	120	120	120	120	120	120	144	160	160	320	160	160	-	-	-	-	-	-
	Psychiatres infanto-juvéniles	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-	-	-	-	-	-
	Médecine aiguë	4	4	8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-	-	-	-	-	-
	Médecine d'urgence	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	8	4	4	-	-	-	-	-	-
	Gériatrie			8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-	-	-	-	-	-

* Pas de publication d'AR

** Première année d'application de la répartition du quota selon la cour des comptes

*** Les quotas revus pour la Communauté française sont fixés à 505 à partir de 2024 jusqu'à ce que le solde positif des surnuméraires ([section 3.2.7](#)) soit récupéré.

Le contingentement affectant la force de travail en médecine n'est pas stricto sensu une limitation du nombre de numéros INAMI, ni du nombre de diplômés. Il s'agit d'une limitation souple du nombre de plans de stage admis pour une formation menant à un titre professionnel de la médecine dite « curative ».

Certains médecins ne sont pas repris dans le contingentement, parce qu'ils en sont légalement exclus, exemptés, ou encore remplacés.

Quels diplômés ne sont pas comptabilisés dans le contingent annuel ?

Exclusions : Ne sont pas repris dans le contingentement

- les médecins porteurs d'un diplôme de base obtenu à l'étranger ;
- les médecins ayant obtenu leur diplôme de base avant 2004 ;
- les médecins ayant été sélectionnés lors d'une année précédente et introduisant un nouveau plan de stage pour changer de spécialisation ;

Exemptions : Sont exemptés du contingentement

- les médecins sélectionnés pour une spécialisation en gestion de données de santé, en médecine légale, en médecine du travail et en médecin d'assurance et expertise médicale ;
- les médecins engagés par le Ministère de la Défense ;
- les médecins disposant d'un diplôme d'études secondaires octroyé par un État membre de l'EEE sans formation complète en médecine, chirurgie et accouchement (Grand-Duché de Luxembourg, Malte et Liechtenstein).

⇒ Ces exclusions et exemptions interviennent au moment du début du plan de stage.

Remplacements :

Dans quels cas les diplômés qui ont occupé une place dans les contingents annuels peuvent-ils être remplacés ?

Selon les articles 7 et 8 de l'AR du 12 juin 2008, les places dans les contingents sont considérées comme libérées lorsque l'un des médecins comptés dans les contingents se trouve dans une des situations suivantes :

- décès d'un médecin pendant son stage ;
- abandon par le médecin de son plan de stage, sans entamer une nouvelle formation ;
- décision ministérielle de mettre fin au plan de stage ;
- interruption de la formation pratique pour effectuer une activité scientifique couverte par un mandat de recherche.

⇒ *Le décompte de ces remplacements possibles ne peut se faire qu'à posteriori, indépendamment de la date du début du plan de stage.*

Lissage

La limitation est assouplie par une méthode de lissage : les surplus ou déficits éventuels par rapport aux quotas peuvent être reportés sur les quotas des années suivantes, jusqu'en 2018. Cette méthode suppose que les surplus de certaines années seront compensés par les déficits des autres années de manière à revenir à l'équilibre en 2018. Le respect de cette limitation est rendu difficile par le fait qu'il faut agir en amont sur le nombre d'étudiants admis en médecine 6 ou 7 ans plus tôt, malgré les incertitudes sur les taux de réussite et considérant que cela implique un autre niveau de pouvoir, celui en charge de l'enseignement. C'est pourquoi le paragraphe suivant s'intéresse au nombre attendu de diplômés.

3.2.2. LE NOMBRE ATTENDU DE DIPLOMES

Depuis septembre 2004, l'enseignement supérieur belge a été fortement modifié par la mise en place du « processus de Bologne ». Il s'agit d'une réforme européenne visant à harmoniser les diplômes entre les différents États membres et à favoriser la mobilité des étudiants sur le territoire européen. Les études s'organisent en trois cycles et chaque année d'étude est comptabilisée en « crédits » ou ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System). Le « crédit » est l'unité correspondant au temps consacré par l'étudiant à une activité d'apprentissage au sein d'un programme d'études, dans une discipline donnée. L'année d'étude reste la référence et correspond à 60 « crédits »⁶.

La mise en place de cette réforme – et notamment l'utilisation des ECTS – a signé la fin du programme d'études structuré autour d'années académiques « fixes », les étudiants pouvant actuellement accumuler des « crédits » sur différentes années.

La mise en place de cette réforme affecte le suivi du nombre de diplômés. En effet, les changements induits impliquent qu'il n'est plus possible aujourd'hui d'estimer le nombre attendu de diplômés sur la base des inscriptions par année d'études universitaires et des taux d'inscription à l'année d'études suivante, calculés entre deux années académiques successives (« taux de réussite »). En effet, les étudiants peuvent actuellement suivre un programme d'études répartis sur plusieurs années et être repris au sein de différentes années d'études (double comptage).

De manière à pallier ces limitations, le nombre attendu de diplômés est donc, à l'heure actuelle, estimé sur la base des projections issues du scénario de base établi pour le suivi des professions médicales.

Les tableaux ci-dessous illustrent les nombres réels et les nombres attendus de diplômés par Communauté. Les quotas sont également repris dans les tableaux comme valeurs de référence. Soulignons ici que l'ensemble des détenteurs d'un diplôme belge n'introduiront pas forcément un plan de stage pour l'obtention d'un titre professionnel particulier.

⁶ http://www.belgium.be/fr/formation/enseignement/superieur/harmonisation_europeenne

TABLEAU 13 : ÉTAT DE LA SITUATION DU CONTINGEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté flamande																	
	Réel (1)																Attendu (2)
Année du diplôme	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (8)	2019	2020
Nombre de diplômés	559	459	362	416	413	483	575	659	718	748	718 (3)	753 (4)	881 (5)	845 (6)	1502 (7)	1029 (9)	1072
Quota	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738

(1) Nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (source : SPF Santé publique).

(2) Pour l'année 2020, il s'agit de la projection du nombre d'étudiants diplômés du programme master (selon le scénario de base décrivant l'évolution de la force de travail des Médecins, 2016-2036 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).

(3) Sur les 718 diplômés en 2014, 660 (91%) ont la nationalité belge, 42 (5,8%) néerlandaise ; ce sont les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également qu'il n'y a pas de diplômés de nationalité luxembourgeoise.

(4) Sur les 753 diplômés en 2015, 702 (93,23%) ont la nationalité belge, 40 (5,31%) la nationalité néerlandaise ; ce sont, en 2015, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également qu'il n'y a pas, non plus, de diplômés de nationalité luxembourgeoise.

(5) Sur les 881 diplômés en 2016, 814 (92,39%) ont la nationalité belge, 51 (5,79%) la nationalité néerlandaise ; ce sont en 2016, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également qu'il n'y a pas, non plus, de diplômés de nationalité luxembourgeoise.

(6) Sur les 845 diplômés en 2017, 787 (93,14%) ont la nationalité belge, 49 (5,80%) la nationalité néerlandaise ; ce sont en 2017, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également qu'il n'y a pas, non plus, de diplômés de nationalité luxembourgeoise.

(7) Sur les 1502 diplômés en 2018, 1396 (92,94%) ont la nationalité belge, 82 (5,46%) la nationalité néerlandaise ; ce sont en 2018, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également qu'il n'y a pas, non plus, de diplômés de nationalité luxembourgeoise.

(8) En 2018, deux cohortes arrivent en même temps au terme de leur formation de base en médecine en raison de la réduction de la durée du parcours d'étude qui est entrée en vigueur en 2012 (de 7 à 6 ans). Ceci explique que le quota en 2018 soit doublé.

(9) Sur les 1029 diplômés en 2019, 947 (92,03%) ont la nationalité belge, 59 (5,73%) la nationalité néerlandaise ; ce sont en 2019, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également qu'il n'y a pas, non plus, de diplômés de nationalité luxembourgeoise.

TABLEAU 14 : ÉTAT DE LA SITUATION DU CONTINGEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Communauté française																	
	Réel (1)																Attendu (2)
Année du diplôme	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (8)	2019	2020
Nombre de diplômés	321	314	323	315	341	368	405	466	462	428	571 (3)	606 (4)	736 (5)	840 (6)	1778 (7)	990 (9)	795
Quota	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492

(1) Nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (source : SPF Santé publique).

(2) Pour l'année 2020, il s'agit de la projection du nombre d'étudiants diplômés du programme master (selon le scénario de base décrivant l'évolution de la force de travail des Médecins, 2016-2036 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).

(3) Sur les 571 diplômés en 2014, 480 (84%) ont la nationalité belge, 43 (7,5%) française ; ce sont les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également que 7 diplômés sont de nationalité luxembourgeoise.

(4) Sur les 606 diplômés en 2015, 524 (86,47%) ont la nationalité belge, 46 (7,59%) ont la nationalité française ; ce sont, en 2015, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également que 5 diplômés sont de nationalité luxembourgeoise.

(5) Sur les 736 diplômés en 2016, 641 (87,02%) ont la nationalité belge, 52 (7,06%) ont la nationalité française ; ce sont, en 2016, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également que 11 diplômés sont de nationalité luxembourgeoise.

(6) Sur les 840 diplômés en 2017, 685 (81,55%) ont la nationalité belge, 86 (12,55%) ont la nationalité française ; ce sont, en 2017, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également que 5 diplômés sont de nationalité luxembourgeoise.

(7) Sur les 1778 diplômés en 2018, 1468 (82,56%) ont la nationalité belge, 161 (9,06%) la nationalité française ; ce sont, en 2018, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également que 25 diplômés sont de nationalité luxembourgeoise.

(8) En 2018, deux cohortes arrivent en même temps au terme de leur formation de base en médecine en raison de la réduction de la durée du parcours d'étude qui est entrée en vigueur en 2012 (de 7 à 6 ans). Ceci explique que le quota en 2018 soit doublé.

(9) Sur les 990 diplômés en 2019, 789 (79,70%) ont la nationalité belge, 115 (11,62%) la nationalité française ; ce sont, en 2019, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également que 5 diplômés sont de nationalité luxembourgeoise.

Des tableaux 13 et 14, il ressort qu'en Communauté flamande, chaque année un léger surplus d'étudiants diplômés est observé par rapport aux quotas fixés qui, en 2019, augmente. En Communauté française en revanche, l'écart entre le nombre d'étudiants diplômés et les quotas de sélection se creuse, avec un nombre croissant de nouveaux diplômés. Vu la tendance à diplômer un

nombre de médecins supérieur aux quotas de sélection pour l'accès aux stages, le respect des quotas nécessite des mesures en amont, agissant sur le nombre d'étudiants. L'organisation des études est du ressort des Communautés, en particulier s'il s'agit de prendre des mesures limitant le nombre d'inscriptions.

Dans ce but, la **Communauté flamande** a instauré depuis 1997 un examen d'entrée commun pour les études en sciences médicales et en sciences dentaires⁷. À partir de 2018, l'examen d'entrée en sciences médicales a été séparé de celui en sciences dentaires et l'examen a été transformé en concours, c'est-à-dire que seuls les participants les mieux classés du programme peuvent entamer les études en sciences médicales et en sciences dentaires.

TABLEAU 15 : RÉSULTATS DE L'EXAMEN D'ENTRÉE EN SCIENCES MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE EN 2018 ET 2019

Nationalité	2018			2019		
	Candidats	Lauréats	% de réussite	Candidats	Lauréats	% de réussite
Belge	4612	1054	22,9 %	4974	1155	23,2 %
Non-belge	553	72	13,0 %	531	50	9,4 %
Total	5165	1126	21,8 %	5505	1205	21,9 %

Source : <https://toelatingsexamenartstandarts.be/publicaties>

En 2018 et 2019, le nombre de candidats augmente légèrement et passe de 5165 candidats en 2018 à 5505 candidats en 2019. Les taux de réussite restent comparables, ce qui permet à 1126 et 1205 candidats de pouvoir démarrer leurs études en médecine en 2018 et en 2019 respectivement.

Dans la même perspective, en **Communauté française**, plusieurs systèmes ont été successivement instaurés. La première mesure, appliquée de 1997 à 2002, consistait en une sélection des étudiants au terme du premier cycle de leurs études, c'est à dire à la fin de la troisième année⁸. Le décret imposant cette sélection a été abrogé en 2002, rendant libre l'accès aux études de médecine en Communauté française. Cette situation a duré jusqu'en 2005, où un autre examen de sélection a été instauré, à la fin de la première année d'études. Cet examen a été effectif pendant 3 ans, et ensuite suspendu de 2008 à 2012.

À partir de la rentrée académique 2012, le Gouvernement de la Communauté française a adopté un arrêté qui décrit une procédure d'orientation commune aux cinq facultés de médecine de la Communauté française. En fonction des résultats obtenus aux examens de la fin du 1^{er} quadrimestre de la première année de médecine, le jury du 1^{er} bachelier oriente chaque étudiant, soit vers le 2^e quadrimestre du 1^{er} bachelier, soit vers un étalement en 2 ans de cette première année, soit éventuellement vers d'autres études dans le domaine de la santé. Depuis la rentrée académique 2013, la Communauté française a opté pour une procédure complémentaire, qui consiste en un examen obligatoire non contraignant préalable à l'inscription aux études de médecine, appelé « Test d'orientation du secteur de la santé ». Cet examen permet aux futurs étudiants d'autoévaluer leur

⁷ Avant l'instauration de ce filtre, le nombre annuel de diplômés des années 1997 à 2003 fluctue entre 572 et 671. Le filtre mis en place dès 1997 produit ses effets sur la période 2004-2009, où le nombre annuel de diplômés oscille entre 362 et 559.

⁸ Avant l'instauration de ce premier filtre, le nombre annuel de diplômés des années 1997 à 2003 fluctue entre 482 et 551. Le filtre mis en place en 1997 produit ses effets sur la période 2004-2009, où le nombre annuel de diplômés oscille entre 314 à 368.

niveau de connaissance dans des matières considérées comme prérequis minimaux. En 2014, ces deux dernières mesures étaient en vigueur en Communauté française.

