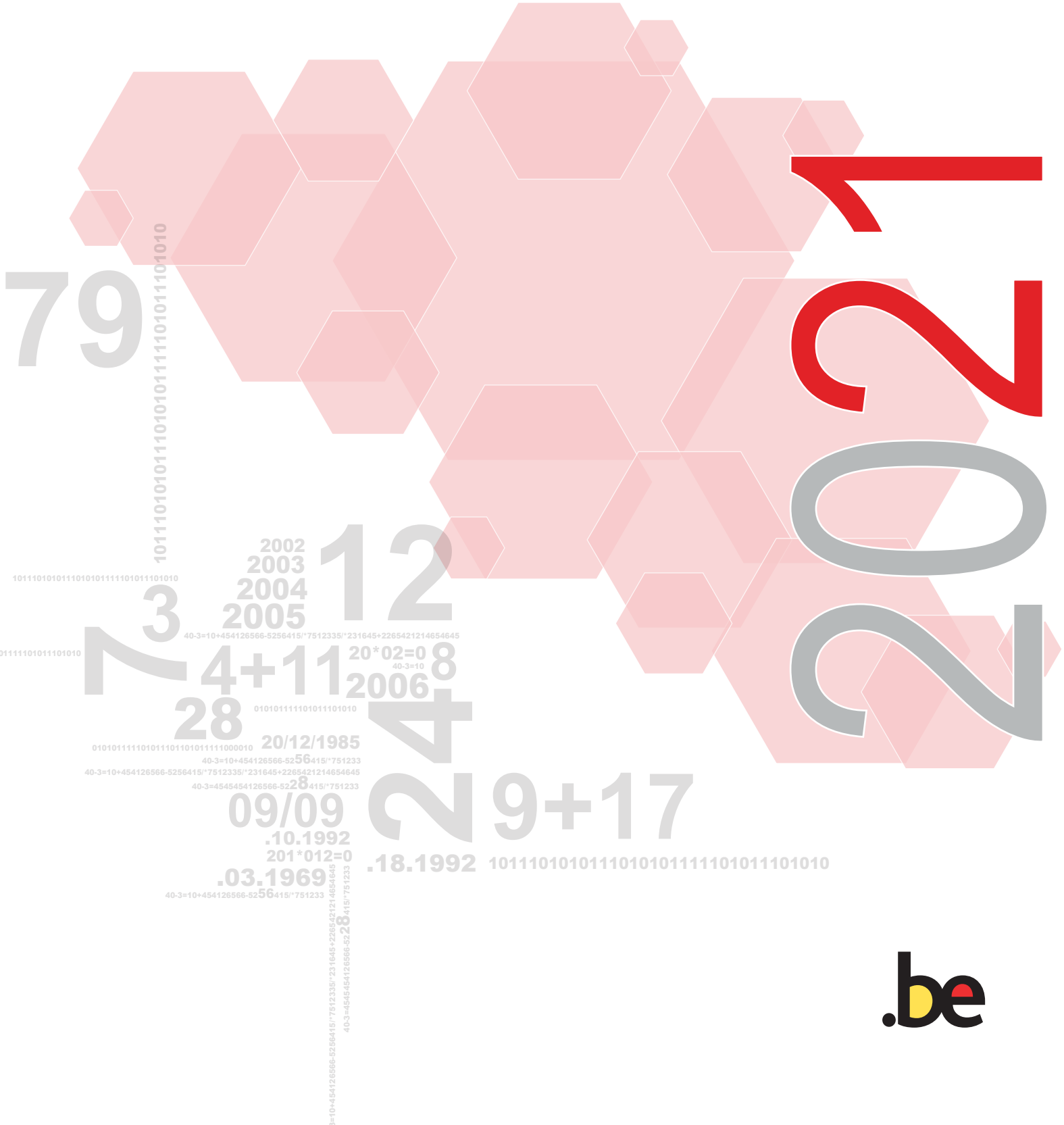
RAPPORT ANNUEL

DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION - OFFRE MEDICALE

Publication de la Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé



.be

COLOPHON

Responsable de projet : Pascale Steinberg

Groupe de travail et rédaction du rapport :

Veerle Vivet, Olivier Van Weyenbergh, Christelle Durand, Peter Jouck, Timothée Mahieu, Dominiq Nkenné, Pascale Steinberg

service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Direction générale (DG) Soins de Santé : Annick Poncé, 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 :

Pierre Kerkhofs. Président faisant fonction du comité de direction.

Coordonnées de contact :

Direction générale Soins de Santé
Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Avenue Galilée 5 boîte 2 – 1210 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.

Veuillez citer le rapport avec cette référence:
Rapport annuel 2021 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, 2022.

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/2022/2196/38

RAPPORT ANNUEL 2021 DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION - OFFRE MÉDICALE

Suivi de la planification de l'offre médicale en Belgique

- *LA COMMISSION DE PLANIFICATION - OFFRE MÉDICALE EN 2021*
- *ÉTAT DES LIEUX DU CONTINGENTEMENT :*
    - *MÉDECINS*
    - *DENTISTES*
- *SUIVI DES DIPLÔMÉS EN KINÉSITHÉRAPIE*

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction 6

2. La Commission de planification Offre médicale en 2021 8

2.1. Composition 9
2.2. Fonctionnement de la Commission de planification 10
2.2.1. L'assemblée plénière 10
2.2.2. Le Bureau 13
2.2.3. Les groupes de travail ou groupes d'experts 13
2.3. Le plan pluriannuel 2019-2021 et l'état d'avancement 15
2.3.1. Programmation semestrielle et réalisation du plan pluriannuel 15
2.4. Le cadastre et l'enrichissement du cadastre 17
2.4.1. Le cadastre : les professionnels en droit d'exercer 17
2.4.2. Les statistiques annuelles 18
2.4.3. Le PlanCad et le couplage de données périodique : les professionnels actifs 19
2.4.4. Évolution de la force de travail : scénarios de base et alternatifs 19
2.5. Évolution du cadre légal général en 2014 : la sixième réforme de l'État 20
2.5.1. Modifications instaurées par la 6ème réforme de l'État 20
2.5.2. Impact sur la fixation du quota du contingentement 20

3. Le contingentement des professions des soins de santé 21

3.1. Les principes du contingentement des professions des soins de santé 21
3.2. État des lieux en matière de planification de l'offre médicale : Médecins 22
3.2.1. Le contingentement des médecins 23
3.2.2. Le nombre attendu de diplômés 33
3.2.3. La réalisation du contingentement des médecins 39
3.2.4. Suivi du contingentement de 2004 jusqu'à 2021 51
3.2.5. La fin de la période de lissage en 2018 et les soldes qui en découlent 52
3.2.6. Soldes à partir de 2019 et Attestations supplémentaires d'accès aux places de stage 54
3.2.7. Application de la méthode simplifiée pour adapter le solde des surnuméraires à la mobilité étudiante en vue du rééquilibrage 56
3.3. État des lieux en matière de planification de l'offre médicale : Dentistes 58
3.3.1. Le contingentement des dentistes 59
3.3.2. Le nombre attendu de diplômés 62
3.3.3. La réalisation du contingentement des dentistes 67
3.3.4. Soldes à partir de 2020 et Attestations supplémentaires d'accès aux places de stage 71
3.3.5. Conclusions 74
3.4. État des lieux en matière de planification de l'offre médicale : Kinésithérapeutes 75
3.4.1. Le contingentement des kinésithérapeutes 75
3.4.2. Le nombre de diplômés 76

4. Annexe 78

Evolution de la législation en matière de planification 78

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : TITRES PROFESSIONNELS, QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONS – ARRÊTÉ ROYAL DU 10 MAI 2015 6
TABLEAU 2 : LISTE DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES 7
TABLEAU 3 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ EN DROIT D'EXERCER AU 31/12/2021 18
TABLEAU 4 : CONTINGENTS DE MÉDECINS AYANT ACCÈS À CERTAINS TITRES PROFESSIONNELS PARTICULIERS, D'APRÈS L'A.R. DU 29 AOÛT 1997 23
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 23
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 25
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 25
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 26
TABLEAU 9 : TAUX DE RÉPARTITION DU QUOTA GLOBAL SELON LA COUR DES COMPTES 28
TABLEAU 10A : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA BELGIQUE DE 2008 À 2020 29
TABLEAU 10B : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA BELGIQUE À PARTIR DE 2021 29
TABLEAU 11A : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE DE 2008 À 2020 30
TABLEAU 11B : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE À PARTIR DE 2021 30
TABLEAU 12A : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE 2008 À 2020 30
TABLEAU 12B : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE À PARTIR DE 2021 31
TABLEAU 13 : ÉTAT DE LA SITUATION DU CONTINGENTEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE 34
TABLEAU 14 : ÉTAT DE LA SITUATION DU CONTINGENTEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE 35
TABLEAU 15 : NOMBRE DE LAURÉATS AUX EXAMENS D'ENTRÉE EN SCIENCES MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE À PARTIR DE 2018 36
TABLEAU 16 : NOMBRE DE LAURÉATS AUX EXAMENS D'ENTRÉE EN SCIENCES MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE À PARTIR DE 2017 38
TABLEAU 17 : NOMBRE D'EXEMPTIONS ET D'EXCLUSION DU CONTINGENTEMENT EN 2021, PAR COMMUNAUTÉ ET POUR LA BELGIQUE 42
TABLEAU 18A : LA RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE : APERÇU GLOBAL (JUSQU'EN 2020 AVEC MINIMA) 43
TABLEAU 18B : LA RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE : APERÇU GLOBAL (DEPUIS 2021) 43

