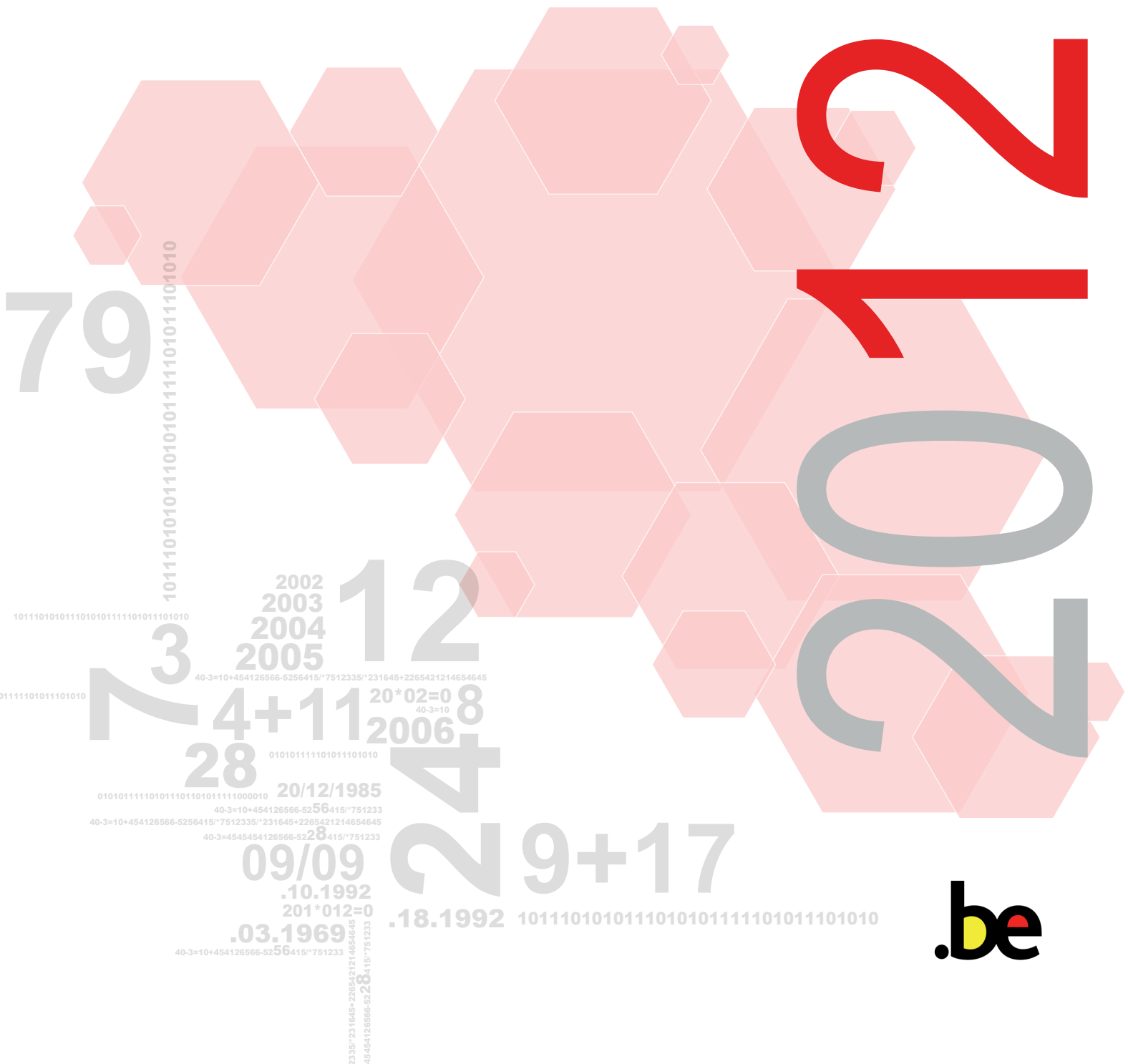


LA PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE EN BELGIQUE

RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE



COLOPHON

Groupe de travail Rapan :

Antoon De Geest, Gretel Dumont, Pieter-Jan Miermans, Aurélia Somer, Pascale Steinberg, Veerle Vivet, François Wagemans.