En 2016, le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a adopté le règlement organisant le concours en médecine et dentisterie. Le 13 janvier 2016, un nouvel arrêté du Gouvernement de la Communauté française a fixé les modalités d'établissement du classement et de délivrance des attestations d'accès à la suite de programme du cycle pour les études de sciences médicales et sciences dentaires (accès à la deuxième année du programme d'études). Le règlement, à l'attention des sous-jurys du bloc des 60 premiers crédits du 1^{er} cycle en sciences médicales et en sciences dentaires, précise les modalités d'accès au concours, de délibération, de classement et de délivrance des attestations d'accès à la suite du premier cycle en sciences médicales et en sciences dentaires en application de l'article 110/7 du décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études, inséré par le décret du 9 juillet 2015 relatif aux études de sciences médicales et dentaires. Ces modalités entrent en vigueur pour l'année académique 2015-2016⁹.

À la suite des actions menées en justice durant l'été 2016, le Ministre de la Fédération Wallonie-Bruxelles a transmis des directives aux recteurs des universités et doyens des facultés de médecine de la Communauté française. Ces directives soulignent que tous les étudiants de premier baccalauréat en médecine ou en sciences dentaires qui, durant l'année académique 2015-2016, ont « acquis au moins 45 des 60 premiers crédits du programme d'études de premier cycle » sont tous autorisés – dans un souci d'équité – à s'inscrire dans la suite de leur programme d'études de premier cycle (donc sont concernés ici non seulement les étudiants qui avaient porté le litige, en référé, devant les instances judiciaires, mais encore tous les étudiants se trouvant « dans une même situation » c'est-à-dire tous les étudiants de premier baccalauréat en médecine ou en sciences dentaires qui, durant l'année académique 2015-2016, ont « acquis au moins 45 des 60 premiers crédits du programme d'études de premier cycle »).

Enfin, le 29 mars 2017, la Fédération Wallonie-Bruxelles a approuvé le décret pour organiser un examen d'entrée à l'entrée des études médecins et dentistes. Cet examen a été organisé pour la première fois le 8 septembre 2017. Les étudiants qui obtiennent au moins 10/20 pour chacune des 2 parties et un minimum de 8/20 pour chacune des 8 matières peuvent entamer leurs études en médecine ou en dentisterie.

⁹ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 13 janvier 2016 fixant les modalités d'établissement du classement et de délivrance des attestations d'accès à la suite du programme du cycle pour les études de sciences médicales et sciences dentaires (M.B. 8 février 2016)

Décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études (M.B. 18 décembre 2013)

TABLEAU 16 : RÉSULTATS DE L'EXAMEN D'ENTRÉE EN SCIENCES MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE 2017 À 2019

	2017			2018						
	Session unique			Session juillet			Session septembre			Total 2018
Statut	Candidats	Lauréats	% de réussite	Candidats	Lauréats	% de réussite	Candidats	Lauréats	% de réussite	Lauréats
Résident	2523	596	23,6 %	2225	557	25,0 %	1541	330	21,4 %	887
Non résident	471	55	11,7 %	692	78	11,3 %	522	77	14,8 %	155
Total	2994	651	21,7 %	2917	635	21,8 %	2063	407	19,7 %	1042

	2019						
	Session juillet			Session septembre			Total 2019
Statut	Candidats	Lauréats	% de réussite	Candidats	Lauréats	% de réussite	Lauréats
Résident	2049	407	19,9 %	1485	315	21,2 %	722
Non résident	959	101	10,5 %	712	135	19,0 %	236
Total	3008	508	16,9 %	2197	450	20,5 %	958

Sources : Ares, communiqué de presse, 14 septembre 2018 et 14 septembre 2019. <https://www.ares-ac.be/fr/presse>

En 2017, une session unique est organisée. Sur les 2994 candidats à l'examen d'entrée en sciences médicales, 651 candidats réussissent, soit 21,7 %.

Remarquons qu'avec 471 candidats non-résidents se présentant à l'examen (15,7% des candidats) et leur plus faible taux de réussite, la proportion de candidats non-résidents admis aux études (8,5%) se situe largement en dessous de la limitation des étudiants non-résidents dans les études médicales (30% selon le décret non-résident).

En 2018 et 2019, deux sessions sont organisées. Le nombre de candidats augmente et passe à environ 4000 jeunes qui ont présenté au moins une des deux épreuves (une grande partie des candidats de la seconde session ont aussi participé à la première session : 3/4 en 2018 et 4/5 en 2019). Le taux de réussite reste comparable, allant de 16,9 % à 21,8% des candidats qui réussissent leur examen, ce qui permet à 1042 et 958 candidats de pouvoir démarrer leurs études en médecine en 2018 et en 2019 respectivement.

La proportion de candidats non-résidents se présentant à l'examen augmente chaque année et atteint 32,4 % des candidats de la seconde session en 2019. Leur taux de réussite, même s'il progresse, reste inférieur à celui des candidats belges. Lors de la seconde session en 2019, le taux de réussite des non-résidents se rapproche sensiblement de celui des résidents : 19,0 % versus 21,2 %. La proportion de candidats non-résidents admis aux études de médecine est de 14,9% en 2018 et 24,6% en 2019.

Un autre facteur interférant avec les mesures de contingentement est également l'application de la **directive européenne 2005/36/CE** du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui propose en son annexe la liste des équivalences entre pays, du diplôme de base en médecine et de chaque titre professionnel particulier de médecin. Loin d'être négligeables, les effets de cette directive sont également difficilement maîtrisables, par leur complexité.

D'une part, tout médecin diplômé dans un pays européen cité dans cette directive peut faire reconnaître son diplôme en tant qu'équivalent au diplôme belge de médecin, et exercer sa profession en Belgique, éventuellement après avoir effectué un stage de spécialisation en Belgique, en dehors du contingentement. Comme les quotas ne concernent que les diplômés des Communautés française ou flamande, ce flux de médecins formés à l'étranger alimente le stock de la force de travail des médecins, indépendamment du contingentement.

Inversement, tout médecin diplômé ou même agréé, autorisé à porter un titre professionnel particulier en Belgique peut facilement quitter le pays en faisant reconnaître ses qualifications professionnelles par les autorités nationales des pays européens précisés dans la directive européenne. Lorsqu'il s'agit d'un diplômé issu d'une université belge, il s'agit d'une place occupée dans le contingentement qui ne contribuera pas à l'augmentation du stock de médecins sur le territoire belge.

Par exemple, en raison de la libre circulation des personnes, de la reconnaissance des titres, et de l'application d'un *numerus clausus* à l'entrée des études en France, un nombre non négligeable de Français tentent leur chance dans les universités de la Communauté française, avec l'intention de rentrer en France pour exercer leur profession¹⁰. Les « non-résidents » sont compris dans les nombres ci-dessus. L'impact de ce phénomène sur le contingentement mériterait une attention particulière, dans la mesure où ces médecins occupent une place dans les contingents sans nécessairement ensuite en occuper une dans le système belge des soins de santé.

La Communauté française a adopté le décret du 12 juillet 2012 intégrant les cursus de médecine et de sciences dentaires dans le dispositif mis en place par le décret du 16 juin 2006 régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur. Cette législation a pour but de limiter à 30% le nombre d'inscrits non-résidents. La sélection se fait en fonction des résultats obtenus à l'examen d'entrée. En 2017, 2018 et 2019, il n'a pas été nécessaire de procéder au classement des non-résidents pour la médecine.

Tous ces facteurs, intervenant à l'inscription ou durant les études, doivent normalement avoir un impact sur le rapport entre le nombre d'inscriptions et celui des diplômés 6 ans plus tard.

La loi du 29 mars 2019 modifie la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé et vise à instaurer un contingentement des médecins et des dentistes formés dans une université étrangère.

Cette loi vise d'une part, après avis de la Commission de planification, :

- À instaurer un contingentement des médecins et dentistes formés dans une université étrangère pour l'accès à un titre professionnel particulier (article 1^obis) ;
- À limiter le nombre global de médecins qui, après avoir réussi leur formation de base et une spécialisation dans une université étrangère, obtiennent leur visa et sont donc autorisés à exercer en Belgique (article 1^oter) ;

¹⁰ Voir note *Médecins: mobilités internationales*, mise à jour en 2020 sur le site https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/medecins_mobilites_internationales_2020.pdf.

- À limiter le nombre global de dentistes qui, après avoir réussi leur formation de base et une spécialisation dans une université étrangère, obtiennent leur visa et sont donc autorisés à exercer en Belgique (article 1^oquater).

En raison d'incompatibilité avec d'autres règles à portée légale (en particulier les articles ter et quater et la directive européenne concernant la mobilité), l'avis de la Commission n'a pas encore été demandé.

3.2.3. LA REALISATION DU CONTINGEMENT DES MEDECINS

L'A.R. du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale est précis : il s'agit d'une limitation de l'accès annuel à la formation pour un titre de médecin généraliste ou de médecin spécialiste (art. 2). Il s'agit des titres visés à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire.

L'année 2008 est une année de transition. Aux termes des articles 11 et 12, certains soldes accumulés dans le cadre de l'A.R. du 30 mai 2002 doivent être repris :

- L'article 11 prévoit de déduire les surplus accumulés durant la période 2004-2007 des nouveaux nombres maximums. Lors de la transition, deux situations peuvent se produire :
 - un excédent de plans de stage réalisés par rapport aux nombres maximums en vigueur à l'époque, qui doivent être déduits des nouveaux nombres maximums éventuels pour les mêmes spécialisations.
 - un excédent de plans de stage réalisés par rapport aux seuils minimaux en vigueur à l'époque, qui doivent être déduits des nouveaux nombres maximums éventuels pour les mêmes spécialisations.

Le nouvel arrêté ne prévoit pas de nombres maximums pour les spécialisations pour lesquelles des nombres minimaux avaient été définis auparavant. Seule la première situation doit donc être prise en compte. Dans ce cas, il est logique de prendre les nombres maximums du passé en y incluant les immunisés parce que les nombres d'immunisés sont également intégrés dans les nouveaux nombres maximums. Par ailleurs, il est logique de déduire également les candidats ayant obtenu un diplôme de fin d'études antérieur à l'année 2004, qui avaient été comptés en trop aux termes de l'article 5, 8^o. Ces ajustements sont signalés par la note 2 des tableaux 18, 19 et 20 suivants.

- L'article 12 prévoit de compenser les déficits du passé (2004-2007) en supplément des nouveaux nombres minimaux (seuils) dans l'arrêté actuel. Lors de la transition, deux situations peuvent se produire :
 - un déficit de plans de stage réalisés par rapport aux seuils minimaux en vigueur à l'époque, qui doivent alors être compensés en cas de nouveaux nombres minimaux éventuels pour les mêmes spécialisations.
 - un déficit de plans de stage réalisés par rapport aux nombres maximums en vigueur à l'époque, qui doivent alors être compensés en cas de nouveaux nombres minimaux éventuels pour les mêmes spécialisations.

Aucune des spécialisations pour lesquelles des minima avaient été fixés au terme de l'A.R. du 30 mai 2002, n'est reprise comme nombre minimal dans l'A.R. actuel. La première situation n'est donc pas d'application. Des nombres maximum n'étaient fixés que pour les généralistes dans l'ancien A.R. alors que des seuils minimaux sont prévus dans le nouvel A.R. La deuxième situation n'est donc applicable qu'aux médecins généralistes¹¹. Ces ajustements sont signalés par la note 3 des tableaux 18, 19 et 20 suivants.

Afin d'assurer le suivi de la planification, le SPF Santé publique a fourni aux universités un modèle d'attestation de sélection répondant à la définition donnée par l'A.R. du 12 juin 2008. Ce modèle facilite la communication entre l'administration et les universités, qui mentionnent de manière précise si le candidat sélectionné entre dans le contingent, s'il remplace un candidat qui sort du contingent ou s'il en est exempté. Dans ce dernier cas, le motif d'exemption doit être précisé. S'il s'agit du remplacement suite à un arrêt de formation ou à une activité de recherche, la signature du candidat remplacé est requise.

D'un autre côté, le SPF Santé publique s'est équipé d'un dispositif lui permettant d'enregistrer les plans de stage de manière à traiter toutes les données de l'attestation de sélection. L'usage de ce dispositif a débuté en juin 2010, et aurait dû permettre d'extraire de manière automatique le nombre de candidats dans le quota et de candidats exemptés ou remplacés.

Cependant, il s'est avéré que les attestations n'ont pas été remplies avec le détail d'information suffisant et que les mandats de recherche sont parfois encodés avec plusieurs années de retard (lorsque le médecin candidat reprend son stage pratique et introduit la prolongation requise selon les critères généraux d'agrément).

Les exemptions et remplacements n'ont pas tous été décomptés dans la mesure où l'administration ne disposait pas des données complètes. Pour la mise en œuvre des différents articles du champ d'application, un seul réajustement a été fait en 2010 (signalé par la note 4 dans les tableaux 18, 19 et 20). Il avait décompté les places libérées dans les contingents annuels par les mandats de recherche, sur la base d'une extraction dans le cadastre des plans de stage. Le présent rapport prend en compte l'actualisation des données suivantes.

Pour les périodes « 2011-2014 » et « 2015-2018 », les collègues néerlandophones et francophones des doyens des facultés de médecine ont fourni les données relatives aux mandats de recherche. Le total des mandats de recherche libérant des places dans les contingents a été calculé pour chaque Communauté. Le réajustement qui apparaît dans les tableaux 18, 19 et 20, dans les colonnes total cumulé 2004-2014 et 2004-2018 (notes 5 et 6), tient compte de ce qui a déjà été décompté en 2010.

Pour les prochaines années, il faudra tenir à jour ce décompte. Par ailleurs, il faudra également, à la fin du lissage, déduire les décès et les abandons définitifs.

¹¹ Les restrictions de quotas de l'art. 1^{er} n'étaient pas d'application aux spécialisations "immunisées" de l'art. 3 de l'A.R. du 30 mai 2002. L'art. 4, §3, de l'A.R. du 30 mai 2002 stipule clairement que les règles pour les nombres manquants ne doivent être appliquées qu'aux quotas de l'arrêté concerné à l'art. 1^{er}. Les nombres pour les spécialisations immunisées ne concernaient en fait qu'un nombre supplémentaire au-delà des quotas existants visés à l'art. 1^{er}.