Tableau 19A : La réalisation du contingentement des médecins en Communauté française : aperçu global (jusqu'en 2020 avec MINIMA) 45
Tableau 19B : La réalisation du contingentement des médecins en Communauté française : aperçu global (Depuis 2021) 45
Tableau 20A : La réalisation du contingentement des médecins pour la Belgique : aperçu global (JUSQU'EN 2020 avec minima) 47
Tableau 20B : La réalisation du contingentement des médecins pour la Belgique : aperçu global (DEPUIS 2020 avec minima) 477
Tableau 21 : Communauté flamande : réalisation observée du contingentement jusqu'à la fin de la période de lissage en 2018 52
Tableau 22 : Communauté française : réalisation observée du contingentement jusqu'à la fin de la période de lissage en 2018 53
Tableau 23 : Communauté flamande : réalisation observée et projetée du contingentement à partir de la fin de la période de lissage en 2018 54
Tableau 24 : Communauté française : réalisation observée et projetée du contingentement à partir de la fin de la période de lissage en 2018 54
Tableau 25 : Attestations supplémentaires d'accès aux places de stage 55
Tableau 26 : Taux de répartition du quota global selon la cour des comptes 61
Tableau 27 : Quotas annuels des dentistes (A.R. du 19/08/2011 et suivants) 61
Tableau 28 : Situation et projection du contingentement des dentistes en Communauté flamande en tenant compte de tous les diplômés (Belges + Étrangers) 62
Tableau 29 : Situation et projection du contingentement des dentistes en Communauté française en tenant compte de tous les diplômés (Belges + Étrangers) 62
Tableau 30 : Nombre de lauréats aux examens d'entrée en sciences dentaires en Communauté flamande à partir de 2018 63
Tableau 31 : Nombre de lauréats aux examens d'entrée en sciences dentaires en Communauté française à partir de 2017 64
Tableau 32 : Situation et projection du contingentement des dentistes en Communauté française en distinguant les diplômés belges et les ressortissants de l'Union Européenne 65
Tableau 33 : Communauté flamande : nombre de plans de stages des dentistes diplômés en Belgique à partir du 01/01/2008 et réalisation du contingentement par lissage (A.R. 19 août 2011) 68
Tableau 34 : Communauté française : nombre de plans de stages des dentistes diplômés en Belgique à partir du 01/01/2008 et réalisation du contingentement par lissage (A.R. 19 août 2011) 69
Tableau 35 : soldes cumulés du remplissage des quotas des dentistes à partir du 01/01/2008 70
Tableau 36 : Communauté flamande : réalisation observée et projetée du contingentement des dentistes à partir de la fin de la période de lissage en 2020 71
Tableau 37 : Communauté française : réalisation observée et projetée du contingentement des dentistes à partir de la fin de la période de lissage en 2020 72
Tableau 38 : Attestations supplémentaires d'accès aux places de stage pour les dentistes 73
Tableau 39 : nombre annuel de diplômés en kinésithérapie en Communauté flamande 76
Tableau 40 : nombre annuel de diplômés en kinésithérapie en Communauté française 76

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les principes généraux du contingentement des médecins 22
Figure 2. Les principes généraux du contingentement des dentistes 58
Figure 3. Proportion de diplomes non-belges en Communaute française 66

1. INTRODUCTION

Depuis plus de 25 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, §1er, 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, §1er, 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, §1er, 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, §1er
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 1er
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 1er 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 1er 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 1er 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 2021.

En 2021, 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 l'octroi de places de stage pour les diplômés surnuméraires de la promotion 2021 pour les médecins et pour les dentistes, ainsi que la rédaction d'un Avis formel concernant les quotas Médecins 2027, un Avis formel concernant les quotas Dentistes 2026, ainsi qu'un Avis formel concernant l'actualisation de la méthode simplifiée ; la Commission de planification s'est également réunie pour finaliser les projets PlanCad « Sages-Femmes sur le marché du travail, 2018 », « Pharmaciens sur le marché du travail, 2018 », « Assistants Pharmaceutico-thechniques sur le marché du travail, 2018 », « Infirmiers sur le marché du travail, 2004-2018 » et « Aides-soignants sur le marché du travail, 2018 ». 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 2021. 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 2021

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. Le processus de renouvellement des membres de la Commission a été finalisé en 2021.

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique : M. Frank Vandenbroucke.

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 Pascale STEINBERG.

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

ORGANISATION	MEMBRE EFFECTIF	MEMBRE SUPPLÉANT
Établissements universitaires de la Communauté flamande	HOEBEKE, Piet HERIJGERS, Paul	MATHYSEN, Danny VAN GEET, Christel
Établissements universitaires de la Communauté française	CORNETTE, Pascale COGAN, Elie	LOUIS, Edouard GOFFARD, Jean-Christophe
Collège intermutualiste	LANDTMETERS, Bernard DEMYTTENAERE, Bart BRABANT, Steven	PELTIER, Alex LUCET, Catherine DE BRUYN, Benjamin
Organisations professionnelles représentatives des médecins généralistes	HERRY, Luc DRIELSMA, Pierre	MOREAU, Véronique ROEX, Milhan
Organisations professionnelles représentatives des médecins spécialistes	DE BACKER, Wilfried MOENS, Marc	PLETSCHETTE, Zoé BEJJANI, Gilbert
Organisations professionnelles représentatives des dentistes	DEVRIESE, Michel VANDEVELDE, Marijke	BOLLAND, Fabrice SIEGERS, Karine
Ministre de la Santé publique	HENS, Evelyne DE MAESENEER, Jan	SCHOENMAECKERS, Jeroen MOENS, Isabel
Ministre des Affaires sociales	DAUBIE, Mickael	LANGE, Bernard
Communauté flamande	BROUWERS, Jonas	GOYVAERTS, Sofie
Communauté française	MATTERAZZO, Stella	SMETS, Françoise
Communauté germanophone	PIRAPREZ, Laura	WABNIG, Miranda
Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)	MEEUS, Pascal	VERLIEFDE, Patrick
Organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes	DE ZITTER, Ann JACQUEMIN, Manuel	SONDERVAN, Baldwin DONNAY, Frédérique
Experts du secteur professionnel de la kinésithérapie sur proposition de la ministre de la Santé publique	BRASSINE, Éric MEIRTE, Jill	LIEVENS, Pierre-Olivier VAN DEUN, Bieke
Organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier	MENGAL, Yves PAQUAY, Louis	THONON, Olivier DE WANDELER, Ellen
Experts du secteur professionnel de l'art infirmier	PETERS, Edgar	HESPEL, Jannie

sur proposition de la ministre de la Santé publique	VAN HECKE, Anne	VAN DURME, Thérèse
Organisations professionnelles représentatives des sages-femmes	WITTROUW, Vanessa REYNS, Marlene	NISET, Anne EMBO, Mieke
Experts du secteur professionnel des sages-femmes sur proposition de la ministre de la Santé publique	CASTIAUX, Geneviève BEECKMAN, Katrien	GOETVINCK, Krista VERMEULEN, Joeri
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 VERDICKT, Anne

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 du 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 2021, la Commission de planification a organisé **six réunions plénières** et a notamment traité les points suivants inscrits à l'ordre du jour :

Compte tenu des circonstances *exceptionnelles et des mesures de « distanciation sociale » afin de lutter contre la propagation du virus Covid-19, les réunions plénières suivantes se sont déroulées de manière digitale.*

Réunion plénière 02 février 2021 :

1. **Pharmaciens :**
   Approbation rapport PlanCad Pharmaciens 2018
   a. Questions et réponses
   b. Validation (VOTE)
   Approbation rapport PlanCad assistants pharmaceutico-techniques 2018
   a. Questions et réponses
   b. Validation (VOTE)
2. **Infirmiers :**
   Approbation rapport PlanCad infirmiers 2004-2018
   a. Questions et réponses
   b. Validation (VOTE)
   Approbation rapport PlanCad Aides-soignants 2018
   a. Questions et réponses
   b. Validation (VOTE)
3. **Dentistes : Quota global Dentistes 2026**
   a. Questions et réponses
   b. Validation (VOTE)
4. **Médecins : Quota global Médecins 2027**
   a. Questions et réponses
   b. Validation (VOTE)

Réunion plénière du 31 mars 2021 :

- Installation de la nouvelle Commission ;
- Présentation du fonctionnement de la Commission et de ses travaux.

Réunion plénière du 02 avril 2021 :

- Avis surnuméraire promotion 2021 Médecins
- Avis surnuméraire promotion 2021 Dentistes

Réunion plénière du 29 avril 2021 :

- L'objectif de cette session est de préparer les nouveaux membres aux discussions techniques qui auront lieu lors des réunions des différents groupes de travail.

Réunion plénière du 20 mai 2021 :

- Présentation de la méthodologie de calcul du nombre de médecins autorisés à débuter un plan de stage en tenant compte des médecins inactifs et du système de récupération du solde de médecins formés durant la période 2004-2021
- Avis COMPLAN sur la mise à jour de la méthodologie de calcul du nombre de médecins autorisés à débuter un plan de stage en tenant compte des médecins inactifs et du système de récupération du solde de médecins formés durant la période 2004-2021 (VOTE)

Réunion plénière du 28 juin 2021 :

- Validation du RAPAN 2020 par courriel.

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

LISTE DES AVIS FORMELS[1]	
2021_01	**Avis concernant le contingentement des médecins (fixation quota 2027)**
2021_02	**Avis concernant le contingentement des dentistes (fixation quota 2026)**
2021_03	**Avis concernant le contingentement des médecins (octroi de place de stage pour les diplômés supplémentaires) 2021**
2021_04	**Avis concernant le contingentement des dentistes (octroi de place de stage pour les diplômés supplémentaires) 2021**
2021_05	**Avis concernant la planification des médecins (amélioration de la méthodologie simplifiée)**

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

LISTE DES RAPPORTS VALIDÉS[2]	
PlanCad	**Sages-femmes sur le marché du travail 2018**
PlanCad	**Assistants pharmarceutico-techniques sur le marché du travail 2018**
PlanCad	**Aides-soignants sur le marché du travail 2018**
PlanCad	**Infirmiers sur le marché du travail 2004-2018**
PlanCad	**Pharmaciens sur le marché du travail 2018**
RAPAN	**Rapport annuel 2020 (RAPAN)** (validation par courriel)

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

Les rapports suivants ont été publiés en 2021 sans validation formelle par l'assemblée plénière, dans la mesure où il s'agit d'une mise à jour des données, sans modification de la méthodologie :

LISTE DES RAPPORTS PUBLIÉS SANS VALIDATION FORMELLE DE LA PLÉNIÈRE[2]	
STATAN	**Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé au 31/12/2020**

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 réglemente 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 2021, le Bureau **s'est réuni à deux reprises**, à savoir le 9 mars et le 21 décembre 2021.

2.2.3. Les groupes de travail ou groupes d'experts

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 ou groupes d'experts. 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 « Medecins »

Le groupe de travail "Médecins" s'est réuni à dix reprises. Les 19 janvier, 23 avril, 4 et 11 mai, 1er et 25 juin, 10 septembre, 5 novembre, 2 et 23 décembre 2021, le groupe de travail a procédé à l'état des lieux du « Développement des scénarios alternatifs Médecins 2016-2036», ainsi qu'à l'élaboration de la « Méthode simplifiée pour les Médecins ».

2.2.3.2. Le Groupe de travail « Dentistes »

Le groupe de travail "Dentistes" a procédé à la validation digitale de l'Avis Formel « Quotas Dentistes 2026 » le 4 janvier 2021. Le groupe s'est réuni à sept reprises les 4 janvier, 22 février, 8 mars, 3 mai, 14 juin, 20 septembre et 25 octobre 2021 afin de travailler sur les « Scénarios alternatifs Dentistes », ainsi que les 25 octobre et 29 novembre 2021 au sujet des « Quotas 2028-2032 ».

2.2.3.3. Le groupe de travail « Kinesitherapeutes »

Le groupe de travail "Kinésithérapeutes" ne s'est pas réuni en 2021.

2.2.3.4. Le groupe de travail « Infirmiers »

Le groupe de travail "Infirmiers" s'est réuni à cinq reprises les 7 mai, 18 juin, 22 octobre, 19 novembre et 17 décembre 2021 afin de travailler au « PlanCad Infirmiers 2018 » et sur le scénario de base infirmiers.

2.2.3.5. Le groupe de travail « Sages-femmes »

Le groupe de travail "Sages-femmes" a validé par mail le 12 janvier 2021 le « PlanCad Sages-Femmes sur le marché du trail, 2018 ».