Responsable de projet :

Aurélia Somer

Directeur général :

Christian Decoster

Editeur responsable :

Dirk Cuypers, Place Victor Horta, 40 boîte 10 - 1060 Bruxelles

Octobre 2013, version corrigée en avril 2014



Direction générale Soins de Santé

Service Professions des Soins de Santé et Pratique professionnelle

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

Place Victor Horta 40, boîte 10 - 1060 Bruxelles

T. +32 (0)2 524 97 28

F. +32 (0)2 524 97 98

com.dg2@sante.belgique.be

www.sante.belgique.be

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

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

Dépôt légal : D/2013/2196/61



LA PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE EN BELGIQUE

RAPPORT ANNUEL 2012 DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE

- *LA COMMISSION DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE EN 2012 ;*
- *ÉTAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE :*
 - *MÉDECINS,*
 - *DENTISTES,*
 - *KINÉSITHÉRAPEUTES.*

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	7
2. La Commission de planification de l'offre médicale en 2012	9
2.1.Composition.....	9
2.2. Fonctionnement de la Commission de planification	10
2.2.1. Les réunions plénières de la Commission de planification.....	10
2.2.2. Avis rendus et décisions ministérielles	11
2.2.3. Le Bureau	12
2.2.4 Le Comité de pilotage	13
2.2.5 Les groupes de travail	14
2.3 Le plan pluriannuel 2009-2012	19
2.3.1 Aperçu de l'avancement du plan pluriannuel 2009-2012	20
2.3.2 Lot 3 : Analyse et exploitation du plan cadastre ou « PlanCAD » infirmiers et kinésithérapeutes	21
2.3.3 Lot 4 : Enquête auprès d'un groupe professionnel: kinésithérapeutes	22
2.3.4 Lot 4 : Enquête auprès d'un groupe professionnel: logopèdes.....	22
2.4 Joint action on Health Workforce Planning and Forecasting	23
3. Etat des lieux en matière de planification de l'offre médicale : Médecins	25
3.1 La planification de l'offre	25
3.2 Le nombre attendu de diplômés	32
3.3 La réalisation de la planification de l'offre médicale des médecins.....	34
3.4 Conclusions	43
4. Etat des lieux en matière de planification de l'offre médicale : Dentistes	45
4.1 La planification de l'offre	45
4.2 Le nombre attendu de diplômés	47

4.3 La réalisation de la planification de l'offre médicale des dentistes	51
4.5 Conclusions	54
5. Etat des lieux en matière de planification de l'offre médicale : Kinésithérapeutes	55
5.1 La planification de l'offre	55
5.2 Le nombre attendu de diplômés	57
5.3 La réalisation de la planification de l'offre en kinésithérapie selon le concours prévu par l'A.R. du 20 juin 2005.....	59
5.3.1 Situation du contingentement des kinésithérapeutes en Communauté flamande	60
5.3.2 Application du mécanisme de compensation aux kinésithérapeutes diplômés de la Communauté flamande	61
5.3.3 Situation du contingentement des kinésithérapeutes en Communauté Française	61
5.3.4 Application du mécanisme de compensation aux kinésithérapeutes diplômés de la Communauté française.....	62
5.3.5 Conclusions	62
6. Annexes	65
6.1 Avis formels de la Commission de planification offre médicale.....	65
6.1.1 Avis 2012_01 concernant la planification des kinésithérapeutes (AR du 20 juin 2005, modifié par les AR du 18 septembre 2008 et 14 octobre 2009)	65
6.1.2 Avis 2012_02 relatif au contingentement des médecins : évolution du contingentement médecin.	68
6.2 Evolution de la législation en matière de planification	70