Ainsi, pour faire le suivi de la réalisation du contingentement, les données extraites du cadastre concernent tous les plans de stage débutés en 2019.

De cet effectif de base, sont écartés :

- les médecins porteurs d'un diplôme obtenu à l'étranger ;
- les médecins porteurs d'un diplôme belge obtenu avant 2004 ;
- les médecins ayant été sélectionnés lors d'une année précédente et introduisant un nouveau plan de stage pour changer de spécialisation (réorientation) ;
- les médecins ayant été sélectionnés pour une spécialisation dans une des 4 médecines non-curatives (activité hors AMI) ;
- les médecins engagés par le Ministère de la Défense ;
- les médecins disposant d'un diplôme d'études secondaires octroyé par un État membre de l'EEE sans formation complète en médecine, chirurgie et accouchement ; la proxy utilisée se base sur la nationalité des personnes : les médecins de nationalité luxembourgeoise, de Malte ou du Liechtenstein.

À titre indicatif, le nombre de médecins exemptés pour l'une de ces raisons est repris dans le tableau 17 en fonction du motif d'exemption et de la Communauté dont relève l'université qui a sélectionné le candidat pour sa formation de spécialisation.

TABLEAU 17 : NOMBRE D'EXEMPTIONS ET D'EXCLUSION DU CONTINGENTEMENT EN 2019, PAR COMMUNAUTÉ ET POUR LA BELGIQUE

		Communauté flamande	Communauté française	Belgique
Exemptions et exclusions du contingentement				
Diplômes étrangers (art.1, 1°);		27	39	66
Changement de spécialité	Médecin généraliste	9	6	15
	Médecin spécialiste	11	4	15
Gestion des données de santé (art. 5, 1°) ou médecine d'assurance et expertise médicale (art. 5, 2°); ou médecine légale (art. 5, 3°); ou médecine du travail (art. 5, 4°);		3	2	5
Engagé par le Ministère de la défense (art. 5, 5°);		0	0	0
Diplôme d'études secondaires octroyé par un État membre de l'EEE sans formation complète en médecine, chirurgie et accouchement (art. 5, 7°);		0	4	4
Diplômes obtenus avant 2004 (art. 5, 8°);	Médecin généraliste	0	0	0
	Médecin spécialiste	0	1	1
Total des exemptions		50	56	106

TABEAU 18 : LA RÉALISATION DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE : APERÇU GLOBAL

Communauté flamande																						
	(1)	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014	2015	2004-2015	2016	2004-2016	2017	2004-2017	2018	2004-2018	2019	2004-2019	
		Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	
Nombres maximums (art. 3)	N	454		454		534		585		615		738		738		1476		738				
	O	553		597		660		699		672		702		826		787		1273		912		
	Δ	99	(-216-153) = - 369 (2)	143	-226	126	-100	114	+14	57	(71-140) = -69 (4)	-36	-105	88	-17	49	+32	-203	(-171-229) = -400 (5)	174	-226	
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	180		180		180		180		180		216		240		240		480		240	
		O	168		195		210		215		251		265		319		300		474		331	
		Δ	-12	-406 (3)	15	-391	30	-361	35	-326	71	-255	49	-206	79	-127	60	-67	-6	-73	91	+18
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	12		12		12		12		12		12		12		12		24		12	
		O	9		12		14		13		5		10		13		14		20		22	
		Δ	-3	-3	0	-3	2	-1	1	0	-7	-7	-2	-9	1	-8	2	-6	-4	-10	10	0
	Médecine aiguë	N	12		12		12		12		12		12		12		12		24		12	
		O	8		6		8		13		12		8		5		7		13		9	
		Δ	-4	-2	-6	-8	-4	-12	1	-11	0	-11	-4	-15	-7	-22	-5	-27	-11	-38	-3	-41
	Médecine d'urgence	N	6		6		6		6		6		6		6		6		12		6	
		O	9		5		19		19		23		21		22		22		35		36	
		Δ	3	+10	-1	+9	13	+22	13	+35	17	+52	15	+67	16	+83	16	+99	23	+122	30	+152
	Gériatrie	N	12		12		12		12		12		12		12		12		24		12	
		O	2		1		0		0		2		2		4		0		0		0	
		Δ	-10	-10	-11	-21	-12	-33	-12	-45	-10	-55	-10	-65	-8	-73	-12	-85	-24	-109	-12	-121

(1) N= contingent normé ; O= contingent observé (plans de stage introduits et approuvés) ; Δ (delta) = la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2009 était de (-315). En 2010, on a appliqué la correction de (-153) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2004-2010

(3) Le solde 2004-2009 était de (-394).

(4) En 2014, on a appliqué la correction de (-140) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2011-2014.

(5) En 2018, on a appliqué la correction de (-229) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2015-2018.

TABLEAU 19 : LA RÉALISATION DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : APERÇU GLOBAL

Communauté française																					
	(1)	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014	2015	2004-2015	2016	2004-2016	2017	2004-2017	2018	2004-2018	2019	2004-2019
		Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé
Nombres maximums (art. 3)	N	303		303		356		390		410		492		492		492		984		492	
	O	406		447		432		410		522		579		661		768		1477		873	
	Δ	103	(195 - 86) = +109 (2)	144	+253	76	+329	20	+349	112	(461-98) = +363 (4)	87	+450	169	+619	276	+895	493	(1388-157) = +1231 (5)	381	+1612
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	120		120		120		120		120		144		160		160		320		160
		O	106		122		123		129		160		199		231		299		685		377
		Δ	-14	-101 (3)	2	-99	3	-96	9	-87	40	-47	55	+8	71	+79	139	+218	365	+583	217
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	8		8		8		8		8		8		8		8		16		8
		O	7		9		4		7		7		6		13		8		21		10
		Δ	-1	0	1	+1	-4	-3	-1	-4	-1	-5	-2	-7	5	-2	0	-2	5	+3	2
	Médecine aiguë	N	8		8		8		8		8		8		8		8		16		8
		O	2		1		4		1		2		0		0		0		0		1
		Δ	-6	-4	-7	-11	-4	-15	-7	-22	-6	-28	-8	-36	-8	-44	-8	-52	-16	-68	-7
	Médecine d'urgence	N	4		4		4		4		4		4		4		4		8		4
		O	15		16		15		15		27		34		28		42		71		43
		Δ	11	+20	12	+32	11	+43	11	+54	23	+77	30	+107	24	+131	38	+169	63	+232	39
	Gériatrie	N	8		8		8		8		8		8		8		8		16		8
		O	4		7		7		7		9		7		14		15		18		11
		Δ	-4	-4	-1	-5	-1	-6	-1	-7	1	-6	-1	-7	6	-1	7	+6	2	+8	3

(1) N= contingent normé; O= contingent observé (plans de stage introduits et approuvés); Δ (delta) = la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2009 était de (+92). En 2010, on a appliqué la correction de (-86) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2004-2010.

(3) Le solde 2004-2009 était de (-87).

(4) En 2014, on a appliqué la correction de (-98) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2011-2014.

(5) En 2018, on a appliqué la correction de (-157) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2015-2018.

TABLEAU 20 : LA RÉALISATION DU CONTINGEMENT DES MÉDECINS POUR LA BELGIQUE : APERÇU GLOBAL

Belgique																					
	(1)	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014	2015	2004-2015	2016	2004-2016	2017	2004-2017	2018	2004-2018	2019	2004-2019
		Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé	Total cumulé
Nombres maximums (art. 3)	N	757		757		890		975		1025		1230		1230		1230		2460		1230	
	O	959		1044		1092		1109		1194		1281		1487		1555		2750		1785	
	Δ	202	-260 (2)	287	+27	202	+229	134	+363	169	+294 (4)	51	+345	257	+602	325	+927	290	+831 (5)	555	+1386
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	300		300		300		300		300		360		400		400		800		400
		O	274		317		333		344		411		464		550		599		1159		708
		Δ	-26	-507 (3)	17	-490	33	-457	44	-413	111	-302	104	-198	150	-48	199	+151	359	+510	308
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	20		20		20		20		20		20		20		20		40		20
		O	16		21		18		20		12		16		26		22		41		32
		Δ	-4	-3	1	-2	-2	-4	0	-4	-8	-12	-4	-16	6	-10	2	-8	1	-7	12
	Médecine aiguë	N	20		20		20		20		20		20		20		20		40		20
		O	10		7		12		14		14		8		5		7		13		10
		Δ	-10	-6	-13	-19	-8	-27	-6	-33	-6	-39	-12	-51	-15	-66	-13	-79	-27	-106	-10
	Médecine d'urgence	N	10		10		10		10		10		10		10		10		20		10
		O	24		21		34		34		50		55		50		64		106		79
		Δ	14	+30	11	+41	24	+65	24	+89	40	+129	45	+174	40	+214	54	+268	86	+354	69
	Gériatrie	N	20		20		20		20		20		20		20		20		40		20
		O	6		8		7		7		11		9		18		15		18		11
		Δ	-14	-14	-12	-26	-13	-39	-13	-52	-9	-61	-11	-72	-2	-74	-5	-79	-22	-101	-9

(1) N= contingent normé ; O= contingent observé (plans de stage introduits et approuvés) ; Δ (delta)= la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2009 était de (-223). En 2010, on a appliqué la correction de (-239) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2004-2010.

(3) Le solde 2004-2009 était de (-481).

(4) En 2014, on a appliqué la correction de (-238) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2011-2014.

(5) En 2018, on a appliqué la correction de (-386) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2015-2018.

Les constats suivants peuvent être faits quant à la réalisation du contingentement des médecins pour la Belgique entre 2004 et 2019.

En **Communauté flamande** (voir Tableau 18), on a observé entre 2004 et 2008 un important déficit cumulé, qui, en 2010 après la correction appliquée visant à décompter les détenteurs d'un mandat de recherche, continue de s'accroître pour atteindre -369 unités. On constate ensuite que le nombre de nouveaux plans de stage introduits et approuvés est globalement supérieur aux quotas fixés, ce qui entraîne un contingent positif en 2017. Comme attendu, le nombre de plans de stage introduits en 2018 est presque deux fois plus élevé qu'en 2017 et ce nombre (= 1273) est inférieur aux quotas fixés (= 1476). Cette tendance, conjuguée à la correction afférente aux détenteurs d'un mandat de recherche, conduit à un déficit cumulé de -400 unités. 174 unités supplémentaires au quota de 2019 (= 738) diminuent ce déficit cumulé à -226 unités. Si l'on examine de manière plus approfondie les différentes spécialités, on constate que le déficit cumulé a évolué vers un surplus cumulé chez les médecins généralistes à partir de 2019 (de -394 unités entre 2004 et 2009 à +18 unités entre 2004 et 2019), une augmentation du surplus cumulé en médecine d'urgence (de +7 unités entre 2004 et 2009 à +152 unités entre 2004 et 2019), le retour d'un total cumulé en équilibre en psychiatrie infanto-juvénile après plusieurs années en déficit cumulé (0 unité entre 2004 et 2009 et entre 2004 et 2019), et une augmentation du déficit cumulé en médecine aiguë (de +2 unités entre 2004 et 2009 à -41 unités entre 2004 et 2019) et en gériatrie (de -10 unités entre 2004 et 2010 à -121 unités entre 2004 et 2019).

En **Communauté française** (voir Tableau 19), le surplus cumulé observé pendant la période 2004-2008 (+37 unités) continue de croître pour atteindre +1612 unités en 2019. Sans surprise, on compte ici aussi presque deux fois plus de plans de stages introduits en 2018 qu'en 2017, mais ce nombre (= 1477) est nettement plus élevé que les quotas fixés (= 984). En 2019, on comptabilise 381 unités supplémentaires au quota fixé (= 492). S'agissant du nombre minimum de médecins dans chaque spécialité présentée, on observe des différences. Pour la médecine générale, le déficit cumulé en 2009 (-87 unités) a évolué vers un important surplus cumulé en 2019 (+800 unités). La même tendance se dessine en gériatrie, avec un déficit cumulé de -4 unités en 2009 évoluant vers un surplus cumulé de +11 unités en 2019. En pédiatrie infanto-juvénile, le surplus cumulé passe de +1 unité entre 2004 et 2009 à un déficit cumulé de -7 unités entre 2004 et 2015. Dès 2016, on constate un revirement, le déficit laissant la place à un surplus cumulé de 5 unités en 2019. Le surplus cumulé de +2 unités en médecine aiguë pendant la période 2004-2009 laisse la place à un déficit cumulé de -75 unités en 2019. En médecine d'urgence enfin, on note une augmentation du surplus cumulé entre 2009 et 2019 (de +9 unités entre 2004 et 2009 à +271 unités entre 2004 et 2019).

Le Tableau 20 donne un aperçu de la réalisation du contingentement des médecins pour la **Belgique**. Le déficit cumulé de -223 médecins entre 2004 et 2009 évolue vers un surplus cumulé de +1386 médecins entre 2004 et 2019. Le surplus constaté en 2019 (= 555) est le plus élevé depuis le début du contingentement. En médecine générale, le déficit cumulé de -481 unités pendant la période 2004-2009 évolue vers un surplus cumulé de +818 unités entre 2004 et 2019. La tendance inverse se dessine en médecine aiguë (de +4 unités entre 2004 et 2009 à -116 unités entre 2004 et 2019). Partant d'un surplus cumulé de +1 unité entre 2004 et 2009 et, après toute une période en déficit cumulé, la psychiatrie infanto-juvénile retrouve un surplus cumulé avec +5 unités entre 2004 et 2019. En médecine d'urgence, le surplus cumulé de +16 unités entre 2004 et 2009 augmente pour atteindre +423 unités entre 2004 et 2019. À l'inverse, on observe en gériatrie une augmentation du déficit cumulé, qui passe de -14 unités pendant la période 2004-2010 à -110 unités pendant la période 2004-2019.