2.2.3.6. Le Groupe de travail « Logopedes »

Le groupe de travail "Logopèdes" s'est réuni à deux reprises en 2021 afin de travailler au « PlanCad Logopèdes 2013-2019 » les 23 septembre et 18 novembre.

2.2.3.7. Le groupe de travail scientifique

En 2021, le groupe de travail scientifique ne s'est pas réuni.

2.2.3.8. Le groupe de travail Ad-hoc audiologues et audiciens

Le groupe de travail Audiologues et Audiciens s'est réuni le 16 avril 2021 afin de travailler sur le « PlanCad audiologues et audiciens 2018 » .

2.3. Le plan pluriannuel 2019-2021 et l'état d'avancement

2.3.1. Programmation semestrielle et realisation du plan pluriannuel

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

	2019		2020		2021		
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
MÉDECIN (63.615)(1)							
PlanCad complet	X						
Scénario de base	X	X	X	X			
Scénario alternatif				X	X		Les scénarios alternatifs ont démarré en 2021 et seront finalisés en 2022.
Mise à jour note méthode simplifiée					X		La note a été mise à jour en 2021.
Avis			X	X	X		
DENTISTE (11.440)							
PlanCad complet	X						
Scénario de base	X	X					
Scénario alternatif		X	X		X	X	Les scénarios alternatifs ont été réalisés en 2021 et seront validés lors de la première plénière de 2022.
Avis			X	X	X	X	
KINÉ (40.533)							
PlanCad complet							
Scénario de base	X						
Scénario alternatif		X	X				
Avis		X	X				
PlanCad réduit						X	Le rapport sera finalisé en 2022
SAGE FEMME							
PlanCad réduit	X			X		X	Le PlanCad réduit Sages-femmes a été publié en 2021.
Scénario alternatif	X	X					
Avis			X				
INFIRMIER (204.256)							
PlanCad réduit		X					
PlanCad complet				X	X		Le PlanCad complet Infirmiers a été finalisé et validé en 2021.
Scénario de base					X	X	Le scénario de base a été développé en 2021 et sera validé lors de la première plénière de 2022. Un scénario de base sera développé pour chaque secteur d'activité hôpitaux, soins à domicile, M(R)S, et santé communautaire.
Scénario alternatif						X	
Avis						X	
LOGOPÈDES (15.753)							
PlanCad réduit		X					
PlanCad complet					X	X	Le PlanCad complet logopèdes a été réalisé en 2021 et sera validé en plénière 2022.
Scénario de base						X	Les premières étapes de développement du Scénario ont démarré. Le projet sera finalisé en 2022.
Scénario alternatif							
Avis							
AUTRES PROFESSIONS – COUPLAGE RÉDUIT							
Audiologues (1173)-**audiciens** (1.771)					X		Le rapport a été finalisé en 2021
Aides-soignants (133.838)				X			Ce rapport a été réalisé et publié en parallèle avec la réalisation du PlanCad infirmiers complet
Pharmaciens (21.413)				X	X		Plancad réalisé en collaboration avec des experts invités. Finalisé en 2020, il sera validé début 2021
Assistants pharmaceutico-techniques (12.270)				X	X		En parallèle avec la réalisation du PlanCad Pharmaciens réduit Finalisé en 2020, il a été validé début 2021
Diététiciens (5.605)						X	

	2019		2020		2021		
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
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 médical (11.148)						X	Activité reportée en 2022
Technologues en imagerie médicale (2.774)						X	Activité reportée en 2022
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 Maitre de Stage
Orthopédagogues cliniciens (2)							Visa et agrément + mesure transitoire attendues en 01/19 Mise en place Maitre de Stage

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 6e 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, sage-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 31/12/2021 dans la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé, a été publié en 2022 et est disponible sur le site internet du SPF SPSCAE.

TABLEAU 3 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ EN DROIT D'EXERCER AU 31/12/2021

	Domiciliés en et hors Belgique	Domiciliés en Belgique
Médecins	**72.657**	**60.494**
Dentistes	**13.158**	**10.868**
(Stomatologues[3])	(434)	(397)
Kinésithérapeutes	**50.945**	**39.948**
Infirmiers	**223.649**	**206.444**
Sages-femmes	**14.679**	**12.828**
Aide-soignants	**129.946**	**122.203**
Pharmaciens	**23.535**	**21.986**
Santé mentale	**13.756**	**13.591**
Psychologues cliniciens	12.294	12.141
Orthopédagogues cliniciens	1.462	1.450
Paramédicaux	**81.330**	**76.856**
Assistants pharmaceutico-techniques	15.157	14.860
Diététiciens	7.547	7.223
Audiciens	2.271	2.145
Audiologues	1.682	1.607
Ergothérapeutes	14.638	13.743
Orthoptistes-optométristes	1.179	1.120
Logopèdes	18.794	16.806
Technologues en imagerie médicale	3.165	2.867
Technologues de laboratoire médical	12.782	12.562
Podologues	1.195	1.082
Hygiénistes bucco-dentaires	240	183
Ambulancier de transport non urgent de patients	2.680	2.658
NOMBRE TOTAL DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ	**623.655**	**565.218**

Source : Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé au 31 décembre 2021.

[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 2020, la Commission de planification a validé le couplage approfondi pour les infirmiers (2004-2018) qui a été publiéen 2021.

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 2021, les professions suivantes ont fait l'objet d'un couplage de données réduit: les aides-soignants (2018), les sages-femmes (2018), les audiciens/ audiologues (2018), les pharmaciens (2018), et les assistants pharmaceutico-techniques (2018).

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.

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. Les scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail des médecins et des dentistes ont été initié en 2021 et seront finalisés en 2022.

2.5. Évolution du cadre légal général en 2014 : la sixième réforme de l'État

2.5.1. Modifications instaurees par la 6eme reforme de l'État

Dans le cadre de la 6e 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, § 1er I 7°, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980. L'article 5 §1 I 7° 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 contingentement

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 a été finalisé à l'aide du modèle de projection de la force de travail et la Commission de planification a émis un avis au ministre de la santé.

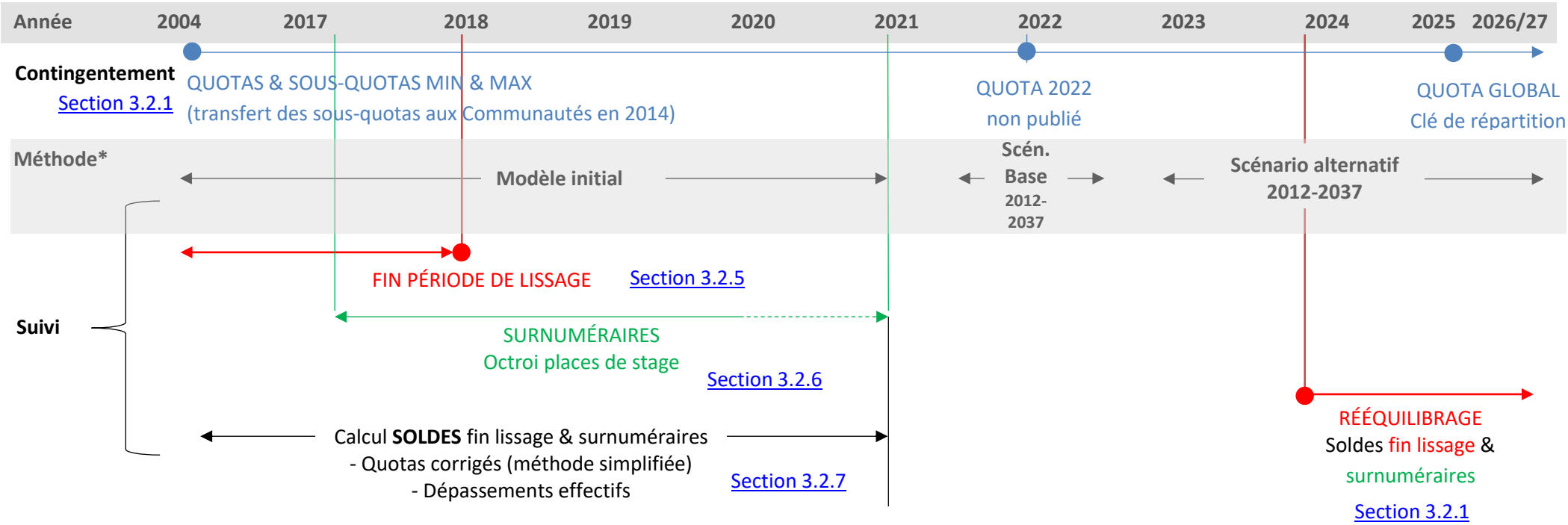
Le contingentement des médecins et celui des dentistes, dont la réalisation est décrite respectivement aux paragraphes 3.2.3 et 3.3.3 suivants, se base sur la première disposition. Dans ce cadre, l'accès à l'attribution des titres professionnels particuliers fait l'objet d'un agrément lequel est régi par une limitation de l'accès aux formations pratiques requises pour l'octroi de cet agrément[4].

[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

Le 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 contingentement 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 35ter[5].

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	-	-

[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.

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 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 1er 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 1er. 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 1er : les contingents annuels sont fixés jusqu'en 2012 ;
- À l'article 2 : l'ajout des gériatres 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 1er, §1er	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 1er, § 1er	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 1er, § 1er	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 1er 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. 1er).
- 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 1er 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 fixés 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 au niveau fédéral. 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 %
2021	2027	59,68 %	40,32 %
2022	2028	59,86 %	40,14 %

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. § 1er. Le surnombre des candidats visés à l'article 92, § 1er, 1°, 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 200 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 10A : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA BELGIQUE DE 2008 À 2020

Belgique		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombres maximums (art. 3)		**757**	**757**	**757**	**757**	**890**	**975**	**1025**	**1230**	**1230**	**1230**	**2460**	**1230**	**1230**
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	**300**	**300**	**300**	**300**	**300**	**300**	**300**	**360**	**400**	**400**	**800**	**400**	**400**
	Psychiatres infanto-juvéniles	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**40**	**20**	**20**
	Médecine aiguë	**10**	**10**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**40**	**20**	**20**
	Médecine d'urgence	**5**	**5**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**20**	**10**	**10**
	Gériatrie			**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**40**	**20**	**20**

TABLEAU 11B : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA BELGIQUE À PARTIR DE 2021

Belgique	2021 *	2022 **	2023	2024	2025	2026 ***	2027
Nombres maximums (art. 3)	**1230**	**1320**	**1445**	**1445**	**1445**	**1273**	**1517**
Quota revu (loi 22/03/18) Rééquilibrage solde surnuméraires	**-**	-	**-**	**1412**	**1434**	**1416**	**1482**

* 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.
*** 6 titres professionnels particuliers ne seront pas inclus dans le quota 2026. Il s'agit des titres professionnels particuliers de médecin spécialiste en gériatrie, médecin spécialiste en psychiatrie, médecin spécialiste en anatomie pathologique, médecin spécialiste en oncologie médicale, médecin spécialiste en rhumatologie et médecin spécialiste en biologie clinique.