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Contingents de médecins ayant accès à certains titres professionnels particuliers, d'après l'A.R. du 29 août 1997.	25
Tableau 2: 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 novembre 2000 et 10 novembre 2000.	26
Tableau 3: 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.	28
Tableau 4: 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.	28
Tableau 5: 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.	29
Tableau 6: Aperçu global de la situation actuelle des contingents avec "accès à la formation" (A.R. du 12 juin 2008 modifié par A.R. du 7 mai 2010 et du 1 ^{er} septembre 2012) : les nombres minimaux et maximums en vigueur pour la Belgique.	31
Tableau 7: Aperçu global de la situation actuelle des contingents avec "accès à la formation" (A.R. du 12 juin 2008 modifié par A.R. du 7 mai 2010 et du 1 ^{er} septembre 2012): les nombres minimaux et maximums en vigueur pour la Communauté flamande.	31
Tableau 8: Aperçu global de la situation actuelle des contingents avec "accès à la formation" (A.R. du 12 juin 2008 modifié par A.R. du 7 mai 2010 et du 1 ^{er} septembre 2012) : les nombres minimaux et maximums en vigueur pour la Communauté française.	31
Tableau 9: Etat de la situation du contingentement des diplômés en médecine en Communauté flamande	32
Tableau 10: Etat de la situation du contingentement des diplômés en médecine en Communauté française	32
Tableau 11: La réalisation de la planification de l'offre en Communauté flamande: aperçu global	36
Tableau 12: La réalisation de la planification de l'offre en Communauté française: aperçu global	37
Tableau 13: La réalisation de la planification de l'offre pour la Belgique: aperçu global	39
Tableau 14: Nombre d'exemptions et de remplacements possibles en 2012, par Communauté et pour la Belgique	41
Tableau 15: Différence cumulée projetée à l'avenir pour la Communauté flamande.	42

Tableau 16: Comparaison entre la différence cumulée observée et celle qui avait été projetée selon le scénario de base de 2009, pour la Communauté flamande.....	42
Tableau 17: Différence cumulée projetée à l'avenir pour la Communauté française	43
Tableau 18: Comparaison entre la différence cumulée observée et celle qui avait été projetée selon le scénario de base de 2009, pour la Communauté française	43
Tableau 19: Quotas annuels des dentistes (A.R. du 19 août 2011).....	47
Tableau 20: Situation du contingentement des dentistes en Communauté flamande	48
Tableau 21: Situation du contingentement des dentistes en Communauté française en tenant compte de tous les diplômés (Belges + Etrangers).	48
Tableau 22: Situation du contingentement des dentistes en Communauté française en distinguant les diplômés belges et les ressortissants de l'Union Européenne.....	50
Tableau 23: Nombres de plans de stages enregistrés des dentistes avec diplômes belges obtenus à partir du 01/01/2008.	52
Tableau 24: Communauté flamande: nombres de plans de stages des dentistes diplômés à partir du 01/01/2008 et réalisation de la planification de l'offre par lissage (A.R. du 19 août 2011).	53
Tableau 25: Communauté française: nombres de plans de stages des dentistes diplômés à partir du 01/01/2008 et réalisation de la planification de l'offre par lissage (A.R. du 19 août 2011).	53
Tableau 26: Les quotas fixés en kinésithérapie (A.R. 20 juin 2005 modifié par les A.R. des 18 septembre 2008, 14 octobre 2009, 28 juillet 2011 et 31 août 2011).....	57
Tableau 27: Situation du contingentement des kinésithérapeutes en Communauté flamande	57
Tableau 28: Situation du contingentement des kinésithérapeutes en Communauté française.	58
Tableau 29: Situation du contingentement des kinésithérapeutes en Communauté flamande	60
Tableau 30: Situation du contingentement des kinésithérapeutes en Communauté française.	61

ERRATUM

Par rapport à la première publication, octobre 2013, les corrections de la présente version ont porté sur le tableau en page 10 et le tableau 6 de la page 31.

1. INTRODUCTION

Conformément à l'article 35octies, §2, de l'A.R. n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, la Commission de planification de l'offre médicale est tenue de dresser annuellement un rapport sur « la relation entre les besoins, les études et le passage à l'accès aux stages requis afin d'obtenir les titres professionnels particuliers, visés par l'article 35ter et le titre professionnel visé à l'article 21bis, §3 ».