3.2.4. SUIVI DU CONTINGEMENT DE 2004 JUSQU'À 2019

Le suivi du contingentement depuis sa mise en application en 2004 jusqu'à 2019 aboutit aux conclusions suivantes :

- En 2019, on constate que le nombre de diplômés en **Communauté flamande** est supérieur au quota 2019 attribué à cette Communauté. Un nombre non négligeable de diplômés n'ayant pas débuté un plan de stage n'entre toutefois pas dans le cadre du contingentement. Le surplus cumulé en Communauté flamande de 32 unités en 2017 a évolué vers un déficit cumulé de 400 unités en 2018, ramené à un déficit cumulé de 226 unités en 2019.
- En 2019, on constate que le nombre de diplômés en **Communauté française** est deux fois plus élevé que le quota 2019 attribué à cette Communauté. Bien qu'un nombre non négligeable de diplômés n'aient pas débuté un plan de stage dans le cadre du contingentement, le nombre de diplômés ayant introduit un plan de stage reste considérablement plus élevé que le quota 2019 attribué à cette Communauté (+381). Le surplus cumulé de médecins en Communauté française continue de croître. Il a atteint 895 unités en 2017, 1231 unités en 2018 puis se chiffre à 1612 unités en 2019. L'effet régulateur de l'examen d'entrée mis en place en 2017 ne se marquera qu'à partir de 2023.
- Le déficit cumulé de médecins généralistes s'atténue à partir de 2011, tant en Communauté flamande qu'en Communauté française. Un surplus cumulé apparaît à partir de 2019 en Communauté flamande (+18 unités). En Communauté française, ce surplus cumulé est présent depuis 2004-2015 et atteint +800 unités pour la période 2004-2019.
- Les minima en psychiatrie infanto-juvénile sont atteints en Belgique en 2019 dans les deux Communautés.
- Les minima en médecine aiguë ne sont plus atteints depuis 2010 et le déficit continue de croître au fil des années.
- Les minima en médecine d'urgence sont largement dépassés. La force de travail dans les services d'urgence est donc davantage renforcée par les médecins spécialistes agréés en médecine d'urgence que par ceux agréés en médecine aiguë. Par ailleurs, un médecin ayant obtenu son agrément en médecine aiguë peut ensuite introduire un plan de stage de 3 ans supplémentaires afin d'obtenir l'agrément en médecine d'urgence.
- Les minima en gériatrie ne sont jamais atteints, et le déficit continue de s'accroître en Communauté flamande (aucun plan de stage n'est introduit et approuvé de 2017 à 2019), et il se résorbe en Communauté française. Le faible afflux de médecins spécialistes vers la gériatrie en Belgique peut être considéré comme préoccupant. Il est cependant nécessaire de rester prudent quant à l'interprétation à donner à ces chiffres. En effet, l'orientation vers la gériatrie peut se faire en cours de spécialisation, après les 3 années de tronc commun en médecine interne. Les chiffres présentés ici ne représentent donc qu'une partie du nombre de médecins d'une cohorte donnée qui seront, après la fin de leur plan de stage, agréés en gériatrie.

3.2.5. LA FIN DE LA PERIODE DE LISSAGE EN 2018 ET LES SOLDES QUI EN DECOULENT

En 2018, le lissage prend fin. Il est donc important de voir pour chaque Communauté le solde qui en résulte. Pour rappel, le lissage permet que les surplus ou déficits éventuels par rapport aux quotas peuvent être reportés sur les quotas des années suivantes, jusqu'en 2018.

Les tableaux suivants calculent le nombre « D-S », représentant le nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage comptabilisé dans les quotas (IN quota).

Ces nombres reflètent plusieurs cas de figure :

- Soit il s'agit de diplômés qui ont introduit un plan de stage mais selon un critère qui les exempte du quota (engagé par le Ministère de la Défense ou spécialité hors INAMI ou porteur d'un diplôme d'études secondaires d'un pays n'organisant pas les études de médecine).
- Soit il s'agit de diplômés qui n'ont pas introduit de plan de stage en Belgique. La réglementation ne leur interdit pas d'introduire leur plan de stage plus tard, mais dans ce cas, ils devront être comptabilisés dans le contingentement en vigueur durant l'année du début du plan de stage, ce qui peut expliquer des chiffres négatifs.

TABLEAU 21 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : RÉALISATION OBSERVÉE DU CONTINGENTEMENT JUSQU'À LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018

Communauté flamande													
Année du diplôme		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de diplômés	D (1)	416	413	483	575	659	718	748	718	753	881	845	1502
Quota fixé	Q	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476
Écart entre le nombre de diplômés et le quota	D – Q		-41	29	121	205	184	163	103	15	143	107	26
Nombre de plans de stage IN quotas	S		374	458	553	597	660	699	672	702	826	787	1273
Nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage IN quota	D – S		39	25	22	62	58	49	48	51	55	58	229
Réalisation annuelle des quotas	Ra = S – Q		-80	4	99	143	126	114	57	-36	88	49	-203
Réalisation annuelle des quotas Avancement du solde	Cumul de Ra	-239	-319	-315	(-216-153) = -369 (2)	-226	-100	14	(71-140) = -69 (3)	-105	-17	32	(-171-229) = -400 (4)

(1) Nombre de diplômés : il s'agit des nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (source : SPF Santé publique).

(2) En 2010, on a appliqué la correction de (-153) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2004-2010.

(3) En 2014, on a appliqué la correction de (-140) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2011-2014.

(4) En 2018, on a appliqué la correction de (-229) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2015-2018.

TABLEAU 22 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : RÉALISATION OBSERVÉE DU CONTINGEMENT JUSQU'À LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018

Communauté française													
Année du diplôme		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de diplômés	D (1)	315	341	368	405	466	462	428	571	606	736	840	1778
Quota fixé	Q	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984
Écart entre le nombre de diplômés et le quota	D – Q		38	65	102	163	106	38	161	114	244	348	794
Nombre de plans de stage IN quotas	S		343	358	406	447	432	410	522	579	661	768	1477
Nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage IN quota	D – S		-2	10	-1	19	30	18	51	27	75	72	301
Réalisation annuelle des quotas	Ra = S – Q		40	55	103	144	76	20	112	87	169	276	493
Réalisation annuelle des quotas Avancement du solde	Cumul de Ra	-3	37	92	(195-86) = 109 (2)	253	329	349	(461-98) = 363 (3)	450	619	895	(1388-157) = 1231 (4)

(1) Nombre de diplômés : il s'agit des nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (source : SPF Santé publique).

(2) En 2010, on a appliqué la correction de (-86) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2004-2010.

(3) En 2014, on a appliqué la correction de (-98) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2011-2014.

(4) En 2018, on a appliqué la correction de (-157) afin de décompter les détenteurs d'un mandat de recherche (remplacement des mandats scientifiques conforme à l'art.7, 2°) qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2015-2018.

La fin de la période de lissage en 2018 et les soldes qui en découlent sont :

- En 2018, année de la fin de la période de lissage, on constate que le nombre de diplômés en **Communauté flamande** est proche du quota attribué pour 2018 à cette Communauté. Un nombre non négligeable de diplômés n'ayant pas débuté un plan de stage n'entre toutefois pas dans le cadre du contingentement, ce qui explique l'écart constaté de -203 médecins entre le quota fixé et le nombre de plans de stage IN quotas. Après correction du nombre de détenteurs d'un mandat de recherche qui ont débuté l'activité de recherche pendant la période 2015-2018, **le solde final de fin de la période de lissage en Communauté flamande est un déficit cumulé de médecins qui s'élève à -400.**
- En 2018, année de la fin de la période de lissage, on constate que le nombre de diplômés en **Communauté française** est presque deux fois plus élevé que le quota pour 2018 attribué à cette Communauté. Bien qu'un nombre non négligeable de diplômés n'ait pas débuté un plan de stage dans le cadre du contingentement, le nombre de diplômés ayant introduit un plan de stage reste considérablement plus élevé que le quota 2018 attribué à cette communauté. **En 2018, avec la fin de la période de lissage, le surplus cumulé de médecins en Communauté française est important et s'élève à +1231.**

Les deux sections suivantes présentent les perspectives attendues dans les années qui suivent la fin de ce système de lissage et le facteur correctif qui sera appliqué aux quotas 2004-2021 afin de calculer les soldes de diplômés surnuméraires qui devront être appliqués au système de récupération.

3.2.6. SOLDES A PARTIR DE 2019 ET ATTESTATIONS SUPPLEMENTAIRES D'ACCES AUX PLACES DE STAGE

À partir des soldes pour la période 2004-2018, période de « lissage », les tableaux suivants détaillent la réalisation du contingentement pour 2019 ainsi que les projections pour 2020 et 2021.

TABLEAU 23 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJETÉE DU CONTINGEMENT À PARTIR DE LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018

Communauté flamande					
		Réel		Attendu	
Année du diplôme		2018	2019	2020	2021
Nombre de diplômés	D (1)	1502	1029	1072	919
Quota fixé	Q	1476	738	738	738
Écart entre le nombre de diplômés et le quota	D – Q	26	291	334	181
Nombre de plans de stage IN quotas	S (2)	1273	912	962	827
Nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage IN quota	D – S	229	117	110	92
Réalisation annuelle des quotas	Ra = S – Q	-203	174	224	89
Réalisation annuelle des quotas	Cumul de Ra	-400	-226	-2	87
Avancement du solde					

- (1) *Nombre de diplômés* : Jusqu'en 2019, il s'agit des nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (source : SPF Santé publique). Pour les années 2020 et 2021, il s'agit du nombre projeté d'étudiants diplômés du programme master (selon le scénario de base qui projette la force de travail des médecins de 2016 à 2036 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).
- (2) *Nombre de plans de stage IN quotas* : Jusqu'en 2019, il s'agit des nombres réels de plans de stage IN quotas (source : SPF Santé publique). Pour les années 2020 et 2021, il s'agit du nombre projeté d'étudiants diplômés du programme master en Belgique qui entament la formation d'une spécialité médicale (selon le scénario de base qui projette la force de travail des médecins de 2016 à 2036 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).

TABLEAU 24 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJETÉE DU CONTINGEMENT À PARTIR DE LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018

Communauté française					
		Réel		Attendu	
Année du diplôme		2018	2019	2020	2021
Nombre de diplômés	D (1)	1778	990	795	839
Quota fixé	Q	984	492	492	492
Écart entre le nombre de diplômés et le quota	D – Q	794	498	303	347
Nombre de plans de stage IN quotas	S (2)	1477	873	733	774
Nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage IN quota	D – S	301	117	62	65
Réalisation annuelle des quotas	Ra = S – Q	493	381	241	282
Réalisation annuelle des quotas	Cumul de Ra	1231	1612	1853	2135
Avancement du solde					

- (1) *Nombre de diplômés* : Jusqu'en 2019, il s'agit des nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (source : SPF Santé publique). Pour les années 2020 et 2021, il s'agit du nombre projeté d'étudiants diplômés du programme master (selon le scénario de base qui projette la force de travail des médecins de 2016 à 2036 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).
- (2) *Nombre de plans de stage IN quotas* : Jusqu'en 2019, il s'agit des nombres réels de plans de stage IN quotas (source : SPF Santé publique). Pour les années 2020 et 2021, il s'agit du nombre projeté d'étudiants diplômés du programme master en Belgique qui entament la formation d'une spécialité médicale (selon le scénario de base qui projette la force de travail des médecins de 2016 à 2036 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).

- En 2019, le déficit cumulé en **Communauté flamande** diminue et est ramené à un déficit cumulé de 226 unités. Selon les projections du scénario de base pour les médecins, ce déficit diminuerait vers 2 unités en 2020 puis évoluerait vers un surplus de 87 unités en 2021.
- En 2019, le surplus cumulé en **Communauté française** continue de croître et atteint 1612 unités. Les chiffres projetés pour 2020 et 2021 creuseraient encore plus ce surplus allant vers un total de 2135 unités en 2021.

Avec la fin du lissage en 2018, le nombre de diplômés qui ont bénéficié d'une place de stage en Communauté française va au-delà des places disponibles. Il a donc été nécessaire d'octroyer des attestations supplémentaires pour permettre aux diplômés surnuméraires par rapport au quota d'entamer leur stage.

En 2017, 2018 et 2019, un *arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale* accorde à des candidats supplémentaires l'accès à une formation menant à l'un des titres professionnels en médecine (22 juin 2017, 12 juin 2018 et 5 mai 2019).

Le nombre de ces candidats supplémentaires est défini comme la différence entre le nombre de diplômés qui disposent d'une attestation universitaire pour l'année en question et le nombre de candidats repris dans le contingentement.

Le tableau ci-dessous indique le nombre d'attestations supplémentaires accordées aux médecins, selon la communauté et par année.

TABLEAU 25 : ATTESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES D'ACCÈS AUX PLACES DE STAGE

Communauté	2017	2018	2019
Communauté flamande	0	0	174
Communauté française	276	493	381

Le solde définitif de candidats surnuméraires pour la période 2004-2021 devra être corrigé selon la méthode simplifiée en vue de l'application du système de récupération. La mise à jour de cette méthode sera faite sur base des données du PlanCad 2004-2016.

3.2.7. APPLICATION DE LA METHODE SIMPLIFIEE POUR ADAPTER LE SOLDE DES SURNUMERAIRES A LA MOBILITE ETUDIANTE EN VUE DU REEQUILIBRAGE

Les données et méthodes pour déterminer le quota annuel deviennent de plus en plus précises. La réalisation de couplages des données et de scénarios futurs et l'optimisation du modèle de projection utilisé, ont permis à la Commission de planification de faire des avancées importantes dans la planification et dans les paramètres qui sont pris en compte, comme la mobilité étudiante et professionnelle, le taux d'activité réel de chaque professionnel,...

Ainsi les projections se basent non seulement sur le nombre d'individus actifs mais également sur la hauteur de leur activité. Ceci permet entre autres de mieux tenir compte de la féminisation constante et progressive de la profession.

La précision des données disponibles permet également de tenir compte de l'arrivée des étrangers dans notre système de soins et ce à trois moments clés :

- À l'entrée des études de base en sciences médicales,
- À l'entrée du stage,
- À l'entrée du marché du travail, avec une formation intégralement réalisée à l'étranger.

Les quotas fixés à partir de 2022 l'ont été sur base de ce couplage et des scénarios de base et alternatifs qui s'en sont suivis.

Les quotas fixés antérieurement n'ont pas été déterminés à partir d'une description aussi précise de la force de travail belge.