TABLEAU 12A : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE DE 2008 À 2020

Communauté flamande		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombres maximums (art. 3)		**454**	**454**	**454**	**454**	**534**	**585**	**615**	**738**	**738**	**738**	**1476**	**738**	**738**
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**

TABLEAU 13B : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE À PARTIR DE 2021

Communauté flamande	2021	2022 *	2023	2024	2025 **	2026 ***	2027
Nombres maximums (art. 3)	**738**	**745**	**838**	**838**	**860**	**759**	**905**
Quota revu (loi 22/03/18)*** Rééquilibrage solde surnuméraires	**-**	-	**-**	**907**	**929**	**911**	**977**
Récupération envisagée	**-**	-	**-**	**69**	**69**	**152**	**72**
Récupération : solde cumulé	**-**	-	**-**	**69**	**138**	**290**	**362**

* 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..

*** 6 titres professionnels particuliers ne seront pas inclus dans le quota 2026. Il s'agit des titres professionnels particuliers de médecin spécialiste en gériatrie, médecin spécialiste en psychiatrie, médecin spécialiste en anatomie pathologique, médecin spécialiste en oncologie médicale, médecin spécialiste en rhumatologie et médecin spécialiste en biologie clinique.

TABLEAU 14A : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE 2008 À 2020

Communauté française		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombres maximums (art. 3)		**303**	**303**	**303**	**303**	**356**	**390**	**410**	**492**	**492**	**492**	**984**	**492**	**492**
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**

TABLEAU 15B : 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 1ER SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE À PARTIR DE 2021

Communauté française	2021	2022 *	2023	2024	2025 **	2026 ****	2027
Nombres maximums (art. 3)	**492**	575	**607**	**607**	**585**	**514**	**612**
Quota revu (loi 22/03/18)*** Rééquilibrage solde surnuméraires	**-**	-	**-**	**505**	**505**	**505**	**505**
Récupération légale envisagée	**-**	-	**-**	**102**	**80**	**9**	**107**
Récupération : solde cumulé	**-**	-	**-**	**102**	**182**	**191**	**298**

* 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.
*** 6 titres professionnels particuliers ne seront pas inclus dans le quota 2026. Il s'agit des titres professionnels particuliers de médecin spécialiste en gériatrie, médecin spécialiste en psychiatrie, médecin spécialiste en anatomie pathologique, médecin spécialiste en oncologie médicale, médecin spécialiste en rhumatologie et médecin spécialiste en biologie clinique.

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 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 du 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] https://www.belgium.be/fr/formation/enseignement/superieur

TABLEAU 16 : ÉTAT DE LA SITUATION DU CONTINGENTEMENT 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	2021	2022
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)	**994** **(10)**	**901** (11)	**1062**
Quota	**445**	**445**	**445**	**454**	**454**	**454**	**454**	**454**	**534**	**585**	**615**	**738**	**738**	**738**	**1476**	**738**	**738**	**738**	**738**

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

(2) Pour l'année 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 Médecins, 2016-2036 en cours de mise à jour au moment de l'écriture de ce rapport suite à la réception de données plus récentes de la part des Communautés).

(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 de diplômés de nationalité luxembourgeoise.

(10) Sur les 994 diplômés en 2020, 929 (93,46%) ont la nationalité belge, 45 (4,53%) la nationalité néerlandaise ; ce sont en 2020, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également qu'il n'y a pas, non plus, de diplômés de nationalité luxembourgeoise.

(11) Sur les 901 diplômés en 2021, 869 (96,45%) ont la nationalité belge, 25 (2,77%) la nationalité néerlandaise ; ce sont en 2021 les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également qu'il y a 1 diplômé de nationalité luxembourgeoise.

TABLEAU 17 : ÉTAT DE LA SITUATION DU CONTINGENTEMENT 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	2021	2022
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)	**923** **(10)**	**997** (11)	**756**
Quota	**297**	**297**	**297**	**303**	**303**	**303**	**303**	**303**	**356**	**390**	**410**	**492**	**492**	**492**	**984**	**492**	**492**	**492**	**492**

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

(2) Pour l'année 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 Médecins, 2016-2036 en cours de mise à jour au moment de l'écriture de ce rapport suite à la réception de données plus récentes de la part des Communautés).

(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.

(10) Sur les 923 diplômés en 2020, 734 (79,52%) ont la nationalité belge, 97 (20,51%) la nationalité française ; ce sont, en 2020, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également que 8 diplômés sont de nationalité luxembourgeoise.

(11) Sur les 997 diplômés en 2021, 808 (81,04%) ont la nationalité belge, 93 (9,33%) la nationalité française ; ce sont, en 2021, les 2 principales nationalités représentées dans cette cohorte. Notons également que 9 diplômés sont de nationalité luxembourgoise.

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 dentaires[7]. 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. Notons qu'en 2020, les examens étaient numériques et décentralisés.

TABLEAU 18 : NOMBRE DE LAURÉATS AUX EXAMENS D'ENTRÉE EN SCIENCES MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE À PARTIR DE 2018

	2018		2019		2020		2021	
Nationalité	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**
Belge	1054	93,6%	1155	95,9%	1256	97,7%	1226	95,5%
Non-belge	72	6,4%	50	4,2%	29	2,3%	58	4,5%
Total	1126	100%	1205	100%	1285	100%	1284	100%

Sources : https://toelatingsexamenartstandarts.be/publicaties & https://toelatingsexamenartstandarts.be/nieuws

Le nombre de lauréats est de 1.126 en 2018, 1.205 en 2019, 1.285 en 2020 et 1.284 en 2021, soit une augmentation d'environ 80 lauréats chaque année, à l'exception de 2021. Le pourcentage de lauréats de nationalité non belge varie fortement : de 2018 à 2020 on observe une diminution, après quoi le pourcentage augmente en 2021. Le nombre de lauréats de nationalité non belge a doublé par rapport à 2020.

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 année[8]. 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 1er quadrimestre de la première année de médecine, le jury du 1er bachelier oriente chaque étudiant, soit vers le 2e quadrimestre du 1er bachelier, soit vers un étalement en 2 ans de cette première année, soit éventuellement vers d'autres études dans le domaine de la santé.

[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.

A 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 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 1er 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 2015-2016[9].

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 19 : NOMBRE DE LAURÉATS AUX EXAMENS D'ENTRÉE EN SCIENCES MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE À PARTIR DE 2017

	2017*		2018		2019		2020		2021	
Statut	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**
Résident	596	91,6%	887	85,1%	722	75,4%	897	76,8%	771	70,1%
Non résident	55	8,4%	155	14,9%	236	24,6%	271	23,2%	329	29,9%
Total	651	100%	1042	100%	958	100%	1168	100%	1100	100%

** En 2017, une session unique est organisée contrairement aux autres années où deux sessions sont organisées.*
Sources : Ares, communiqué de presse, 14 septembre 2018 et 14 septembre 2019. https://www.ares-ac.be/fr/presse et l'administration générale de l'Enseignement en Fédération Wallonie-Bruxelles pour 2020.

En 2017, 651 candidats ont réussi l'unique session de l'examen d'entrée. Les années suivantes, le nombre de candidats pouvant démarrer leurs études en médecine est d'environ 1.000 personnes par année (1.042 en 2018, 958 en 2019, 1.168 en 2020 et 1100 en 2021). La proportion de lauréats non-résidents augmente sensiblement de 2017 à 2021 pour atteindre un taux proche de 30%.

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 numérus 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 profession[10]. 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.

[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.

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. Entre 2017et 2021, 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°bis) ;
- 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°ter) ;
- 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°quater).

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 contingentement 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 1er 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°. 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 généralistes[11]. 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.

[11] Les restrictions de quotas de l'art. 1er 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. 1er. Les nombres pour les spécialisations immunisées ne concernaient en fait qu'un nombre supplémentaire au-delà des quotas existants visés à l'art. 1er.

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 », « 2015-2018 » et « 2019-2020 », les collèges 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, 2004-2018 et 2004-2020 (notes 4, 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.

Ainsi, pour faire le suivi de la réalisation du contingentement, les données extraites du cadastre concernent tous les plans de stage débutés en 2020.

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 20 : NOMBRE D'EXEMPTIONS ET D'EXCLUSION DU CONTINGENTEMENT EN 2021, PAR COMMUNAUTÉ ET POUR LA BELGIQUE

		Communauté flamande	Communauté française	Belgique
Exemptions et exclusions du contingentement				
Diplômes étrangers (art.1, 1°);		35	39	74
Changement de spécialité	Médecin généraliste	8	6	14
	Médecin spécialiste	8	11	19
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°);		7	4	11
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°);		1	4	5
Diplômes obtenus avant 2004 (art. 5, 8°);	Médecin généraliste	0	0	0
	Médecin spécialiste	1	0	1
Total des exemptions		60	64	124

TABLEAU 21A : LA RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE : APERÇU GLOBAL (JUSQUE 2020 AVEC MINIMA)

Communauté flamande																							
				2004-2011		2004-2012		2004-2013		2004-2014		2004-2015		2004-2016		2004-2017		2004-2018		2004-2019		2004-2020
		(1)	2011	Total cumulé	2012	Total cumulé	2013	Total cumulé	2014	Total cumulé	2015	Total cumulé	2016	Total cumulé	2017	Total cumulé	2018	Total cumulé	2019	Total cumulé	2020	Total cumulé
Nombres maximums (art. 3)		N	454		534		585		615		738		738		738		1476		738		738	
		O	597		660		699		672		702		826		787		1273		912		914	
		Δ	143	-226 (2)	126	-100	114	+14	57	(71-140) = -69 (4)	-36	-105	88	-17	49	+32	-203	(-171-229) = -400 (5)	174	-226	176	(-50-150) = -200 (6)
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	180		180		180		180		216		240		240		480		240		240	
		O	195		210		215		251		265		319		300		474		331		376	
		Δ	15	-391 (3)	30	-361	35	-326	71	-255	49	-206	79	-127	60	-67	-6	-73	91	+18	136	+154
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	12		12		12		12		12		12		12		24		12		12	
		O	12		14		13		5		10		13		14		20		22		11	
		Δ	0	-3	2	-1	1	0	-7	-7	-2	-9	1	-8	2	-6	-4	-10	10	0	-1	-1
	Médecine aiguë	N	12		12		12		12		12		12		12		24		12		12	
		O	6		8		13		12		8		5		7		13		9		1	
		Δ	-6	-8	-4	-12	1	-11	0	-11	-4	-15	-7	-22	-5	-27	-11	-38	-3	-41	-11	-52
	Médecine d'urgence	N	6		6		6		6		6		6		6		12		6		6	
		O	5		19		19		23		21		22		22		35		36		32	
		Δ	-1	+9	13	+22	13	+35	17	+52	15	+67	16	+83	16	+99	23	+122	30	+152	26	+178
	Gériatrie	N	12		12		12		12		12		12		12		24		12		12	
		O	1		0		0		2		2		4		0		0		0		0	
		Δ	-11	-21	-12	-33	-12	-45	-10	-55	-10	-65	-8	-73	-12	-85	-24	-109	-12	-121	-12	-133

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

(2) Le solde 2004-2010 était de (-369). 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 2004-2010 était de (-406).