L'article 35ter de l'A.R. n° 78, prévoit que le Roi fixe les titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières des praticiens visés aux articles 2, §1^{er}, 3, 4, 5, §2, alinéa 1^{er}, 21bis, 21quater, 21noviesdecies et 22 du même arrêté. Concrètement, il s'agit des professions et titres professionnels suivants :

Art médical	Article 2, §1 ^{er}
Art dentaire	Article 3
Art pharmaceutique	Article 4
Prestations de biologie clinique par les porteurs du diplôme légal de pharmacien ou de licencié en sciences chimiques	Article 5, §2, alinéa 1 ^{er}
Kinésithérapie	Article 21bis et Art. 21bis, §3
Art infirmier Aide-soignant	Article 21quater Article 21 sexesdecies
Titre professionnel de sage-femme	Article 21 noviesdecies
Secouriste-ambulancier	Article 21 unvicies
Professions paramédicales : - assistant pharmaceutico-technique ¹ , - diététicien ² , - audiollogue ³ , - audicien ⁴ , - ergothérapeute ⁵ ,	Article 22

¹ Cette profession est définie par l'A.R. 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 01/09/2010.

² Cette profession est définie par l'A.R. 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 01/09/2010.

³ Cette profession est définie par l'A.R. 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 02/01/2012.

⁴ *Idem.*

<ul style="list-style-type: none"> - logopède⁶, - orthoptiste⁷, - bandagiste, orthésiste et prothésiste⁸, - technologue de laboratoire médical⁹, - podologue¹⁰, - technologue en imagerie médicale¹¹. 	
---	--

Partant de cette liste, on constate que les attentes du législateur sont larges. Toutes les professions susmentionnées n'ont pas fait l'objet de discussion au sein de la Commission de planification en 2012.

Les activités de la Commission se sont principalement axées en 2012 sur l'art médical, l'art dentaire, la kinésithérapie et l'art infirmier. Ce sont par conséquent ces quatre groupes professionnels qui seront principalement abordés dans le présent rapport.

Ce rapport annuel consiste en une synthèse des travaux réalisés par la Commission de planification en 2012 et fait rapport de l'état de la question en matière de contingentement. Ce dernier point se limitera dès lors aux trois groupes professionnels soumis à contingentement, à savoir les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes.

⁵ Cette profession est définie par l'A.R. 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 02/01/2012.

⁶ Cette profession est définie par l'A.R. du 20 octobre 1994 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualifications 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 02/04/2013.

⁷ Cette profession est définie par l'A.R. du 24 novembre 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'orthoptiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont l'orthoptiste peut être chargé par un médecin. L'application des procédures d'agrément ministériel pour cette profession est entrée en vigueur le 02/04/2013.

⁸ Cette profession est définie par l'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.

⁹ Cette profession est définie par l'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 n'est pas encore entrée en vigueur.

¹⁰ Cette profession est définie par l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin. L'application des procédures d'agrément pour cette profession n'est pas encore entrée en vigueur. Cette profession fait l'objet d'un agrément délivré par l'INAMI.

¹¹ Cette profession est définie par l'arrêté royal du 28 février 1997 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 n'est pas encore entrée en vigueur.

2. LA COMMISSION DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE EN 2012

2.1.COMPOSITION

Les membres, le secrétaire et le président de la Commission de planification sont nommés par le Roi. Dans l'arrêté royal du 15/03/2010, la composition de la Commission de planification valide à partir du 13/11/2009 pour une période de 5 ans est la suivante:

Président: Karel Vermeyen, démissionnaire depuis fin 2010 ; son activité a cessé à partir du 2^e semestre de 2012.

Secrétaire: Aurélia Somer en remplacement de Henk Vandebroele à partir du 15/05/2012.