Hors, à partir des années 2005, la mobilité étudiante a pris de l'ampleur, sans que ce paramètre ne soit pris en compte dans le modèle.

Dans son avis formel 2017-01, la Commission de planification rendait un avis positif, lors de la plénière du 24 janvier 2017, **sur la méthodologie de calcul du nombre de médecins autorisés à débiter un plan de stage en tenant compte des médecins inactifs à l'INAMI.**

L'objectif de cette méthode est de tenir compte de la mobilité étudiante et de la proportion non négligeable d'étudiants étrangers qui viennent en Belgique et qui, pour la plupart, se forment à l'entièreté du cycle (médecin de base + spécialité) en Belgique et occupent donc une place dans les quotas, sans pour autant participer à la force de travail belge.

La Communauté française, confrontée à l'ampleur croissante de ce phénomène a d'ailleurs depuis 2006 mis en place un décret non-résident limitant dans la filière médicale les cohortes d'étudiants non-résidents à 30% de l'effectif de première année.

La Communauté flamande connaît elle aussi ce phénomène, mais il est d'une part moindre (8% de l'effectif), et, par ailleurs, ces diplômés ne sont que 50% à poursuivre leur stage en Belgique. En Communauté française, ils sont plus nombreux à être diplômés, mais aussi à poursuivre leur spécialité en Belgique (90%)¹².

Cette méthode se base sur les données du [PlanCad Médecins 2004-2012](#) et consiste à prendre en considération l'ensemble des médecins porteurs d'un titre professionnel particulier repris à l'article 1 de l'AR 91¹³ (médecin généraliste et autres spécialités), dont le diplôme en sciences médicales a été obtenu dans une université belge et qui ne sont pas actifs dans le cadre de l'INAMI, quelle que soit leur spécialité (relevant de l'AMI ou non).

Le taux d'inactivité dans le cadre de l'assurance maladie invalidité est de **21,9% en Communauté flamande et de 27,8% en Communauté française** (taux moyen d'inactivité dans le cadre de l'INAMI, pour la période 2004-2012, des médecins ayant reçu leur agrément pour un titre professionnel dans les 10 dernières années et âgés de moins de 60 ans).

Ces taux sont ensuite portés en correction des quotas de 2004 à 2020.

¹² Voir à ce sujet la note [Médecins : Mobilités internationales](#), publiée en 2020 par la cellule planification de l'offre médicale.

¹³ Il s'agit des TPP de niveau 2

TABLEAU 26 : CORRECTION SELON LE TAUX D'INACTIFS PAR COMMUNAUTÉ : 21,99% COM FL ET 27,84% COM FR¹⁴

0,2199 (1)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOT 04-20	
Communauté flamande																			
Quota (Q)	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	10505	
Corrective(Qc)	570	570	570	582	582	582	582	582	685	750	788	946	946	946	1892	946	946	13466	
Diplômés (D)	559	459	362	416	413	483	575	659	718	748	718	765(2)	848	822	1474	886	994	11899	
										TOT 04-12								solde	-1567
Quota (Q)	445	445	445	454	454	454	454	454	534	4139	Déficit								
Corrective (c)	570	570	570	582	582	582	582	582	685	5306									
Diplômés (D)	559	459	362	416	413	483	575	659	718	4644									
D-Qc									solde	-662	Déficit								

0,2784 (1)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOT 04-20	
Communauté française																			
Quota (Q)	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	7006	
Corrective(Qc)	412	412	412	420	420	420	420	420	493	540	568	682	682	682	1364	682	682	9709	
Diplômés (D)	321	314	323	315	341	368	405	466	462	428	571	618(2)	758	878	1888	1058	1048	10562	
D-Qc										TOT 04-12								solde	853
Quota (Q)	297	297	297	303	303	303	303	303	356	2762	Surplus								
Corrective(Qc)	412	412	412	420	420	420	420	420	493	3828									
Diplômés (D)	321	314	323	315	341	368	405	466	462	3315									
D-Qc									solde	-513	Déficit								

Légende :

Les années 2012 et 2016 sont celles pour lesquelles un PlanCad Médecins est disponible.

- (1) Le taux d'inactivité retenu sur base du PlanCad 2004-2012 est de 0,2199 pour la Communauté flamande et 0,2784 pour la Communauté française. La méthode reprend le même facteur correctif pour les années suivantes, mais la réalisation des PlanCad suivants permettra de vérifier que ces taux restent stables.
- (2) À partir de 2015, les données reprises dans les tableaux pour les diplômés ne sont pas les chiffres réels, mais une projection sur base des inscrits. Depuis l'établissement de ce calcul nous disposons des diplômés 2015 à 2018. Ils ne sont cependant pas modifiés dans ces tableaux pour permettre de comprendre d'où viennent les soldes repris dans les textes légaux.

¹⁴ Ces tableaux sont issus de la méthode simplifiée qui a fait l'objet de l'avis 2017-01. Les tableaux n'ont **volontairement pas été mis à jour**, pour ne pas modifier les soldes. Une mise à jour de la note et de l'ensemble des tableaux est prévue en 2020, basé sur le PlanCad Médecins 2004-2016.

Selon cette méthode de calcul, un solde négatif de médecins (qui n'ont pas été formés dans le passé) apparaît pour l'année 2012. Ce solde négatif est estimé à -662 médecins en Communauté flamande et à -513 médecins en Communauté française.

Les prévisions indiquent, pour l'année 2020, un solde négatif de -1567 médecins en Communauté flamande et un solde positif de +853 médecins en Communauté française.

À ces soldes, il faut encore rajouter les mandats de recherche et les spécialités hors INAMI, pour éviter de les décompter deux fois (exemptions).

Les nouveaux soldes se présentent donc comme suit¹⁵ :

	Solde 2004-2020 (D-Qc)	Mandats de recherche 2004-2020 (1)	Spécialités hors INAMI 2004-2012 (2)	Solde intermédiaire 2012	Spécialités hors INAMI 2013-2020	Solde final 2020
Communauté flamande	- 1567	+510	+145	- 912	?	?
Communauté française	+853	+340	+124	+1317	?	?

(1) Le nombre de mandat de recherche a été extrapolé sur base de ceux accordés de 2004 à 2014, soit 30 en moyenne par an pour la Communauté flamande et 20 par an pour la Communauté française. En 2020, les chiffres réels pourront être repris.

(2) Ces données proviennent d'une extraction du cadastre et concernent les médecins disposant d'un diplôme en médecine délivré par une université belge et ayant démarré un stage dans une des 4 spécialités suivantes : Médecine du travail, Gestion de données de santé, Médecine légale, Médecine d'assurance et expertise médicale

Les soldes de diplômés par rapport au quota intégrant la mobilité étudiante par le biais de la méthode simplifiée qui sont attendus en 2020 : **-912 en Communauté flamande et +1317 en Communauté française.**

Dans son avis formel 2017-03, la Commission de planification rendait un avis positif, lors de la plénière du 7 mars 2017, **sur la prolongation du calcul du solde de la récupération jusqu'à l'année 2021**, portant le solde à **-1040 en Communauté flamande et +1531 en Communauté française.** Nous retrouvons ce chiffre de 1531 dans l'article 92/1 de la loi du 22 mars 2018 porte modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015.

Cette méthode utilise les taux d'inactivité observés pendant la période 2004 à 2012 et les extrapole aux années suivantes. Les impacts de la mobilité (étudiante et professionnelle) ayant pris de l'ampleur dans le début des années 2000 commencent seulement à s'observer 11 années plus tard (délai minimum de formation d'un médecin spécialiste et du temps nécessaire pour observer son activité sur le marché du travail

¹⁵ Ces tableaux sont issus de la méthode simplifiée qui a fait l'objet de l'avis 2017-01. Les tableaux n'ont **volontairement pas été mis à jour**, pour ne pas modifier les soldes. Une mise à jour de la note et de l'ensemble des tableaux est prévue basé sur le PlanCad Médecins 2004-2016.

belge). Il est important d'actualiser les taux d'inactivité de la méthode de calcul avec des données plus récentes. Les taux d'inactivité et les soldes résultant de cette méthode seront actualisés, au fur et à mesure de la mise à jour des données utilisées (PlanCad Médecins). **La première mise à jour de ces soldes sera réalisée avec les données du PlanCad Médecins 2004-2016.**

3.3. ÉTAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : DENTISTES

3.3.1. LE CONTINGEMENT DES DENTISTES

La planification de l'offre en dentisterie remonte à l'A.R. du **29 août 1997** fixant le nombre global de dentistes, réparti par Communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers. Cet arrêté portait sur l'accès à l'attribution des titres professionnels particuliers et prévoyait les quotas suivants pour les années 2002 et 2003 : 140 dentistes pour la Belgique dont 84 candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la compétence de la Communauté flamande et 56 candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la compétence de la Communauté française.

À titre de mesure transitoire valable pour les années 2002 et 2003, cet arrêté prévoyait également le report en débit ou en crédit sur les quotas des années ultérieures, de la différence entre les nombres de candidats admis par communauté et les quotas fixés pour 2002 et 2003 et ce, à raison d'un cinquième par année à partir de 2004.

Notons que dès le départ, la planification ne concerne pas les détenteurs d'un diplôme équivalent aux sciences dentaires obtenu dans un pays étranger.

L'A.R. du **9 janvier 2000** fixant le nombre global de dentistes, réparti par Communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers pour les années 2004 et 2005 prolonge les quotas de deux ans et les maintient constants pour 2004 et 2005. Des quotas sont définis de nouveau aux mêmes valeurs pour les deux années suivantes, par l'A.R. du **18 octobre 2001** fixant le nombre global de dentistes, réparti par communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers pour les années 2006 et 2007.

L'A.R. du **30 mai 2002** relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire abroge les 3 arrêtés précédents mais reprend les quotas qu'ils avaient déterminés concernant le nombre global des dentistes qui ont annuellement accès à l'attribution des titres professionnels particuliers et les étend sur une période allant de 2002 à 2010.

Cet arrêté prévoit également une mesure transitoire de report en débit ou en crédit de la différence entre les chiffres normés et observés sur la période 2002 à 2005, à mettre en œuvre à partir de 2006.

En outre, ce nouvel arrêté fixe les quotas du nombre de candidats qui ont annuellement accès à la formation en tant que dentistes candidats en dentisterie générale, candidats spécialistes en orthodontie et candidats spécialistes en parodontologie pour les années 2002, 2003 et 2004.

L'A.R. du **25 avril 2007** relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire abroge l'A.R. du 30 mai 2002, tout en gardant la même forme excepté :

- qu'il prolonge les quotas de candidats qui ont annuellement accès à la formation en tant que candidats en dentisterie générale ou candidats spécialistes en orthodontie ou en parodontologie jusqu'en 2010;
- qu'il rehausse ces quotas pour les années 2011 à 2013 à la fois pour le nombre de candidats ayant accès à l'attribution des titres professionnels particuliers et pour le nombre de candidats qui ont annuellement accès à la formation.

Cet arrêté est modifié ensuite par l'A.R. du **28 novembre 2008**, de la manière suivante :

- rehaussement des quotas pour les années 2014 et 2015, à la fois pour le nombre de candidats ayant accès à l'attribution des titres professionnels particuliers et pour le nombre de candidats qui ont annuellement accès à la formation ;
- report à 2015 l'année à partir de laquelle sera mis en œuvre le réajustement entre les chiffres normés et observés.

Il faut bien remarquer que jusqu'à présent, la législation fait une différence nette entre l'accès à l'attribution des titres professionnels particuliers et l'accès à la formation.

L'A.R. du **19 août 2011** relatif à la planification de l'art dentaire abroge l'A.R. du 25 avril 2007 et définit la législation qui était en vigueur en 2014. Dans cet arrêté, le législateur abandonne l'idée de limiter directement l'attribution des titres professionnels particuliers et se focalise sur l'accès à la formation pour les titres faisant l'objet d'un agrément : dentisterie générale, orthodontie et parodontologie. Ce principe était cohérent avec le fait que l'autorité qui approuve les formations (plans de stage) à leur début et qui octroie les agréments, était aussi celle qui détermine les quotas et en vérifie le respect. Ainsi, le niveau fédéral détenait le levier qui permettait de contrôler le respect des règles qu'il avait lui-même édictées. Suite à la sixième réforme de l'État, la mise en place d'un nouveau système de levier dans le cadre du contingentement, géré au niveau fédéral est indispensable.

Cet arrêté reprend les dispositions de l'arrêté royal du 25 avril 2007 pour la période 2008 à 2010 et fixe les nombres pour les années 2016 jusqu'à 2020 inclus.

La disposition permettant le report de la différence supérieure ou inférieure de maximum 20% par rapport aux nombres fixés pour l'année concernée, en débit ou en crédit sur les années ultérieures, est prolongée jusqu'en 2020 (art.6). Cette déduction doit tenir compte des surplus accumulés dans le cadre de l'arrêté royal du 25 avril 2007 (art. 8§2).

L'A.R du 19 août 2011 lève une ambiguïté et dispense explicitement du contingentement les candidats ayant débuté leur formation de base en sciences dentaires avant le 1^{er} juillet 2002. Par ailleurs, il confère clairement

à la Commission de planification – Offre médicale les missions de suivre la réalisation de la planification et de publier les données qui s’y rapportent.

L’A.R. du **5 septembre 2017** a pour objet de fixer le nombre maximum de candidats qui auront accès à une formation menant à l’un des titres professionnels réservés aux praticiens de l’art dentaire pour l’année 2022.

Notons que pour les dentistes également, comme pour les médecins, la loi du 22 mars 2018 est d’application, et que la Commission de planification fixe dorénavant un quota annuel unique, celui-ci étant réparti par Communauté selon les pourcentages communiqués par la Cour des comptes.

TABLEAU 27 : TAUX DE RÉPARTITION DU QUOTA GLOBAL SELON LA COUR DES COMPTES

Année de détermination de la clé de répartition	Année d’application de cette clé	Communauté flamande	Communauté française
2019	2024	59,51 %	40,49 %
2020	2025	59,59 %	40,41 %

Le tableau suivant indique comment sont répartis les quotas annuels d’accès à la formation depuis 2008.