(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.

(6) En 2020, on a appliqué la correction de (-150) 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 2019-2020.

TABEL 18B : LA RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE : APERÇU GLOBAL (A PARTIR DE 2021)

Communauté flamande				
	(1)	2004-2020 Total cumulé	2021	2004-2021 Total cumulé
Maxima (art. 3)	N		738	
	O		840	
	Δ	(-50-150) = -200 (6)	102	-98 (7)

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

(6) En 2020, on a appliqué la correction de (-150) 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 2019-2020.

(7) En 2021, aucune donnée n'a été collectée en 2021 en lien avec les mandats de recherche. La correction sera apportée dans le rapport annuel 2022.

TABLEAU 22A : LA RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : APERÇU GLOBAL (JUSQU'EN 2020 AVEC MINIMA)

Communauté française																							
		(1)	2011	2004-2011 Total cumulé	2012	2004-2012 Total cumulé	2013	2004-2013 Total cumulé	2014	2004-2014 Total cumulé	2015	2004-2015 Total cumulé	2016	2004-2016 Total cumulé	2017	2004-2017 Total cumulé	2018	2004-2018 Total cumulé	2019	2004-2019 Total cumulé	2020	2004-2020 Total cumulé
Nombres maximums (art. 3)		N	303		356		390		410		492		492		492		984		492		492	
		O	447		432		410		522		579		661		768		1477		873		854	
		Δ	144	+253 (2)	76	+329	20	+349	112	(461-98) = +363 (4)	87	+450	169	+619	276	+895	493	(1388-157) = +1231 (5)	381	+1612	362	(1974-73) = +1901 (6)
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	120		120		120		120		144		160		160		320		160		160	
		O	122		123		129		160		199		231		299		685		377		375	
		Δ	2	-99 (3)	3	-96	9	-87	40	-47	55	+8	71	+79	139	+218	365	+583	217	+800	215	+1015
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	8		8		8		8		8		8		8		16		8		8	
		O	9		4		7		7		6		13		8		21		10		9	
		Δ	1	+1	-4	-3	-1	-4	-1	-5	-2	-7	5	-2	0	-2	5	+3	2	+5	1	+6
	Médecine aiguë	N	8		8		8		8		8		8		8		16		8		8	
		O	1		4		1		2		0		0		0		0		1		0	
		Δ	-7	-11	-4	-15	-7	-22	-6	-28	-8	-36	-8	-44	-8	-52	-16	-68	-7	-75	-8	-83
	Médecine d'urgence	N	4		4		4		4		4		4		4		8		4		4	
		O	16		15		15		27		34		28		42		71		43		43	
		Δ	12	+32	11	+43	11	+54	23	+77	30	+107	24	+131	38	+169	63	+232	39	+271	39	+310
	Gériatrie	N	8		8		8		8		8		8		8		16		8		8	
		O	7		7		7		9		7		14		15		18		11		11	
		Δ	-1	-5	-1	-6	-1	-7	1	-6	-1	-7	6	-1	7	+6	2	+8	3	+11	3	+14

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

(2) Le solde 2004-2010 était de (+109). 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 2004-2010 était de (-101).

(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.

(6) En 2020, on a appliqué la correction de (-73) 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 2019-2020.

TABEL 19B : LA RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : APERÇU GLOBAL (A PARTIR DE 2021)

Communauté française				
		2004-2020		2004-2021
	(1)	Total cumulé	2021	Total cumulé
Maxima (art. 3)	N		492	
	O		824	
	Δ	(1974-73) = +1901 (6)	332	2.233 (7)

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

(6) En 2020, on a appliqué la correction de (-73) 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 2019-2020.

(7) En 2021, aucune donnée n'a été collectée en 2021 en lien avec les mandats de recherche. La correction sera apportée dans le rapport annuel 2022.

TABLEAU 23A : LA RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS POUR LA BELGIQUE : APERÇU GLOBAL (JUSQU'EN 2020 AVEC MINIMA)

Belgique																							
		(1)	2011	2004-2011 Total cumulé	2012	2004-2012 Total cumulé	2013	2004-2013 Total cumulé	2014	2004-2014 Total cumulé	2015	2004-2015 Total cumulé	2016	2004-2016 Total cumulé	2017	2004-2017 Total cumulé	2018	2004-2018 Total cumulé	2019	2004-2019 Total cumulé	2020	2004-2020 Total cumulé
Nombres maximums (art. 3)		N	757		890		975		1025		1230		1230		1230		2460		1230		1230	
		O	1044		1092		1109		1194		1281		1487		1555		2750		1785		1768	
		Δ	287	+27 (2)	202	+229	134	+363	169	+294 (4)	51	+345	257	+602	325	+927	290	+831 (5)	555	+1386	538	(+1924-223) = 1701 (6)
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	300		300		300		300		360		400		400		800		400		400	
		O	317		333		344		411		464		550		599		1159		708		751	
		Δ	17	-490 (3)	33	-457	44	-413	111	-302	104	-198	150	-48	199	+151	359	+510	308	+818	351	+1169
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	20		20		20		20		20		20		20		40		20		20	
		O	21		18		20		12		16		26		22		41		32		20	
		Δ	1	-2	-2	-4	0	-4	-8	-12	-4	-16	6	-10	2	-8	1	-7	12	+5	0	+5
	Médecine aiguë	N	20		20		20		20		20		20		20		40		20		20	
		O	7		12		14		14		8		5		7		13		10		1	
		Δ	-13	-19	-8	-27	-6	-33	-6	-39	-12	-51	-15	-66	-13	-79	-27	-106	-10	-116	-19	-135
	Médecine d'urgence	N	10		10		10		10		10		10		10		20		10		10	
		O	21		34		34		50		55		50		64		106		79		75	
		Δ	11	+41	24	+65	24	+89	40	+129	45	+174	40	+214	54	+268	86	+354	69	+423	65	+488
	Gériatrie	N	20		20		20		20		20		20		20		40		20		20	
		O	8		7		7		11		9		18		15		18		11		11	
		Δ	-12	-26	-13	-39	-13	-52	-9	-61	-11	-72	-2	-74	-5	-79	-22	-101	-9	-110	-9	-119

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

(2) Le solde 2004-2010 était de (-260). 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 2004-2010 était de (-507).

(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.

(6) En 2020, on a appliqué la correction de (-223) 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 2019-2020.

TABEL 20B : LA RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT DES MÉDECINS POUR LA BELGIQUE : APERÇU GLOBAL (A PARTIR DE 2021)

Belgique				
		2004-2020		2004-2021
	(1)	Total cumulé	2021	Total cumulé
Maxima (art. 3)	N		1230	
	O		1664	
	Δ	(+1924-223) = 1701 (6)	434	**2.135** (7)

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

(6) En 2020, on a appliqué la correction de (-223) 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 2019-2020.

(7) En 2021, aucune donnée n'a été collectée en 2021 en lien avec les mandats de recherche. La correction sera apportée dans le rapport annuel 2022.

Les constats suivants peuvent être faits quant à la réalisation du contingentement des médecins pour la Belgique entre 2004 et 2021.

En **Communauté flamande** (voir Tableaux 18A et B), 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. Par la suite, entre 2019 et 2021, on observe plus de plans de stage soumis et approuvés que le quota fixé. La correction pour les détenteurs de mandats de recherche pour la période 2021-2022 sera apportée dans le prochain rapport annuel.

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 -391 unités entre 2004 et 2011 à +154 unités entre 2004 et 2020), une augmentation du surplus cumulé en médecine d'urgence (de +9 unités entre 2004 et 2011 à +178 unités entre 2004 et 2020), le retour d'un total cumulé proche de l'équilibre en psychiatrie infanto-juvénile après plusieurs années en déficit cumulé (0 unité entre 2004 et 2009 et -1 unité entre 2004 et 2020), et une augmentation du déficit cumulé en médecine aiguë (de -8 unités entre 2004 et 2011 à -52 unités entre 2004 et 2020) et en gériatrie (de -21 unités entre 2004 et 2011 à -133 unités entre 2004 et 2020). A partir de 2021, les minima ne seront plus déterminés par le gouvernement fédéral, mais par la communauté.

En **Communauté française** (voir tableaux 19A et 19B), le surplus cumulé observé pendant la période 2004-2008 (+37 unités) continue de croître pour atteindre +1.901 unités en 2020 (après correction des détenteurs d'un mandat de recherche pendant la période 2019 et 2020). 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).

S'agissant du nombre minimum de médecins dans chaque spécialité présentée, on observe des différences. Pour la médecine générale, le déficit cumulé en 2011 (-99 unités) a évolué vers un important surplus cumulé en 2020 (+1015 unités). La même tendance se dessine en gériatrie, avec un déficit cumulé de -5 unités en 2011 évoluant vers un surplus cumulé de +14 unités en 2020. En psychiatrie infanto-juvénile, le surplus cumulé passe de +1 unité entre 2004 et 2011 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 6 unités en 2020. Le déficit cumulé de -11 unités en médecine aiguë pendant la période 2004-2011 augmente pour atteindre un déficit cumulé de -83 unités en 2020. En médecine d'urgence enfin, on note une augmentation du surplus cumulé entre 2011 et 2020 (de +32 unités entre 2004 et 2011 à +310 unités entre 2004 et 2020). A partir de 2021, les minima ne seront plus déterminés par le gouvernement fédéral, mais par la communauté.

Les tableaux 20A et 20B donnent un aperçu de la réalisation du contingentement des médecins pour la **Belgique**. Le déficit cumulé de -223 médecins entre 2004 et 2009 qui a évolué vers un surplus cumulé de +27 entre 2004 et 2011 augmente vers un surplus cumulé de +1701 médecins entre 2004 et 2020 (après correction des détenteurs d'un mandat de recherche pendant la période 2019 et 2020). Le surplus constaté en 2019 (= 555) est le plus élevé depuis le début du contingentement et est proche du surplus de 538 unités en 2020.

En médecine générale, le déficit cumulé de -490 unités pendant la période 2004-2011 évolue vers un surplus cumulé de +1169 unités entre 2004 et 2020. La tendance inverse se dessine en médecine aiguë (de +4 unités entre 2004 et 2009 à -135 unités entre 2004 et 2020). 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 qui est maintenu en 2020. En médecine d'urgence, le surplus cumulé de +41 unités entre 2004 et 2011 augmente pour atteindre +488 unités entre 2004 et 2020. À l'inverse, on observe en gériatrie une augmentation du déficit cumulé, qui passe de -26 unités pendant la période 2004-2011 à -119 unités pendant la période 2004-2020. A partir de 2021, les minima ne seront plus déterminés par le gouvernement fédéral, mais par la communauté.