Noyau principal :

ORGANISME	MEMBRE EFFECTIF	MEMBRE SUPPLÉANT
Institutions universitaires de la Communauté flamande	PEETERMANS Willy VELKENIERS Brigitte	STEVENS Wim MORTIER Eric
Institutions universitaires de la Communauté française	GEUBEL André COGAN Elie	ARTOISENET Caroline DE WEVER Alain
Collège intermutualiste	VAN DEN OEVER Robert VAN DER MEEREN Ivan CEUPPENS Ann	VAN HOUTE Yves HUSDEN Yolande DE BRUYN Benjamin
Organisations professionnelles des médecins généralistes	LEMYE Roland VANDERMEEREN Philippe	VERMEYLEN Michel DE ROECK Marc
Organisations professionnelles des médecins spécialistes	MASSON Michel BERNARD Dirk	VAN DRIESSCHE Rudi DESCHOUWER Pieter
Organisations professionnelles des dentistes	DEVRIESE Michel HELDERWEIRT Patrick	CLEYMANS Philippe DE TURCK Sofie
Communauté flamande	TEMMERMAN Marleen	SCHOENMAKERS Brigitte
Communauté française	LEFEBVRE Philippe	BRUWIER Geneviève
Communauté germanophone	KLINKENBERG Guido	CORMANN Karin
INAMI	MEEUS Pascal	WINNEN Bert
Ministre Affaires sociales	ENGLERT Yvon	DE MAESENEER Jan
Ministre Santé publique	SCHETGEN Marco HIMPENS Bernard	GIET Didier VAN DE CLOOT Ivan

<u>Kinésithérapeutes</u>				
Organisations professionnelles des kinésithérapeutes		VANDENBREEDEN Johan SCHIEMSKY Jules		VAN LOON Karin JADOT Nicole
Ministre Santé publique		REMY Hubert D’HOOGHE Simon		MORAINE Jean-Jacques STAPPAERTS Karel
<u>Infirmiers:</u>				
Organisations professionnelles des infirmiers		HANS Sabine VANHEUSDEN Heidi		MENGAL Yves BRAEKEVELD Pedro
Ministre Santé publique		SEGRS Marc DEJACE Alain		VANDEVELDE Luc CHAMPAGNE Anne-Marie
<u>Logopèdes:</u>				
Organisations professionnelles des logopèdes		HEYLEN Louis PIETTE Annick		DE MEYERE Pol DUCHATEAU Dominique
Ministre Santé publique		D’HONDT Marleen DECHENE Pascal		TOMBEUR Ine EGGERS Kurt
<u>Sages femmes:</u>				
Organisations professionnelles des sages femmes		DARAKHSHAN Zahra VAN BREMPT Geertrui		REMY Françoise SOENS Liesbeth
Ministre Santé publique		GALEZ Françoise VERMEULEN Joeri		ANNET Joël EMBO Mieke

2.2. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION

2.2.1. LES RÉUNIONS PLÉNIÈRES DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION

L’A.R. du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification offre médicale 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 groupe professionnel.

Les membres de la Commission de planification invités aux réunions diffèrent donc en fonction des points à l’ordre du jour.

La réunion du **30/05/2012** rassemblait, comme groupes professionnels invités, les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et avait à l’ordre du jour les points suivants :

- Avis du groupe de travail kinésithérapie;
- Présentation « Evolution des effectifs médicaux dans le cadre de l’assurance maladie », par l’INAMI;

- Enquêtes :
 - Enquête M.A.S. 2011, groupe professionnel des médecins spécialistes en médecine interne, pneumologie, gastro-entérologie, rhumatologie, cardiologie et oncologie médicale;
 - Future enquête IPSOS 2012 population cible : des kinésithérapeutes salariés.
- Commentaires du groupe de travail infirmier sur l'enquête « groupe professionnel art infirmier, rapport final mai 2010 »;
- Rapport annuel de la Commission de Planification 2010

La réunion de la Commission de Planification du **12/11/2012** rassemblait, comme groupes professionnels invités, les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes et avait à l'ordre du jour les points suivants:

- Présentation de l'évolution des effectifs de médecins par spécialité, par l'INAMI ;
- Avis du groupe de travail médecin;
- Etats des lieux de la situation au niveau des kinésithérapeutes;
- European Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting;
- Etat des lieux de la révision des critères d'agrément des médecins spécialistes.