TABLEAU 28 : QUOTAS ANNUELS DES DENTISTES (A.R. DU 19/08/2011 ET SUIVANTS)

			2008 à 2010	2011 à 2013	2014 à 2016	2017 à 2020	2021*	2022	2023	2024**	2025
Accès à la formation (art. 1 - 4)	Nombre global	Belgique	140	150	160	180	188	228	228	228	232
		Communauté flamande	84	90	96	108	116	141	141	136	138
		Communauté française	56	60	64	72	72	87	87	92	94
	Communauté flamande	Dentistes généralistes	70	74	80	92	-	-	-	-	-
		Dentistes spécialistes en parodontologie	7	7	7	7	-	-	-	-	-
		Dentistes spécialistes en orthodontie	7	9	9	9	-	-	-	-	-
	Communauté française	Dentistes généralistes	46	48	52	60	-	-	-	-	-
		Dentistes spécialistes en parodontologie	5	5	5	5	-	-	-	-	-
		Dentistes spécialistes en orthodontie	5	7	7	7	-	-	-	-	-

*La Commission de planification a rendu un avis pour le quota 2021, mais celui-ci n’a pas fait l’objet d’un arrêté royal.

** Première année d’application de la répartition du quota selon la cour des comptes.

Les sous-quotas fixés jusque 2020 restent d’application. En vertu des transferts de compétence mis en œuvre lors de la sixième Réforme de l’État, les Communautés peuvent fixer les sous-quotas à partir de 2021.

En conclusion, le contingentement affectant la force de travail en art dentaire n’est pas stricto sensu une limitation du nombre de numéro INAMI. Il s’agit en réalité d’une limitation de l’accès aux formations pratiques menant à un titre professionnel de dentiste, pour les dentistes ayant débuté leurs études après le 01/07/2002, et obtenu leur diplôme dans une université belge. Cette limitation ne concerne pas les dentistes

ne désirant pas se spécialiser en Belgique. Rappelons que la dentisterie générale est considérée comme une spécialité.

La limitation est assouplie par une méthode de lissage : les surplus ou déficits éventuels peuvent être reportés aux années suivantes pour un maximum de 20%, jusqu'en 2020. Le respect de cette limitation est rendu difficile par le fait qu'il faut agir sur le nombre d'étudiants admis en sciences dentaires 5 ans plus tôt, malgré les incertitudes sur les taux de réussite et que cela implique un autre niveau de pouvoir, celui en charge de l'enseignement. C'est pourquoi le point suivant s'intéresse au nombre attendu de diplômés.

3.3.2. LE NOMBRE ATTENDU DE DIPLOMES

Les deux tableaux suivants illustrent les nombres de diplômés par Communauté. Pour 2020 et 2021, il s'agit de la projection du nombre d'étudiants diplômés du programme master. Les quotas y sont repris comme valeurs de référence.

TABLEAU 29 : SITUATION ET PROJECTION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE EN TENANT COMPTE DE TOUS LES DIPLOMÉS (BELGES + ÉTRANGERS)

Communauté flamande																				
	Réel																	Attendu		
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de diplômés (D)	87	65	50	46	74	65	62	76	103	87	102	110	108	97	98	87	106	121	93	119
Quota (Q)	84	84	84	84	84	84	84	84	84	90	90	90	96	96	96	108	108	108	108	116 (1)
D-Q	3	-19	-34	-38	-10	-19	-22	-8	19	-3	12	20	12	1	2	-21	-2	13	-15	3
Solde cumulé		-16	-50	-88	-98	-117	-139	-147	-128	-131	-119	-99	-87	-86	-84	-105	-107	-94	-109	-106

De 2002 à 2019, les valeurs présentées sont les chiffres réels des diplômés obtenus sur base des visas délivrés (source : SPF Santé publique). Pour 2020 et 2021, il s'agit de la projection du nombre d'étudiants diplômés du programme master (selon le scénario de base décrivant l'évolution de la force de travail des Dentistes, 2016-2041 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).

(1) La Commission de planification a rendu un avis pour le quota 2021, mais celui-ci n'a pas fait l'objet d'un arrêté royal.

TABLEAU 30 : SITUATION ET PROJECTION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE EN TENANT COMPTE DE TOUS LES DIPLÔMÉS (BELGES + ÉTRANGERS)

Communauté française																					
	Réel																			Attendu	
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Nombre de diplômés (D)	80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	71	111	135	138	168	185	159	127	115	
Quota (Q)	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	64	64	64	72	72	72	72	72 (1)	
D-Q	24	13	10	-3	15	-1	-3	24	12	-1	1	11	47	71	74	96	113	87	55	43	
Solde cumulé		37	47	44	59	58	55	79	91	90	91	102	149	220	294	390	503	590	645	688	

De 2002 à 2019, les valeurs présentées sont les chiffres réels des diplômés obtenus sur base des visas délivrés (source : SPF Santé publique). Pour 2020 et 2021, il s'agit de la projection du nombre d'étudiants diplômés du programme master (selon le scénario de base décrivant l'évolution de la force de travail des Dentistes, 2016-2041 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).

(1) La Commission de planification a rendu un avis pour le quota 2021, mais celui-ci n'a pas fait l'objet d'un arrêté royal.

En **Communauté flamande**, le nombre de diplômés est généralement inférieur au quota fixé, ce qui entraîne un déficit accumulé (solde cumulé négatif).

En **Communauté française**, vu la tendance à diplômer un nombre de dentistes supérieur aux quotas de sélection pour l'accès aux stages, le respect des quotas nécessite des mesures en amont, agissant au niveau du nombre de nouveaux étudiants. L'organisation des études est du ressort des Communautés, en particulier s'il s'agit de prendre des mesures limitant le nombre d'inscriptions.

Dans ce but, la **Communauté flamande** a instauré depuis 1997 un examen d'entrée commun pour les études en sciences médicales et en sciences dentaires. À partir de 2018, l'examen d'entrée en sciences médicales a été séparé de celui en sciences dentaires et l'examen a été transformé en concours, c'est-à-dire que seuls les participants les mieux classés du programme peuvent entamer les études en sciences médicales et en sciences dentaires. Voir à ce sujet l'historique développé dans la partie consacrée aux médecins ([3.2.2. Le nombre attendu de diplômés](#)).

TABLEAU 31 : RÉSULTATS DE L'EXAMEN D'ENTRÉE EN SCIENCES DENTAIRES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE EN 2018 ET 2019

Nationalité	2018				2019			
	Candidats	Lauréats classés favorablement	% de réussite	Lauréats susceptibles de commencer*	Candidats	Lauréats classés favorablement	% de réussite	Lauréats susceptibles de commencer**
Belge	904	246	27,2 %	134	911	278	30,5 %	152
Non-belge	164	13	7,9 %		200	13	6,5 %	
Total	1068	259	24,3 %		1111	291	26,2 %	

Source : <https://toelatingsexamenartstandarts.be/publicaties>

* 147 lauréats classés favorablement à la fois pour la médecine et la dentisterie. Sur base des chiffres de l'examen précédent, le jury d'examen estime que 15% des double-lauréats s'inscriront dans le programme en sciences dentaires.

** 172 lauréats classés favorablement à la fois pour la médecine et la dentisterie. Sur base des chiffres de l'examen précédent, le jury d'examen estime que 19% des double-lauréats s'inscriront dans le programme en sciences dentaires.

En 2018 et 2019, le nombre de candidats augmente très légèrement et passe de 1068 candidats en 2018 à 1111 candidats en 2019. Les taux de réussite restent comparables. Après déduction des lauréats classés favorablement à la fois pour la médecine et la dentisterie, environ 134 et 152 candidats démarreront leurs études en sciences dentaires en 2018 et en 2019 respectivement.

En 2005, dans le cadre du contingentement, la **Communauté française** avait mis en place un examen d'accès aux études en sciences dentaires. Cet examen a été suspendu en 2008, et suivi d'autres tentatives pour limiter l'accès aux études. Voir à ce sujet l'historique développé dans la partie consacrée aux médecins ([3.2.2. Le nombre attendu de diplômés](#)).

Depuis 2012, le nombre d'inscriptions en première année en sciences dentaires en Communauté française a fortement augmenté, ce qui peut questionner sur la qualité de la formation dispensée.

Le 29 mars 2017, la Fédération Wallonie-Bruxelles a approuvé le décret pour organiser un examen d'entrée à l'entrée des études médecins et dentistes. Cet examen a été organisé pour la première fois le 8 septembre 2017. Les étudiants qui obtiennent au moins 10/20 pour chacune des 2 parties et un minimum de 8/20 pour chacune des 8 matières peuvent entamer leurs études en médecine ou en dentisterie.

TABLEAU 32 : RÉSULTATS DE L'EXAMEN D'ENTRÉE EN SCIENCES DENTAIRES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE 2017 À 2019

Statut	2017			2018						
	Session unique			Session juillet			Session septembre			Total 2018
	Candidats	Lauréats	% de réussite	Candidats	Lauréats	% de réussite	Candidats	Lauréats	% de réussite	Lauréats
Résident	363	39	10,7 %	300	41	13,7 %	259	38	14,7 %	96
Non résident	116	6	5,2 %	160	8	5,0 %	120	9	7,5 %	
Total	479	45	9,4 %	460	49	10,7 %	379	47	12,4 %	

Statut	2019						
	Session juillet			Session septembre			Total 2019
	Candidats	Lauréats	% de réussite	Candidats	Lauréats	% de réussite	Lauréats
Résident	295	31	10,5 %	235	33	14,0 %	86
Non résident	232	8	3,5 %	150	14	9,3 %	
Total	527	39	7,4 %	385	47	12,2 %	

Sources : Ares, communiqué de presse, 14 septembre 2018 et 14 septembre 2019. <https://www.ares-ac.be/fr/presse>

En 2017, une session unique est organisée. Sur les 479 candidats à l'examen d'entrée en sciences dentaires, 45 candidats réussissent, soit 9,4 %.

En 2018 et 2019, deux sessions sont organisées. Une partie des candidats de la seconde session ont aussi participé à la première session. Le taux de réussite par session varie de 7,4 % à 12,4 %, ce qui permet à 96 et 86 candidats de pouvoir démarrer leurs études en dentisterie en 2018 et en 2019 respectivement.

Un autre facteur interférant avec les mesures de contingentement est l'application de la **directive européenne 2005/36/CE** du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui propose en son annexe la liste des équivalences entre pays, du diplôme de base en sciences dentaires et de chaque titre professionnel particulier de dentiste. Loin d'être négligeables, les effets de cette directive sont également difficilement maîtrisables, par leur complexité.

D'une part, tout dentiste diplômé dans un pays européen cité dans cette directive peut faire reconnaître son diplôme en tant qu'équivalent au diplôme belge de dentiste, et exercer sa profession en Belgique, éventuellement après avoir effectué un stage de spécialisation en Belgique, en dehors du contingentement. Comme les quotas ne concernent que les diplômés des Communautés française ou flamande, ce flux de dentistes formés à l'étranger alimente le stock de la force de travail des dentistes, indépendamment du contingentement.

Inversement, tout dentiste diplômé ou même agréé à porter un titre professionnel particulier en Belgique peut facilement quitter le pays en faisant reconnaître ses qualifications professionnelles par les autorités nationales des pays européens précisés dans la directive européenne. Lorsqu'il s'agit d'un diplômé issu d'une université belge, il s'agit d'une place occupée dans le contingentement qui ne contribuera pas à l'augmentation du stock de dentistes sur le territoire belge.

Par exemple, en raison de la libre circulation des personnes, de la reconnaissance des titres, et de l'application d'un *numerus clausus* en France, un nombre non négligeable de Français tentent leur chance dans les Universités de la Communauté française, avec l'intention de rentrer en France pour exercer leur profession. Les non-résidents sont compris dans les nombres ci-dessous.

La Communauté française a adopté le décret du 12 juillet 2012 intégrant les cursus de médecine et de sciences dentaires dans le dispositif mis en place par le décret du 16 juin 2006 régulant le nombre d'étudiants non-résidents dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur. Cette législation a pour but de limiter à 30% le nombre d'inscrits non-résidents. La sélection des candidats se fait par tirage au sort ou, depuis 2017, selon leur classement à l'examen d'entrée. Pour les études en sciences dentaires, les effets de ce décret ne se font sentir qu'à partir de 2017 pour les diplômés.

Connaître la proportion d'étudiants non-résidents parmi ces nombres, permet de projeter une planification plus fiable. La répartition des diplômés selon leur nationalité est donnée dans le tableau suivant. Il s'agit d'une surestimation des non-résidents étant donné qu'un étudiant de nationalité non-belge peut avoir le statut de résident en Belgique.