3.2.4. Suivi du contingentement de 2004 jusqu'a 2021

Le suivi du contingentement depuis sa mise en application en 2004 jusqu'à 2021 aboutit aux conclusions suivantes :

- En 2021, on constate que le nombre de diplômés en **Communauté flamande** est supérieur au quota 2021 attribué à cette communauté. Le nombre de diplômés n'ayant pas débuté un plan de stage dans le cadre du contingentement diminue comparé à 2018 et 2019 (229 et 117 respectivement) et est égal à 29. Le surplus cumulé en Communauté flamande de 49 unités en 2017 a évolué vers un déficit cumulé de 400 unités en 2018, qui a été réduit à un surplus cumulé de 84 unités en 2020.
- En 2021, on constate que le nombre de diplômés en **Communauté française** est presque deux fois plus élevé que le quota 2021 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 (+367). Le surplus cumulé de médecins en Communauté française continue de croître. Il a atteint 895 unités en 2017, 1231 unités en 2018, 1612 unités en 2019. Il se chiffre à 1901 unités en 2020 et 2223 en 2021. L'effet régulateur de l'examen d'entrée mis en place en 2017 ne se marquera qu'à partir de l'année 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) et atteint 154 unités pour la période 2004-2020. En Communauté française, ce surplus cumulé est présent depuis 2004-2015 et atteint +1015 unités pour la période 2004-2020.
- 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.
- En Communauté flamande, les minima en gériatrie ne sont jamais atteints et le déficit continue de s'accroître. En Communauté française, le déficit cumulé constaté jusqu'en 2016 se résorbe et atteint +14 unités en 2020. 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.
- En 2021, aucune donnée n'a été collectée en lien avec les mandats de recherche. La correction sera apportée dans le rapport annuel 2022.

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 règlementation 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 24 : 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 25 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : RÉALISATION OBSERVÉE DU CONTINGENTEMENT 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 2004-2022 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, 2020 et 2021 ainsi que les projections pour 2022.

TABLEAU 26 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJETÉE DU CONTINGENTEMENT À PARTIR DE LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018

Communauté flamande						
		Réel				Attendu
Année du diplôme		2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de diplômés	D (1)	1502	1029	994	901	1062
Quota fixé	Q	1476	738	738	738	738
Écart entre le nombre de diplômés et le quota	D – Q	26	291	256	163	324
Nombre de plans de stage IN quotas	S (2)	1273	912	914	872	957
Nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage IN quota	D – S	229	117	80	29	105
Réalisation annuelle des quotas	Ra = S – Q	-203	174	176	134	219
Réalisation annuelle des quotas Avancement du solde	**Cumul de Ra**	**-400**	**-226**	**-50**	**84**	**303**

(1) *Nombre de diplômés* : Jusque 2021, il s'agit des nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (source : SPF Santé publique). Pour 2022, 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).

(2) *Nombre de plans de stage IN quotas* : Jusque 2021, il s'agit des nombres réels de plans de stage IN quotas (source : SPF Santé publique). Pour 2022, 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).

TABLEAU 27 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJETÉE DU CONTINGENTEMENT À PARTIR DE LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2018

Communauté française						
		Réel				Attendu
Année du diplôme		2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de diplômés	D (1)	1778	990	923	997	756
Quota fixé	Q	984	492	492	492	492
Écart entre le nombre de diplômés et le quota	D – Q	794	498	431	505	264
Nombre de plans de stage IN quotas	S (2)	1477	873	854	859	698
Nombre de diplômés n'ayant pas introduit de plan de stage IN quota	D – S	301	117	69	138	58
Réalisation annuelle des quotas	Ra = S – Q	493	381	362	367	206
Réalisation annuelle des quotas Avancement du solde	**Cumul de Ra**	**1231**	**1612**	**1974**	**2341**	**2547**

(1) *Nombre de diplômés* : Jusque 2021, il s'agit des nombres réels de diplômés sur la base du nombre de visas délivrés (source : SPF Santé publique). Pour 2022, 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).

(2) *Nombre de plans de stage IN quotas* : Jusque 2021, il s'agit des nombres réels de plans de stage IN quotas (source : SPF Santé publique). Pour 2022, 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 2021, le déficit cumulé en **Communauté flamande** évolue à un surplus cumulé de 84 unités. Selon les projections du scénario de base pour les médecins, cette situation évoluerait encore vers un surplus de 303 unités en 2022.
- En 2021, le surplus cumulé en **Communauté française** continue de croître. Les chiffres projetés pour 2022 creuseraient encore plus ce surplus allant vers un total de 2547 unités en 2022.

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, 2019, 2020 et 2021, 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, 5 mai 2019, 12 juin 2020 et 14 août 2021).

Le nombre de ces candidats supplémentaires est défini comme la différence entre le nombre de diplômés qui reçoivent une attestation universitaire pour démarrer un plan de stage 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 28 : ATTESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES D'ACCÈS AUX PLACES DE STAGE

Communauté	2017	2018	2019	2020	2021
Communauté flamande	0	0	174	176	134
Communauté française	276	493	381	362	367

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.

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 débuter 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 connait 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 91[13] (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).

Les détails de cette méthodologie se trouvent dans la version précédente du RAPAN : RAPAN 2019.

En 2021 la méthode de calcul et le taux d'inactivité a été actualisé sur base des données du PlanCad Médecins 2004-2016.

Dans son avis formel 2021-05 la Commission de Planification a approuvé la mise à jour de la méthode de calcul du nombre de médecins pouvant entamer un plan de stage en tenant compte de l'inactivité des médecins et du système de récupération du solde des médecins formés pendant la période 2004-2021.

Pour la période 2004-2021, le nouveau solde corrigé par cette méthode est :

- +612 en Communauté française (taux d'inactivité des jeunes médecins en début de carrière de 21,5%)
- -1.626 en Communauté flamande (taux d'inactivité des jeunes médecins en début de carrière de 16,1%).

Cette méthode utilise les taux d'inactivité observés pendant la période 2004 à 2016 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 belge).

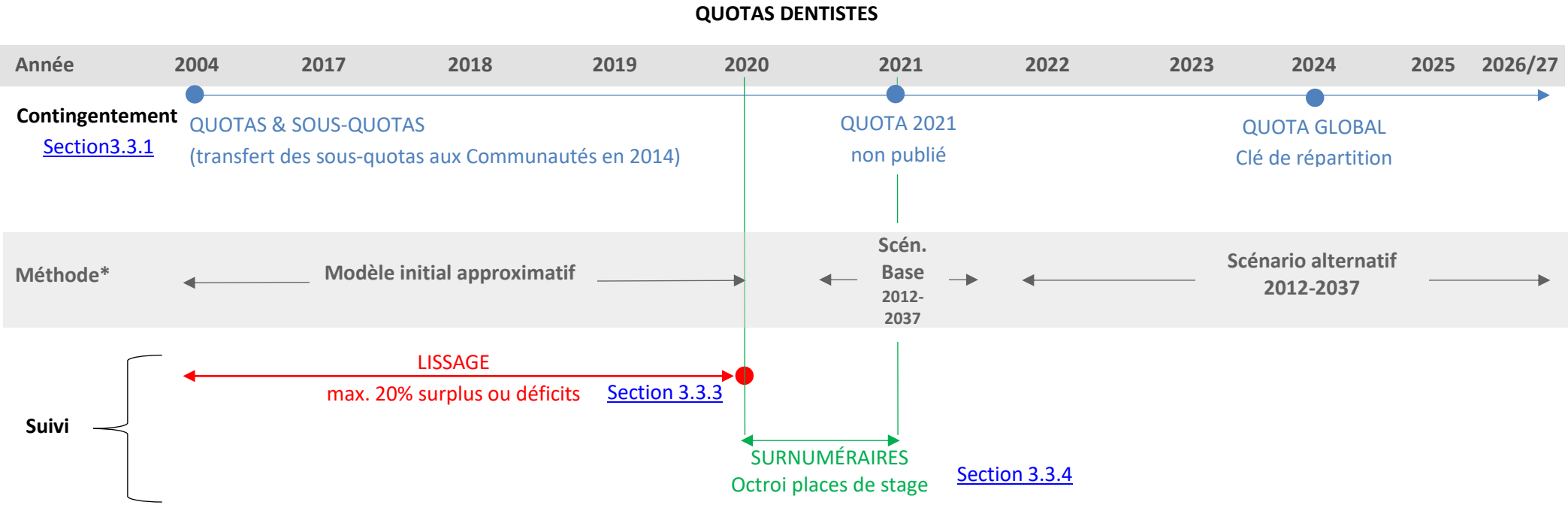
[12] Voir à ce sujet la note Médecins : Mobilités internationales, publiée en 2020 par la cellule planification de l'offre médicale.

[13] Il s'agit des TPP de niveau 2

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

Le contingentement des dentistes 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 2. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU CONTINGENTEMENT DES DENTISTES



* Méthode : Le modèle initial utilisé pour fixer les quotas de 2004 à 2020 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 2021 intègrent, entre autres, les problématiques des actifs et des non-résidents, permettant une description plus précise de la force de travail belge.

3.3.1. Le contingentement 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 1er 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 29 : 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 %
2021	2026	59,68 %	40,32 %
2022	2027	59,86 %	40,14 %

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

TABLEAU 30 : 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	2026
Accès à la formation (art. 1 - 4)	**Nombre global**	Belgique	140	150	160	180	188	228	228	228	232	232
		Communauté flamande	84	90	96	108	116	141	141	136	138	138
		Communauté française	56	60	64	72	72	87	87	92	94	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 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 31 : SITUATION ET PROJECTION DU CONTINGENTEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE EN TENANT COMPTE DE TOUS LES DIPLÔMÉS (BELGES + ÉTRANGERS)

Communauté flamande																					
	Réel																				Atten-du
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de diplômés (D)	87	65	50	46	74	65	62	76	103	87	102	110	108	97	98	87	106	121	76	124	137
Quota (Q)	84	84	84	84	84	84	84	84	84	90	90	90	96	96	96	108	108	108	108	(116) (1)	141
D-Q	3	-19	-34	-38	-10	-19	-22	-8	19	-3	12	20	12	1	2	-21	-2	13	-32	n.a.	-4
Solde cumulé	3	-16	-50	-88	-98	-117	-139	-147	-128	-131	-119	-99	-87	-86	-84	-105	-107	-94	-126	-126	-130

De 2002 à 2021, les valeurs présentées sont les chiffres réels des diplômés obtenus sur base des visas délivrés (source : SPF Santé publique). Pour 2022, 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).

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

Communauté française																					
	Réel																				Atten-du
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de diplômés (D)	80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	71	111	135	138	168	185	159	194	155	102
Quota (Q)	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	64	64	64	72	72	72	72	(72) (1)	87
D-Q	24	13	10	-3	15	-1	-3	24	12	-1	1	11	47	71	74	96	113	87	122	n.a	15
Solde cumulé	24	37	47	44	59	58	55	79	91	90	91	102	149	220	294	390	503	590	712	712	727

De 2002 à 2021, les valeurs présentées sont les chiffres réels des diplômés obtenus sur base des visas délivrés (source : SPF Santé publique). Pour 2022, 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).