2.2.2. AVIS RENDUS ET DÉCISIONS MINISTÉRIELLES

Les travaux de 2012 ont donné lieu à deux avis formels, qui ont été envoyés à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

<u>LISTE DES AVIS FORMELS¹²</u>	
2012_01	<p>Avis concernant la planification des kinésithérapeutes (AR du 20 juin 2005, modifié par les AR du 18 septembre 2008 et 14 octobre 2009)</p> <p><i>Suspension pour un an de l'épreuve de sélection. Cette suspension concerne tous les étudiants diplômés de l'année académique 2011-2012, ainsi que ceux qui ont déjà terminé leurs études et qui s'inscrivent au cours de cette année académique à l'épreuve de sélection.</i></p>
2012_02	<p>Avis relatif au contingentement des médecins : évolution du contingentement médecin.</p>

¹² Le texte de ces avis est repris en annexe dans leur intégralité.

Sur la base de ces avis la Ministre de la santé publique a pris en 2012 les décisions suivantes en matière de planification :

- Suspension en 2012 de l'épreuve de sélection des kinésithérapeutes prévue par l'A.R. du 20 juin 2005.
- Poursuite des démarches en vue de mettre en place l'Action conjointe européenne (European Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting)

Par ailleurs suite à l'avis formel de la Commission de planification du 19 mai 2011, l'A.R. du 12 juin 2008 a été modifié par l'A.R. du 1^{er} septembre 2012, entré en vigueur le 5 septembre 2012.

2.2.3. LE BUREAU

Le Bureau a pour tâche principale de préparer la réunion plénière de la Commission de planification.

Il s'est réuni deux fois en 2012.

La réunion du bureau tenue le 14/05/2012, avait pour ordre du jour:

- Suivi de l'ordre du jour de la réunion précédente de la commission de planification-offre médicale (dd. 19/05/2011) ;
- Ordre du jour de la prochaine réunion de la Commission de planification-offre médicale (dd. 30/05/2012).

La réunion du bureau du 11/10/2012, avait pour ordre du jour:

- Préparation de la prochaine réunion de la Commission de planification-offre médicale du 12/11/2012 ;
- Avis du groupe de travail « Médecins » ;
- Rapport annuel 2011 de la commission de planification-offre médicale;
- Transmission de documents aux membres.

2.2.4 LE COMITÉ DE PILOTAGE

Un comité de pilotage a été institué en 2012. Il s'agit d'une concertation entre le Cabinet de la Ministre de la Santé publique, l'administration, des représentants de l'INAMI et des représentants de la Commission de planification, afin de faire un état des lieux des travaux en cours de la Commission et de les faire concorder avec les priorités de la Ministre. Le comité de pilotage s'est réuni 5 fois en 2012 : les 16/01/2012, 25/01/2012, 23/04/2012, 04/06/2012 et 24/09/2012.

Tout au long de l'année, le comité de pilotage a suivi et guidé le déroulement des travaux concernant les différentes professions des soins de santé :

- Kinésithérapeutes : couplage des données (cadastre amélioré), examen de sélection pour l'obtention du numéro INAMI, estimation des besoins par secteur, concertation entre les Communautés afin d'harmoniser les études ;
- Médecins : état des lieux du contingentement, enquête M.A.S. 2011, étude de l'INAMI sur les effectifs médicaux ;
- Dentistes : état des lieux du contingentement, explosion du nombre d'inscription aux études,
- les infirmiers : couplage des données (cadastre amélioré),
- les aides-soignants : étude sur les statistiques disponibles,
- logopèdes : étude exploratoire.

Le comité de pilotage s'est impliqué dans le choix du groupe cible pour l'enquête IPSOS 2012. Il s'est inquiété de la mise à jour du site Web et a envisagé la mise en place du groupe de travail scientifique. Il s'est intéressé aux publications finalisées (STATAN 2010, STATAN 2011, RAPAN 2011), aux résultats de l'étude RN4cast.