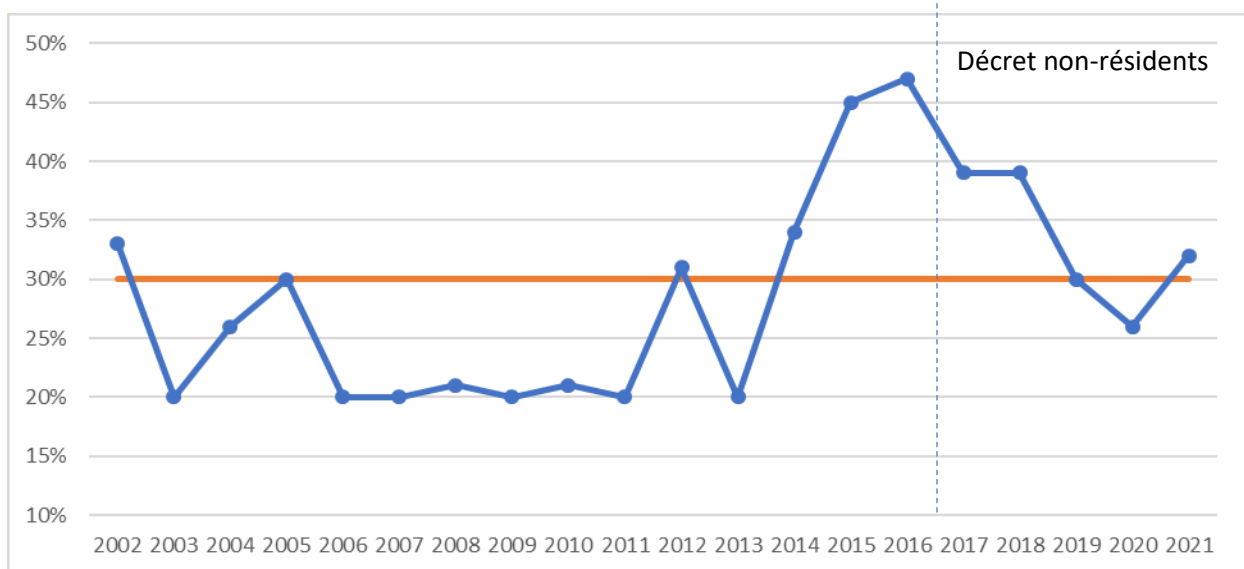
TABLEAU 33 : SITUATION ET PROJECTION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE EN DISTINGUANT LES DIPLÔMÉS BELGES ET LES RESSORTISSANTS DE L'UNION EUROPÉENNE

Communauté française																				
	Réel (1)																		Attendu (2)	
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de diplômés belges	54	55	49	37	57	44	42	63	54	47	42	57	73	74	72	101	111	111	94	78
Nombre de diplômés non-belges	26	14	17	16	14	11	11	16 (3)	14	12	19	14	38	61	65 (4)	66 (5)	73 (6)	47 (7)	33	37
Nombre de diplômés	80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	71	111	135	138	168	185	159	127	115
% diplômés non-belges	33%	20%	26%	30%	20%	20%	21%	20%	21%	20%	31%	20%	34%	45%	47%	39%	39%	30%	26%	32%

- (1) De 2002 à 2019, les chiffres réels sont obtenus sur base des visas délivrés (source : SPF Santé publique).
- (2) Pour 2020 et 2021, il s'agit de la projection du nombre d'étudiants diplômés du programme master (selon le scénario de base décrivant l'évolution de la force de travail des Dentistes, 2016-2041 en cours de finalisation au moment de l'écriture de ce rapport).
- (3) La nationalité d'un dentiste diplômé en Belgique en 2009 est inconnue ($63+16+1=80$).
- (4) La nationalité d'un dentiste diplômé en Belgique en 2016 est inconnue. 4 dentistes sont des ressortissant hors UE.
- (5) La nationalité d'un dentiste diplômé en Belgique en 2017 est inconnue. 2 dentistes sont des ressortissant hors UE.
- (6) La nationalité d'un dentiste diplômé en Belgique en 2018 est inconnue. 7 dentistes sont des ressortissant hors UE.
- (7) La nationalité d'un dentiste diplômé en Belgique en 2019 est inconnue. 5 dentistes sont des ressortissant hors UE.

Dans le tableau ci-dessus, les diplômés sont ventilés selon la nationalité de son détenteur. Jusqu'en 2013 les ressortissants hors UE ne sont pas repris. Le nombre de diplômés attendus pour 2020 et 2021 dans ce tableau est le nombre projeté d'étudiants diplômés du programme master.

FIGURE 2. PROPORTION DE DIPLOMES NON-BELGES EN COMMUNAUTE FRANÇAISE



En Communauté française, on observe qu'entre 2002 et 2013, la proportion de diplômés de nationalité non belge est restée entre 20 % et 30 %. Une augmentation est constatée à partir de 2014 avec un pic à 47 % en 2016. Le décret du 12 juillet 2012 visant à limiter à 30% le nombre de non-résidents permet de diminuer ce pourcentage à partir de 2017 (\pm 40% des diplômés sont de nationalité non belge). En 2019, le seuil de 30% est atteint. Les projections pour 2020 et 2021 indiquent une proportion à 26 % et 32 % respectivement.

À partir de la cohorte des diplômés en 2022, première année faisant suite à l'examen d'entrée mis en place en Communauté française, le nombre de non-résidents a été limité au terme de la délibération de chaque épreuve.

En 2017, avec 116 candidats non-résidents se présentant à l'examen (24,2 % des candidats) et leur plus faible taux de réussite comparé aux candidats belges, la proportion de candidats non-résidents admis aux études (13,3 %) se situe en dessous de la limitation des étudiants non-résidents dans les études en sciences dentaires (30% selon le décret non-résident) (voir Tableau 32).

En 2018 et 2019, la proportion de candidats non-résidents se présentant à l'examen augmente chaque année et atteint 44,0 % des candidats de la première session en 2019 et 39,0 % pour la seconde session en 2019. Leur taux de réussite, même s'il progresse, reste inférieur à celui des candidats belges. En 2018, il n'a pas été nécessaire de procéder au classement prévu pour respecter le décret non-résident. Par contre, lors de la seconde session en 2019, le nombre de personnes non-résidentes étant supérieur à 30 % des réussites, un classement des non-résidents a été appliqué et 14 lauréats non-résidents ont été retenus pour la dentisterie (voir Tableau 32).

3.3.3. LA REALISATION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES

En 2001, le législateur a défini les critères d'agrément des orthodontistes¹⁶ et des parodontologues¹⁷, et en 2002 ceux des dentistes généralistes¹⁸. Depuis lors, l'enregistrement de ces données est réalisé dans le cadastre. Ces enregistrements permettent de dresser exactement l'état de la situation du contingentement des dentistes en Belgique et de suivre la réalisation de la planification.

En terme de planification, le suivi des stages des candidats dentistes **spécialistes en orthodontie** peut commencer à partir de 2002. La durée du stage est actuellement de 4 ans (A.M. du 28 mai 2001).

En terme de planification, le suivi des stages des candidats dentistes **spécialistes en parodontologie** peut commencer à partir de 2002. La durée du stage est actuellement de 3 ans (A.M. du 27 juillet 2001).

En ce qui concerne la **dentisterie générale**, les dentistes reconnus à l'INAMI avant le 1^{er} juin 2002 devaient recevoir leur agrément ministériel du SPF Santé publique pour rester autorisés à exercer leur profession. Or, il a été constaté par la suite qu'un certain nombre de dentistes n'avaient pas reçu, pour l'une ou l'autre raison, leur agrément en tant que dentiste généraliste. Pendant quelques années le cadastre a été progressivement complété, et son évolution n'était pas tant le reflet de l'arrivée de nouvelles forces vives que la régularisation de la situation administrative des professionnels déjà actifs.

Les étudiants qui avaient débuté leurs études avant le 1^{er} juin 2002 ont pu, après l'obtention du diplôme en sciences dentaires, recevoir leur agrément du SPF Santé publique sans avoir dû effectuer de stage pratique complémentaire. Cet agrément leur ont permis, jusqu'en 2008, de solliciter leur enregistrement INAMI.

Par contre, les nouveaux diplômés qui ont débuté leurs études après le 1^{er} juin 2002 doivent quant à eux d'abord obtenir un agrément ministériel, conditionné par une formation pratique, avant de solliciter leur enregistrement INAMI. Les stages des candidats dentistes généralistes n'ont commencé qu'à partir de 2008. La durée de la formation est d'une année (A.M. du 29 mars 2002).

De plus, concernant l'enregistrement et l'agrément des dentistes, le SPF Santé publique a procédé à de nombreuses modifications lors de la période au cours de laquelle le contingentement des dentistes devait être suivi.

Pour tous ces motifs, il n'était pas aisé de dresser correctement et de manière complète l'état du contingentement des dentistes jusqu'en 2008.

¹⁶ A.M. du 28 mai 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en orthodontie.

¹⁷ A.M. du 27 juillet 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en parodontologie

¹⁸ A.M. du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste.

Comment s'organise donc finalement le suivi de la planification de l'offre médicale des dentistes ?

L'A.R. du 19 août 2011 définit un système de débit et crédit si le nombre de candidats à la formation pour l'obtention d'un titre professionnel particulier de dentiste spécialiste n'est pas atteint (ou dépassé). Dans ce cas, la différence est portée en crédit sur le quota de candidats à la formation pour l'obtention d'un titre professionnel particulier de dentiste généraliste. Pour garder la cohérence de ce système, le suivi de la planification n'est possible qu'à partir de 2008 (voir tableaux 34, 35 et 36).

TABLEAU 34 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : NOMBRE DE PLANS DE STAGES DES DENTISTES DIPLÔMÉS EN BELGIQUE À PARTIR DU 01/01/2008 ET RÉALISATION DU CONTINGEMENT PAR LISSAGE (A.R. 19 AOÛT 2011)

Communauté flamande												
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dentistes généralistes	49	54	81	68	73	88	85	79	81	68	77	101
Dentistes spécialistes en parodontologie	4	5	6	7	7	7	4	2	3	2	4	2
Dentistes spécialistes en orthodontie	4	7	2	8	3	4	3	2	4	6	4	8
Total	57	66	89	83	83	99	92	83	88	91	85	111
Quota	84	84	84	90	90	90	96	96	96	108	108	108
20% du quota	17	17	17	18	18	18	19	19	19	22	22	22
Solde = total - quota	-27	-18	5	-7	-7	9	-4	-13	-8	-17	-23	3
Solde légal à reporter, limité à 20% du quota	-17	-17	+5	-7	-7	+9	-4	-13	-8	-17	-22*	+3
Solde cumulé à reporter en tenant compte de la limitation à 20%	-17	-34	-29	-36	-43	-34	-38	-51	-59	-76	-98	-95

Sur fond blanc et bleu clair, ce sont les nombres réels des stages déposés (source : Cadastre, SPF Santé publique).

Sur fond brun clair, ce sont les nombres obtenus lors du calcul des 20% du quota et du surplus cumulé à partir de 2008 prévu par l'A.R. du 19 août 2011.

*Le dépassement réel est de 23 unités (déficit de 23) en 2018 soit 1 en plus que les 20% du quota autorisé en 2018. Conformément à la législation, seul l'excédent équivalent aux 20% du quota (22 unités) a été reporté, comme indiqué dans l'AR du 19 août 2011, et aussi dans l'avis AFA_2010_02 du 18 mai 2010 sur la base duquel cet arrêté a été adopté.

TABLEAU 35 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : NOMBRE DE PLANS DE STAGES DES DENTISTES DIPLÔMÉS EN BELGIQUE À PARTIR DU 01/01/2008 ET RÉALISATION DU CONTINGEMENT PAR LISSAGE (A.R. 19 AOÛT 2011)

Communauté française												
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Dentistes généralistes	30	57	55	42	48	53	84	92	97	115	140	142
Dentistes spécialistes en parodontologie	3	1	1	3	2	2	3	2	2	3	2	3
Dentistes spécialistes en orthodontie	6	6	6	5	6	2	6	6	7	6	6	5
TOTAL	39	64	62	50	56	57	93	100	106	124	148	150
Quota	56	56	56	60	60	60	64	64	64	72	72	72
20% du quota	11	11	11	12	12	12	13	13	13	14	14	14
Solde = total - quota	-17	8	6	-10	-4	-3	29	36	42	52	76	78
Solde légal à reporter, limité à 20% du quota	-11	+8	+6	-10	-4	-3	+13*	+13*	+13*	+14*	+14*	+14*
Solde cumulé en tenant compte de la limitation à 20%	-11	-3	+3	-7	-11	-14	-1	+12	+25	+39	+53	+67

Sur fond blanc et bleu clair, ce sont les nombres réels des stages déposés (source : SPF Santé publique).

Sur fond brun clair, ce sont les nombres obtenus lors du calcul des 20% du quota et du surplus cumulé à partir de 2008 prévu par l'A.R. du 19 août 2011.

*Le dépassement réel est de 29 unités en 2014, 36 unités en 2015, 42 unités en 2016, 52 unités en 2017, 76 unités en 2018, 78 unités en 2019, soit 16 en plus que les 20% du quota autorisé en 2014, 23 en plus en 2015, 29 en plus en 2016, 38 en plus en 2017, 62 en plus en 2018 et 64 en plus en 2019. Conformément à la législation, seul l'excédent équivalent aux 20% du quota (13 ou 14 unités) a

été reporté, comme indiqué dans l'AR du 19 août 2011, et aussi dans l'avis AFA_2010_02 du 18 mai 2010 sur la base duquel cet arrêté a été adopté.

TABLEAU 36 : SOLDES CUMULÉS DU REMPLISSAGE DES QUOTAS DES DENTISTES À PARTIR DU 01/01/2008

			Belgique											
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Communauté flamande	Dentistes généralistes	Plans de stage enregistrés	49	54	81	68	73	88	85	79	81	68	77	101
		Quota	70	70	70	74	74	74	80	80	80	92	92	92
		Solde cumulé	-21	-37	-26	-32	-33	-19	-14	-15	-14	-38	-53	-44
	Dentistes spécialistes en parodontologie	Plans de stage enregistrés	4	5	6	7	7	7	4	2	3	2	4	2
		Quota	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
		Solde cumulé	-3	-5	-6	-6	-6	-6	-9	-14	-18	-23	-26	-31
	Dentistes spécialistes en orthodontie	Plans de stage enregistrés	4	7	2	8	3	4	3	2	4	6	4	8
		Quota	7	7	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		Solde cumulé	-3	-3	-8	-9	-15	-20	-26	-33	-38	-41	-46	-47
Communauté française	Dentistes généralistes	Plans de stage enregistrés	30	57	55	42	48	53	84	92	97	115	140	142
		Quota	46	46	46	48	48	48	52	52	52	60	60	60
		Solde cumulé	-16	-5	+4	-2	-2	+3	+35	+75	+120	+175	+255	+337
	Dentistes spécialistes en parodontologie	Plans de stage enregistrés	3	1	1	3	2	2	3	2	2	3	2	3
		Quota	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
		Solde cumulé	-2	-6	-10	-12	-15	-18	-20	-23	-26	-28	-31	-33
	Dentistes spécialistes en orthodontie	Plans de stage enregistrés	6	6	6	5	6	2	6	6	7	6	6	5
		Quota	5	5	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7
		Solde cumulé	+1	+2	+3	+1	0	-5	-6	-7	-7	-8	-9	-11

En **Communauté flamande**, le solde cumulé sur la période 2008-2019 est négatif, ce qui indique un déficit cumulé. Le déficit est de 95 unités en 2019. Les quotas des dentistes débutant une formation en parodontologie ont été atteints de 2011 à 2013, tandis que ceux en orthodontie ne sont jamais atteints. La fluctuation du nombre de candidats orthodontistes s'explique par le fait que la formation est organisée tous les 2 ans dans certaines universités.