(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 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). À partir de 2020, toute personne s'inscrivant aux deux examens d'entrée (sciences médicales et sciences dentaires) devra faire un choix contraignant à l'avance. Ce choix sera contraignant s'il apparaît que le participant, sur le base des résultats obtenus et des notes fixées, peut être considéré pour un classement favorable dans les deux programmes. Un participant ne peut alors effectivement être classé favorablement que pour le programme indiqué comme étant le programme préféré.

TABLEAU 33 : NOMBRE DE LAURÉATS AUX EXAMENS D'ENTRÉE EN SCIENCES DENTAIRES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE À PARTIR DE 2018

	2018			2019			2020		2021	
Nationalité	Lauréats classés favorablement	%	Lauréats susceptibles de commencer (1)	Lauréats classés favorablement	%	Lauréats susceptibles de commencer (2)	Lauréats classés favorablement	%	Lauréats classés favorablement	%
Belge	246	95,0%	134	278	95,5%	152	170	93,9%	172	94%
Non-belge	13	5,0%		13	4,5%		11	6,1%	11	6%
Total	259	100%		291	100%		181	100%	183	100%

Sources : https://toelatingsexamenartstandarts.be/publicaties & https://toelatingsexamenartstandarts.be/nieuws

(1) 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.

(2) 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, 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 2020 et 2021, 181 candidats et 183 candidats sont classés favorablement pour commencer leurs études en sciences dentaires.

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. De manière à respecter les précautions d'hygiène pour éviter la propagation du coronavirus, les deux sessions de 2020 se sont déroulées de manière décentralisée.

TABLEAU 34 : NOMBRE DE LAURÉATS AUX EXAMENS D'ENTRÉE EN SCIENCES DENTAIRES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE À PARTIR DE 2017

	2017 (1)		2018		2019		2020		2021	
Statut	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**	**Lauréats**	**%**
Résident	39	86,7%	79	82,3%	64	74.4%	83	70,3%	90	70,9%
Non résident	6	13,3%	17	17,7%	22	25,6%	35	29,7%	37	29,1%
Total	45	100%	96	100%	86	100%	118	100%	127	100%

Sources : Ares, communiqué de presse, 14 septembre 2018 et 14 septembre 2019. https://www.ares-ac.be/fr/presse et l'administration générale de l'Enseignement en Fédération Wallonie-Bruxelles pour 2020

(1) Session unique

En 2017, une session unique est organisée et 45 candidats réussissent leur examen d'entrée en sciences dentaires.

A partir de 2018, deux sessions sont organisées. Respectivement 96, 86, 118 et 127 candidats peuvent démarrer leurs études en dentisterie en 2018, 2019, 2020 et 2021.

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 numérus 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.

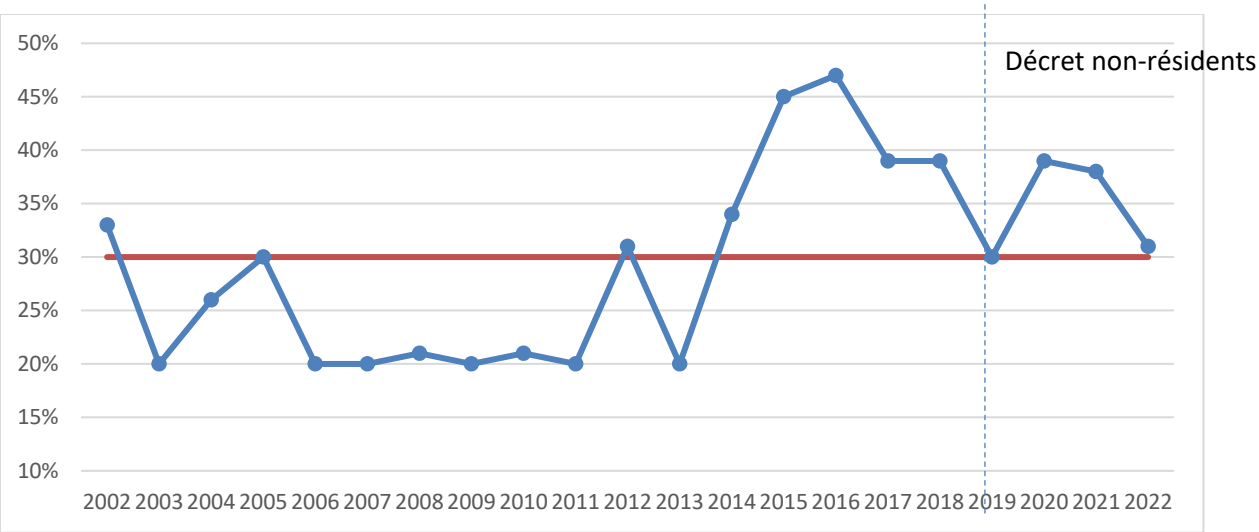
TABLEAU 35 : SITUATION ET PROJECTION DU CONTINGENTEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE EN DISTINGUANT LES DIPLÔMÉS BELGES ET LES RESSORTISSANTS DE L'UNION EUROPÉENNE

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	2022
Nombre de diplômés belges	54	55	49	37	57	44	42	63	54	47	42	57	73	74	72	101	111	111	118	96	70
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)	76 (8)	59 (9)	32
Nombre de diplômés	80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	71	111	135	138	168	185	159	194	155	102
% diplômés non-belges	33%	20%	26%	30%	20%	20%	21%	20%	21%	20%	31%	20%	34%	45%	47%	39%	39%	30%	39%	38%	31%

(1) De 2002 à 2021, les chiffres réels sont obtenus sur base des visas délivrés (source : SPF Santé publique).
(2) Pour 2022, 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).
(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.
(8) La nationalité de 4 dentistes diplômés en Belgique en 2020 est inconnue. 12 dentistes sont des ressortissant hors UE.
(9) 10 dentistes sont des ressortissant hors UE.

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

FIGURE 3. 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 (± 40% des diplômés sont de nationalité non belge). En 2019, le seuil de 30% est atteint. Cette proportion augmente de nouveau en 2020 avec un chiffre de 39 % et en 2021 avec 38%. Les projections pour 2022 indiquent une proportion à 31 %.

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 et 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 et en 2020, le nombre de personnes non-résidentes étant supérieur à 30 % des réussites, un classement des non-résidents a été appliqué.

3.3.3. La realisation du contingentement des dentistes

En 2001, le législateur a défini les critères d'agrément des orthodontistes[14] et des parodontologues[15], et en 2002 ceux des dentistes généralistes[16]. 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 1er 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 1er 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 1er 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.

---

[14] 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.
[15] 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
[16] 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 36 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : NOMBRE DE PLANS DE STAGES DES DENTISTES DIPLÔMÉS EN BELGIQUE À PARTIR DU 01/01/2008 ET RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT PAR LISSAGE (A.R. 19 AOÛT 2011)

Communauté flamande														
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dentistes généralistes	49	54	81	68	73	88	85	79	81	68	77	101	60	(2)
Dentistes spécialistes en parodontologie	4	5	6	7	7	7	4	2	3	2	4	2	5	
Dentistes spécialistes en orthodontie	4	7	2	8	3	4	3	2	4	6	4	8	5	
Nombre Total de dentistes	57	66	89	83	83	99	92	83	88	91	85	111	70	96
Quota	84	84	84	90	90	90	96	96	96	108	108	108	108	(116) (1)
20% du quota	17	17	17	18	18	18	19	19	19	22	22	22	22	n.a
Solde = total - quota	-27	-18	5	-7	-7	9	-4	-13	-8	-17	-23	3	-38	n.a
Solde légal à reporter, limité à 20% du quota	-17	-17	+5	-7	-7	+9	-4	-13	-8	-17	-22*	+3	-22*	n.a
Solde cumulé à reporter en tenant compte de la limitation à 20%	-17	-34	-29	-36	-43	-34	-38	-51	-59	-76	-98	-95	-117	-117

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 (en déficit) est de 23 unités en 2018 et 38 unités en 2020, soit 1 en plus que les 20% du quota autorisés en 2018 et 16 en plus que les 20% du quota autorisés en 2020. Conformément à la législation, seul le déficit 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.

(1) La Commission de planification a émis un avis pour le quota de 2021, mais aucun arrêté royal n'a été publié. Par conséquent, aucun solde ne peut être reporté en 2021.

(2) Depuis la 6ème réforme de l'Etat , les sous-quotas sont de la compétence des communautés. Le fédéral fixe le quota global.

TABLEAU 37 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : NOMBRE DE PLANS DE STAGES DES DENTISTES DIPLÔMÉS EN BELGIQUE À PARTIR DU 01/01/2008 ET RÉALISATION DU CONTINGENTEMENT PAR LISSAGE (A.R. 19 AOÛT 2011)

Communauté française														
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dentistes généralistes	30	57	55	42	48	53	84	92	97	115	140	142	152	(2)
Dentistes spécialistes en parodontologie	3	1	1	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	
Dentistes spécialistes en orthodontie	6	6	6	5	6	2	6	6	7	6	6	5	6	
TOTAL	39	64	62	50	56	57	93	100	106	124	148	150	161	121
Quota	56	56	56	60	60	60	64	64	64	72	72	72	72	(72) (1)
20% du quota	11	11	11	12	12	12	13	13	13	14	14	14	14	n.a
Solde = total - quota	-17	8	6	-10	-4	-3	29	36	42	52	76	78	89	n.a
Solde légal à reporter, limité à 20% du quota	-11	+8	+6	-10	-4	-3	+13*	+13*	+13*	+14*	+14*	+14*	+14*	n.a
Solde cumulé en tenant compte de la limitation à 20%	-11	-3	+3	-7	-11	-14	-1	+12	+25	+39	+53	+67	+81	+81

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 obtenu 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 et 89 unités en 2020, 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, 64 en plus en 2019 et 75 en plus en 2020. 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.

(1) La Commission de planification a émis un avis pour le quota de 2021, mais aucun arrêté royal n'a été publié. Par conséquent, aucun solde ne peut être reporté en 2021.

(2) Depuis la 6ème réforme de l'Etat , les sous-quotas sont de la compétence des communautés. Le fédéral fixe le quota global.