Le comité de pilotage a suivi la mise en place de la Joint Action. Il s'est également occupé de préparer les bases du plan pluriannuel 2013-2015, des questions liées à la composition de la Commission de planification ainsi que la vision de la Ministre concernant l'évolution souhaitée de la philosophie de la planification des professions des soins de santé.

2.2.5 LES GROUPES DE TRAVAIL

Afin de garantir le bon fonctionnement de la Commission 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.

La mission, la composition, la méthode de travail et les modalités de rapport des groupes de travail sont définies en séance plénière de la Commission.

2.2.5.1 LE GROUPE DE TRAVAIL SCIENTIFIQUE

La mission de ce groupe de travail a été redéfinie par la Commission de planification du **27/01/2011** et est la suivante :

- Accompagnement et suivi du développement du modèle de planification et des simulations qui seront réalisées à partir de ce modèle.
- Analyse de la demande de soins dans le futur : approche plus détaillée.
- Coopérer avec l'INAMI. Ce qui permettrait d'améliorer la portée des mesures concrètes de la planification sur terrain.
- Suivi du contenu du plan pluriannuel PLAN2.2009 - Lot 3: enquête auprès des médecins, et plus précisément :
 - approche spécifique pour les différentes spécialités ?
 - contrôle final du questionnaire au regard du champ d'application du PLAN2.2009 ;
 - rédaction d'un projet de note pour la Commission de planification, reprenant les principaux résultats et conclusions de cette étude

Le groupe de travail scientifique n'a pas tenu de réunion en 2012.

2.2.5.2 LE GROUPE DE TRAVAIL « MÉDECINS »

La mission du groupe de travail « Médecins » a été redéfinie par la Commission de planification du **27/01/2011**:

- Préparation d'un avis sur le cadre général pour ressources humaines (cf. note conceptuelle rédigée par le groupe de travail scientifique) ;
- Inventaire et mise en concordance des données INAMI et SPF relatives aux quotas de prestataires de soins et à l'activité de ces prestataires ;
- Suivi du contenu du plan pluriannuel PLAN2.2009 - Lot 3: enquête auprès des médecins, et plus précisément :
 - approche spécifique pour les différentes spécialités ?
 - contrôle final du questionnaire au regard du champ d'application du PLAN2.2009 ;
 - rédaction d'un projet de note pour la Commission de planification, reprenant les principaux résultats et conclusions de cette étude ;
- Etude de la problématique des médecins « 000 ».
- Coopérer avec l'INAMI. Ce qui permettrait d'améliorer la portée des mesures concrètes de la planification sur terrain.
- Etudier en détails la note sur « une réflexion sur les futurs travaux de la Commission de Planification » et de proposer des actions concrètes à la commission de planification.

Pour l'année 2012, ces missions n'ont pas été modifiées et le groupe de travail « Médecins » s'est réuni pour la première fois le **18/04/2012**, avec à l'ordre du jour:

- Enquête M.A.S. : présentation des résultats;
- Enquête M.A.S. : validation des résultats;
- Les effectifs médicaux dans le cadre de l'assurance maladie – (rapport INAMI)
-

Le groupe de travail « Médecins » s'est réuni, une seconde fois, le **29/06/2012**, avec à l'ordre du jour :

- Analyse du rapport INAMI et proposition de planification des médecins en tenant compte de ce rapport.

Le groupe de travail « Médecins » s'est réuni, une troisième fois, le **25/09/2012**, avec à l'ordre du jour :

- Analyse du rapport INAMI (suite) ;
- Proposition d'avis relatif à la planification des médecins.

2.2.5.3 LE GROUPE DE TRAVAIL « DENTISTES »

La mission de ce groupe a été redéfinie par la Commission de planification du **27/01/2011** et est la suivante :

- Suivre le contenu du plan pluri-annuel PLAN1.2006: Lot 3: enquête auprès des dentistes, plus particulièrement:
 - Rédaction d'une note préliminaire pour la commission de planification avec les points les plus importants et les conclusions de l'étude
- Nouvelle projection sur base des données récentes et du modèle SPF.
- Coopérer avec l'INAMI. Ce qui permettrait d'améliorer la portée des mesures concrètes de la planification sur terrain
- Rédiger un projet d'avis

En 2012, le groupe n'a pas tenu de réunion.