En **Communauté française**, le solde cumulé sur la période 2008-2019 est un excédent, qui atteint la valeur de 67 unités (il s'agit du « surplus cumulé à reporter à partir de 2008 en tenant compte de la limitation à 20% »). Les quotas des dentistes débutant une formation en parodontologie ne sont jamais atteints, tandis que ceux en orthodontie l'ont été en 2016.

3.3.4. CONCLUSIONS

Le suivi du contingentement des dentistes aboutit aux conclusions suivantes :

- En 2019, le nombre total de dentistes débutant une formation pour l'obtention d'un agrément en Belgique est supérieur au total des quotas : **261 plans de stage** « in quota » enregistrés toutes spécialités confondues ($101 + 2 + 8 + 142 + 3 + 5 = 261$), alors que le **quota** pour l'ensemble de la Belgique est de **180** ($92 + 7 + 9 + 60 + 5 + 7 = 180$).
- En **Communauté flamande**, le déficit diminue légèrement avec 3 plans de stage supplémentaires enregistrés en 2019 par rapport au quota. En 2019, 111 plans de stage ont été enregistrés pour des dentistes porteurs d'un diplôme belge obtenu à partir du 01/01/2019, alors que 121 étudiants ont été diplômés en 2019. Les prévisions du nombre de diplômés pour 2020 et 2021 (93 et 119 respectivement) indiquent que le déficit cumulé (-95 unités en 2019) en Communauté flamande ne devrait pas être comblé d'ici 2021.
- En **Communauté française**, le déficit a été comblé en 2014 mais depuis, on observe un surplus cumulé qui augmente chaque année et qui est de +67 unités en 2019. Si l'on se base sur le nombre attendu de diplômés, ce surplus deviendra plus important. Environ 30% des diplômés en 2019 sont de nationalité non belge. Le décret du 12 juillet 2012 intégrant les cursus de médecine et de sciences dentaires dans le dispositif mis en place par le décret du 16 juin 2006 régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur dont le but est de limiter à 30% le nombre d'inscrits non-résidents fait ses effets escomptés. Au fil des ans, on observe une tendance à la hausse des nouveaux plans de stage enregistrés pour les dentistes détenteurs d'un diplôme belge (de 39 plans de stage en 2008 à 150 plans de stage en 2019), ce qui pourrait mettre en péril le contingentement des dentistes. L'absence de disposition en cas de dépassement au-delà des 20 % prescrits comporte le risque de rendre caduc le contingentement des dentistes.
- Les quotas annuels de dentistes débutant une formation pour l'obtention d'un agrément en parodontologie ou en orthodontie n'ont pratiquement jamais été dépassés - ils ont même rarement été atteints -, et ce dans les deux Communautés linguistiques.

3.4. ÉTAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : KINÉSITHÉRAPEUTES

3.4.1. LE CONTINGENTEMENT DES KINESITHEREAPEUTES

Suite à la décision du Conseil d'État sur la légitimité de l'examen de sélection organisé par Selor, le contingentement des kinésithérapeutes a été supprimé.

L'historique du contingentement des kinésithérapeutes qui était en vigueur du 20 juin 2005 au 21 octobre 2013 est repris dans le Rapport annuel 2013, des pages 76 à 85.

En 2014, il n'y avait pas de réglementation organisant le contingentement des kinésithérapeutes. Suite aux travaux du groupe de travail kinésithérapeutes, la Commission de planification a rendu [l'avis 2014 01](#). Cet avis ne remet pas en cause la nécessité de limiter l'accès à la nomenclature M et préconise la mise en place d'un système d'enregistrement des pratiques privées de la kinésithérapie, afin de mieux suivre et éventuellement contrôler l'évolution de la force de travail prestant en nomenclature M.

Par ailleurs, les résultats du [PlanCad 2004-2010](#) et du [PlanCad 2004-2016](#) ont également été publiés. La répartition quantifiée de la force de travail en kinésithérapie et son évolution ont servi de base à l'élaboration du scénario de base pour l'avenir réalisé en 2019 : [Scénario de base 2016-2041](#). Des scénarios alternatifs seront élaborés en 2020 afin de définir une vision d'avenir cohérente permettant d'intégrer adéquatement l'activité et les soins en kinésithérapie et les défis auxquels la profession pourra être confrontée.

En prévision du nouveau système de contingentement qui devra être mis en place, il s'avère judicieux de continuer à faire le suivi du nombre de diplômés.

3.4.2. LE NOMBRE DE DIPLOMES

TABLEAU 37 : NOMBRE ANNUEL DE DIPLÔMÉS EN KINÉSITHÉRAPIE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté flamande													
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre de diplômés (1)	303	268	259	248	289	333	446	589	686	709	755	865	875
Nombre de diplômés de nationalité belge	-	-	-	-	-	326	423	563	640	651	688	793	836
Proportions de diplômés belges par rapport au nombre total de diplômés	-	-	-	-	-	98%	95%	96%	93%	92%	91%	92%	96%

(1) Nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (Source : SPF Santé publique)

TABLEAU 38 : NOMBRE ANNUEL DE DIPLÔMÉS EN KINÉSITHÉRAPIE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Communauté française													
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre de diplômés (1)	695	1084	929	971	906	803	852	1055	1025	1147	1129	1054	1148
Nombre de diplômés de nationalité belge	154	194	204	434	385	425	492	613	589	636	651	642	698
Nombre de diplômés de nationalité française	-	-	-	-	-	361	341	416	418	488	454	392	422
Proportions de diplômés belges par rapport au nombre total de diplômés	22%	18%	22%	45%	46%	53%	58%	58%	57%	55%	58%	61%	61%

(1) Nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (Source : SPF Santé publique)

En **Communauté flamande**, le nombre de kinésithérapeutes diplômés a fortement augmenté entre 2007 et 2019 (de 303 à 875) et augmente chaque année un peu plus. La plupart des diplômés ont la nationalité belge (plus de 90% entre 2012 et 2019). Le pourcentage de diplômés de nationalité belge a légèrement diminué entre 2012 (98%) et 2018 (92%) puis augmente en 2019 (96%).

Le nombre total de kinésithérapeutes diplômés et la proportion de diplômés de nationalité non belge sont beaucoup plus élevés en **Communauté française** qu'en Communauté flamande. Le nombre de diplômés de nationalité belge a augmenté entre 2007 (22%) et 2019 (61%). Les étudiants étrangers sont en majorité de nationalité française (\pm 95% du nombre de kinésithérapeutes non belges diplômés en 2019). La plupart de ceux-ci ne demandent pas leurs numéros INAMI en Belgique ; leur inactivité a été observée grâce au couplage de données PlanCad¹⁹.

Ce phénomène est facilité par l'application de la **directive européenne 2005/36/CE** du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui propose en son annexe la liste des équivalences entre pays, du diplôme de base en kinésithérapie. Loin d'être négligeables, les effets de cette directive sont également difficilement maîtrisables, par leur complexité.

¹⁹ Voir publication : [Kinésithérapeutes sur le marché du travail 2004-2016](#)

D'une part, tout kinésithérapeute diplômé dans un pays européen cité dans cette directive peut faire reconnaître son diplôme en tant qu'équivalent au diplôme belge de kinésithérapeute, et exercer sa profession en Belgique.

Inversement, tout kinésithérapeute diplômé en Belgique peut facilement quitter le pays en faisant reconnaître ses qualifications professionnelles par les autorités nationales des pays européens précisés dans la directive européenne.

En raison de la libre circulation des personnes, et de l'application d'un *numerus clausus* à l'entrée des études en France, un nombre non négligeable de Français tentent leur chance dans les écoles de la Communauté française, avec l'intention de rentrer en France pour exercer leur profession. Les non-résidents sont compris dans les nombres ci-dessus. Ce phénomène est corroboré par l'étude sur les nombres de kinésithérapeutes menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en France²⁰.

Cette tendance a changé à partir de 2010, où se fait sentir l'effet induit du décret de la Communauté française du 16 juin 2006 régulant le nombre d'étudiants dans certains cursus de premier cycle de l'enseignement supérieur. En application depuis 2006 pour les études de kinésithérapie, ce décret limite le nombre d'inscriptions de non-résidents à 30% du nombre de résidents inscrits l'année précédente²¹.

3.4.3. CONCLUSIONS

La planification de l'offre en kinésithérapie n'est pas aisée à organiser, en raison de sa complexité. Plusieurs questions restent ouvertes :

- Quand et comment va se mettre en place l'alternative à l'examen de sélection préconisée par la Commission de planification afin de limiter l'accès à la nomenclature M ?
- Pourquoi une telle proportion de kinésithérapeutes sélectionnés ne pratiquent pas de manière substantielle sous la nomenclature M ?
- Y a-t-il un pléthore de kinésithérapeutes dans d'autres secteurs d'activité ?
- L'offre en kinésithérapie évolue-t-elle de manière à répondre, en nombre et en qualifications, aux besoins futurs en soins de la population ?

²⁰ Serge DARRINE, *Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020, Sources, méthode, principaux résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, 2003. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/projections-du-nombre-de-masseurs-kinesitherapeutes-en-activite-en-france-a->

²¹ Une procédure en infraction a été lancée par la Commission européenne contre cette législation. Le moratoire accordé à la Belgique pour prouver que cette limitation est nécessaire pour assurer la pérennité du système des soins de santé expire en 2019.

4. ANNEXE

EVOLUTION DE LA LÉGISLATION EN MATIÈRE DE PLANIFICATION

La liste suivante reprend de manière thématique et chronologique la base juridique de la planification de l'offre des professions des soins de santé en Belgique. Les textes en vigueur en 2019 sont repris en gris.

FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION	
10 novembre 1967	Arrêté royal n°78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé.
2 juillet 1996	Arrêté royal fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification - offre médicale (publié au Moniteur Belge du 29 août 1996).
3 mai 1999	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification-offre médicale.
3 mai 1999	Arrêté royal élargissant la compétence de la Commission de planification-offre médicale à la profession paramédicale de logopède.
3 mai 1999	Arrêté royal élargissant la compétence de la Commission de planification-offre médicale à l'exercice de la profession de sage-femme.
3 mai 1999	Arrêté royal élargissant la compétence de la Commission de planification-offre médicale à la pratique de l'art infirmier.
8 mars 2007	Règlement d'ordre intérieur de la Commission de planification – Offre médicale (<i>pas de publication au moniteur belge</i>).
15 mars 2010	Arrêté royal portant nomination des membres de la Commission de planification de l'offre médicale.
6 janvier 2014	Loi spéciale, relative à la Sixième Réforme de l'Etat.
10 mai 2015	Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé
16 juin 2015	Arrêté royal portant nomination des membres et du président de la Commission de planification-offre médicale
19 avril 2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
27 juin 2016	Arrêté royal modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue de transposer la Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive

	2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (" règlement IMI ")
24 janvier 2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
27 mars 2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
15 octobre 2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
23 février 2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
30 mars 2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
6 septembre 2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
25 novembre 2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
23 mars 2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
17 août 2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
7 novembre 2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 juin 2015 portant nomination des membres et du président de la Commission de planification de l'offre médicale
CONTINGEMENT	
MÉDECINS	
29 août 1997	Arrêté royal fixant le nombre global de médecins, réparti par communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers.
7 novembre 2000	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 août 1997 fixant le nombre global de médecins, réparti par communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers.
10 novembre 2000	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 août 1997 fixant le nombre global de médecins, réparti par communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers.

30 mai 2002	Arrêté royal relatif à la planification de l'offre médicale.
11 juillet 2005	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale.
8 décembre 2006	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale.
12 juin 2008	Arrêté royal relatif à la planification de l'offre médicale.
7 mai 2010	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.
1er septembre 2012	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.
30 août 2015	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.
22 juin 2017	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (surnuméraires 2017).
31 juillet 2017	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (quota 2023).
22 mars 2018	Loi portant modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015
12 juin 2018	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (quota 2024 et surnuméraires 2018).
5 mai 2019	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (quota 2025 et surnuméraires 2019).
DENTISTES	
29 août 1997	Arrêté royal fixant le nombre global de dentistes, réparti par communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers.
9 janvier 2000	Arrêté royal fixant le nombre global de dentistes, réparti par communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers.
30 mai 2002	Arrêté royal relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire.

25 avril 2007	Arrêté royal relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire.
28 novembre 2008	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 25 avril 2007 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire.
19 août 2011	Arrêté royal relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire.
5 septembre 2017	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 19 août 2011 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire (quota 2022).
22 mars 2018	Loi portant modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015
12 juin 2018	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 août 2011 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire (quota 2023).
5 mai 2019	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 août 2011 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire (quota 2024).
KINÉSITHÉRAPEUTES	
7 octobre 2003	Arrêté royal relatif à la planification de la kinésithérapie.
20 juin 2005	Arrêté royal fixant les critères et les modalités de sélection des kinésithérapeutes agréés qui obtiennent le droit d'accomplir des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
18 septembre 2008	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 20 juin 2005 fixant les critères et les modalités de sélection des kinésithérapeutes agréés qui obtiennent le droit d'accomplir des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
14 octobre 2009	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 20 juin 2005 fixant les critères et les modalités de sélection des kinésithérapeutes agréés qui obtiennent le droit d'accomplir des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.
2 septembre 2010	Arrêté ministériel fixant pour l'année 2010 la matière du concours de sélection des kinésithérapeutes agréés qui obtiennent le droit d'accomplir des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
31 août 2011	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 20 juin 2005 fixant les critères et les modalités de sélection des kinésithérapeutes agréés qui obtiennent le droit d'accomplir des prestations qui peuvent faire l'objet d'une

	intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.
26 septembre 2013	Arrêté royal portant abrogation de l'arrêté royal du 20 juin 2005 fixant les critères et les modalités de sélection des kinésithérapeutes agréés qui obtiennent le droit d'accomplir des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.