TABLEAU 38 : 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	2020	2021 (1)
Com. flamande	Dentistes généralistes	Plans de stage enregistrés	49	54	81	68	73	88	85	79	81	68	77	101	60	86
		Quota	70	70	70	74	74	74	80	80	80	92	92	92	92	-
		Solde cumulé	-21	-37	-26	-32	-33	-19	-14	-15	-14	-38	-53	-44	-76	-76
	Dentistes spécialistes en parodontologie	Plans de stage enregistrés	4	5	6	7	7	7	4	2	3	2	4	2	5	3
		Quota	7	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	-33	-33
	Dentistes spécialistes en orthodontie	Plans de stage enregistrés	4	7	2	8	3	4	3	2	4	6	4	8	5	7
		Quota	7	7	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	-
		Solde cumulé	-3	-3	-8	-9	-15	-20	-26	-33	-38	-41	-46	-47	-51	-51
	Total	Plans de stage enregistrés	57	66	89	83	83	99	92	83	88	76	85	111	70	96
		Quota	84	84	84	90	90	90	96	96	96	108	108	108	108	-
		Solde cumulé	-27	-45	-40	-47	-54	-45	-49	-62	-70	-102	-125	-122	-160	-160
Com. française	Dentistes généralistes	Plans de stage enregistrés	30	57	55	42	48	53	84	92	97	115	140	142	152	114
		Quota	46	46	46	48	48	48	52	52	52	60	60	60	60	-
		Solde cumulé	-16	-5	+4	-2	-2	+3	+35	+75	+120	+175	+255	+337	+429	+429
	Dentistes spécialistes en parodontologie	Plans de stage enregistrés	3	1	1	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2
		Quota	5	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	-35	-35
	Dentistes spécialistes en orthodontie	Plans de stage enregistrés	6	6	6	5	6	2	6	6	7	6	6	5	6	5
		Quota	5	5	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	-
		Solde cumulé	+1	+2	+3	+1	0	-5	-6	-7	-7	-8	-9	-11	-12	-12
	Total	Plans de stage enregistrés	39	64	62	50	56	57	93	100	106	124	148	150	161	121
		Quota	56	56	56	60	60	60	64	64	64	72	72	72	72	-
		Solde cumulé	-17	-9	-3	-13	-17	-20	9	45	87	139	215	293	382	382

(1) La Commission de planification a émis un avis pour le quota de 2021, mais aucun arrêté royal n'a été publié. par conséquent, aucun solde ne peut être reporté en 2021. Les surplus cumulés que nous observons en 2020 seront inchangés en 2021.

En **Communauté flamande,** le solde cumulé sur la période 2008-2021 est négatif, ce qui indique un déficit cumulé. Le déficit est de 117 unités en 2021. 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 2008-2021 est un excédent, qui atteint la valeur de 81 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. Soldes a partir de 2020 et Attestations supplementaires d'acces aux places de stage

À partir des soldes pour la période 2008-2020, période de « lissage », les tableaux suivants détaillent la réalisation du contingentement pour 2021 ainsi que les projections pour 2022.

TABLEAU 39 : COMMUNAUTÉ FLAMANDE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJETÉE DU CONTINGENTEMENT DES DENTISTES À PARTIR DE LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2020

Communauté flamande			
	Réel		**Attendu**
Année du diplôme	2020	2021	2022
Total - Nombre de plans de stage des dentistes diplômés en Belgique	70	96	116
Quota	108	116 (1)	141
20% du quota	22	Pas d'application	28
Solde = total - quota	-38	Pas d'application	-25
Solde légal à reporter, limité à 20% du quota pour 2020	-22*	Pas d'application	-25
Solde cumulé à reporter (en tenant compte de la limitation à 20% pour 2020)	-117	Pas d'application	-142

Pour 2021, les valeurs présentées sont les chiffres réels des stages déposés (source : Cadastre, SPF Santé publique). Pour 2022, il s'agit de la projection du nombre d'étudiants diplômés du programme master qui entament un master de spécialisation pour avoir accès à un titre professionnel en art dentaire (selon le scénario de base décrivant l'évolution de la force de travail des Dentistes, 2016-2041).

*Le dépassement réel (en déficit) est de 38 unités en 2020, soit 16 en plus que les 20% du quota autorisés en 2020. Conformément à la législation, seul le déficit 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.

(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. On ne peut donc pas reporter de solde pour 2021.

TABLEAU 40 : COMMUNAUTÉ FRANÇAISE : RÉALISATION OBSERVÉE ET PROJETÉE DU CONTINGENTEMENT DES DENTISTES À PARTIR DE LA FIN DE LA PÉRIODE DE LISSAGE EN 2020

Communauté française			
	Réel		Attendu
Année du diplôme	2020	2021	2022
Total - Nombre de plans de stage des dentistes diplômés en Belgique	161	121	67
Quota	72	72 (1)	87
20% du quota	14	Pas d'application	17
Solde = total - quota	89	Pas d'application	*-20*
Solde légal à reporter, limité à 20% du quota pour 2020	+14*	Pas d'application	-17
Solde cumulé à reporter (en tenant compte de la limitation à 20% pour 2020)	+81	Pas d'application	+64

Pour 2021, les valeurs présentées sont les chiffres réels des stages déposés (source : Cadastre, SPF Santé publique). Pour 2022, il s'agit de la projection du nombre d'étudiants diplômés du programme master qui entament un master de spécialisation pour avoir accès à un titre professionnel en art dentaire (selon le scénario de base décrivant l'évolution de la force de travail des Dentistes, 2016-2041).

*Le dépassement réel est de 89 unités en 2020, soit 75 en plus que les 20% du quota autorisés en 2020. Conformément à la législation, seul le déficit équivalent aux 20% du quota (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.

(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. On ne peut donc pas reporter de solde pour 2021.

- En 2020, le déficit cumulé en **Communauté flamande** atteint 117 unités. Ce chiffre ne change pas pour l'année 2021 car aucun solde est reporté. Les chiffres projetés pour 2022 indiquent un déficit supplémentaire de 25 unités.
- En 2020, le surplus cumulé en **Communauté française** atteint 81 unités. Ce chiffre ne change pas pour l'année 2021 car aucun solde est reporté. Les chiffres projetés pour 2022 indiquent un surplus supplémentaire de 64 unités.

Avec la fin du lissage en 2020, 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 2020, 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 dentisterie (24 juin 2020).

Le nombre de ces candidats supplémentaires est défini comme la différence entre le nombre de plans de stage des dentistes diplômés en Belgique 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 dentistes, selon la communauté pour 2020. Aucune attestations est accordée pour 2021 car l'arrêté royal avec le quota 2021 n'a pas été publié.

TABLEAU 41 : ATTESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES D'ACCÈS AUX PLACES DE STAGE POUR LES DENTISTES

Communauté	2020	2021
Communauté flamande	0	n.a.
Communauté française	89	n.a.

3.3.5. Conclusions

Le suivi du contingentement des dentistes aboutit aux conclusions suivantes :

- En 2021, le nombre total de dentistes débutant une formation pour l'obtention d'un agrément en Belgique est supérieur au total des quotas : **231 plans de stage** « in quota » enregistrés toutes spécialités confondues (86 + 3 + 7 + + 114 + 2 + 5 = 217), alors que le **quota** pour l'ensemble de la Belgique est de **198** (100 + 6 + 8 + 72 + 5 + 7 = 180).

- En **Communauté flamande**, on constate une tendance générale que le nombre de plan de stages est systématiquement inférieur au quota prévu. Le déficit cumulé augmente au fil des années. Cette évolution est visible depuis 2008 et qui s'applique à tous les titres professionnels particuliers.

- En **Communauté française**, le déficit a été comblé en 2014 mais depuis, on observe un surplus cumulé qui augmente chaque année en raison du plus grand nombre de stages pour les dentistes - généralistes en formation. 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.

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

3.4.1. LE CONTINGENTEMENT DES KINESITHERAPEUTES

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 servis de base à l'élaboration du scénario de base pour l'avenir réalisé en 2019 : Scénario de base 2016-2041 et à l'élaboration des scénarios alternatifs réalisés en 2020 : Scénarios alternatifs 2016-2041 qui ont évalué l'effet de l'intégration de la nomenclature K et de l'évolution de la demande de soins via deux scénarios. Suite à ces différents travaux, la Commission de planification a formulé des recommandations dans l'avis formel 2020_02.

Dans l'éventualité d'une restriction de l'accès aux études de kinésithérapie, il s'avère judicieux de continuer à faire le suivi du nombre de diplômés.

3.4.2. Le nombre de diplomes

TABLEAU 42 : NOMBRE ANNUEL DE DIPLÔMÉS EN KINÉSITHÉRAPIE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté flamande															
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de diplômés (1)	303	268	259	248	289	333	446	589	686	709	755	865	875	943	949
Nombre de diplômés de nationalité belge	-	-	-	-	-	326	423	563	640	651	688	793	836	865	868
Proportions de diplômés belges par rapport au nombre total de diplômés	-	-	-	-	-	98%	95%	96%	93%	92%	91%	92%	96%	92%	91%

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

TABLEAU 43 : NOMBRE ANNUEL DE DIPLÔMÉS EN KINÉSITHÉRAPIE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Communauté française															
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de diplômés (1)	695	1084	929	971	906	803	852	1055	1025	1147	1129	1054	1148	1139	1355
Nombre de diplômés de nationalité belge	154	194	204	434	385	425	492	613	589	636	651	642	698	642	809
Nombre de diplômés de nationalité française	-	-	-	-	-	361	341	416	418	488	454	392	422	463	520
Proportions de diplômés belges par rapport au nombre total de diplômés	22%	18%	22%	45%	46%	53%	58%	58%	57%	55%	58%	61%	61%	56%	60%

(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 2021 (de 303 à 949) et augmente chaque année un peu plus. La plupart des diplômés ont la nationalité belge (plus de 90% entre 2012 et 2021). Le pourcentage de diplômés de nationalité belge a légèrement diminué entre 2012 (98%) et 2018 (92%), augmente en 2019 (96%) puis revient à 91% en 2021.

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%) puis diminue en 2020 (56%) et atteint à nouveau 60% en 2021. Les étudiants étrangers sont en majorité de nationalité française (± 95% du nombre de kinésithérapeutes non belges diplômés en 2020). La plupart de ceux-ci ne demandent pas leurs numéros INAMI en Belgique ; leur inactivité a été observée grâce au couplage de données PlanCad[17].

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.

[17] 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 numérus 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 France[18].

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 précédente[19].

[18] 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/publications/documents-de-travail-1998-2019/projections-du-nombre-de-masseurs-kinesitherapeutes-en

[19] Une procédure en infraction a été lancée par la Commission européenne contre cette législation. La Communauté française a soumis son rapport final fin 2018 pour les kinésithérapeutes. A ce jour, aucun retour n'a été reçu de la part de la Commission européenne.

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 2021 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 *(pas de publication au moniteur belge).*
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
21 février 2020	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 2020	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
24 juin 2020	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
31 juillet 2020	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
26 février 2021	Arrêté ministériel portant nomination du secrétaire de la Commission de planification de l'offre médicale
2 mars 2021	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

CONTINGENTEMENT	
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).
29 mars 2019	Loi modifiant la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, visant à instaurer un contingentement des médecins et des dentistes formés dans une université étrangère

22 avril 2019	Loi portant modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé (article 145)
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).
12 juin 2020	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (surnuméraires 2020)
16 août 2020	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (quota 2026 & exemptions)
14 août 2021	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (quota 2027)
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).
29 mars 2019	Loi modifiant la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, visant à instaurer un contingentement des médecins et des dentistes formés dans une université étrangère
22 avril 2019	Loi portant modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice de professions des soins de santé (article 145)

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).
24 juin 2020	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'art dentaire (surnuméraires 2020)
20 juillet 2020	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'art dentaire (quota 2025)
18 juillet 2021	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'art dentaire (quota 2026)
KINÉSITHERAPEUTES	
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.