2.2.5.4 LE GROUPE DE TRAVAIL « KINÉSITHÉRAPEUTES »

En 2011, ce groupe a été constitué, avec pour mission :

- Rédaction d'une note préliminaire pour la commission de planification avec les points les plus importants et les conclusions de l'étude M.A.S.;
- Nouvelle projection sur base des données récentes et du modèle SPF.
- L'évaluation du résultat de la mise en place du mécanisme de compensation.
- Examen des effets négatifs du système actuel de sélection en fin d'études avec procédure de sélection lourde aux fins de révision des chiffres.
- Examen des répercussions d'une sélection exclusivement pour praticiens de première ligne hors hôpital, MRS-MRPA et centres de réadaptation fonctionnelle.
- Evaluer la possibilité de discuter, avec les communautés et les instituts de formation, de l'élaboration d'un modèle de planification au début des études.
- Suivi de l'étude de validité de l'examen des universités confié par l'INAMI
- Coopérer avec l'INAMI. Ce qui permettrait d'améliorer la portée des mesures concrètes de la planification sur terrain.
- Rédiger un projet d'avis.

En 2012, ces missions n'ont pas été modifiées, et le groupe de travail "Kinésithérapeutes" s'est réuni à cinq reprises.

Le **02/02/2012** avec à l'ordre du jour:

- Le point de vue d'Axxon: discussion;
- Suivi de l'avis de la Commission de Planification concernant la kinésithérapie;
- Application de la réglementation en 2010 et 2011 (Un membre du cabinet a été sollicité);
- Suivi juridique de la situation actuelle ;
- Etat des lieux du cadastre ;
- Les chiffres de l'enseignement.

Le **06/03/2012**, avec à l'ordre du jour:

- Calendrier et état des lieux du PlanCad Kinésithérapeutes;
- Discussion de nouvelles propositions du groupe de travail;
- Formulation d'un pré-avis pour la commission de planification.

Le **17/04/2012**, avec à l'ordre du jour:

- Discussion de l'avis préliminaire ;
- Examen des discussions entre l'Autorité fédérale et les Communautés;
- Envoi de l'avis préliminaire à la Commission de Planification.

Le **24/04/2012**, avec à l'ordre du jour:

- Discussion de l'avis préliminaire (suite) ;
- Envoi de l'avis préliminaire à la Commission de Planification.

Le **12/07/2012**, avec à l'ordre du jour:

- Validation du questionnaire auprès des kinésithérapeutes salariés (IPSOS)

2.2.5.5 LE GROUPE DE TRAVAIL « INFIRMIERS »

En 2011, le groupe de travail « Infirmiers » a été constitué, avec pour mission:

- Compléter la banque de données fédérales actuelle avec les données de sécurité sociale de la Banque Carrefour afin de déterminer la population infirmière en activité ;
- Déterminer les modalités d'enregistrement annuel obligatoire des praticiens de l'art infirmier via la délivrance d'un agrément visant à l'obtention d'un titre professionnel

de base (article 34 de la Loi du 10 août 2001 remplacé par l'article 76 de la Loi-programme du 2/08/2002 dont l'entrée en vigueur est postposée (article 77 de cette même Loi) ;

- Déterminer les modifications de l'article 35 quaterdecies visant à l'obtention de données complémentaires relatives à l'activité professionnelle des praticiens de l'art infirmier;
- Examiner l'offre en praticiens de l'art infirmier à la lumière du PlanCad des praticiens de l'art infirmier (données anonymisées résultant du couplage de 3 sources (SPF, INAMI, BCSS) pour les données de 2004-2008 du plan pluriannuel PLAN2.2009;
- Suivi du contenu du plan pluriannuel PLAN1.2006 - Lot 3: enquête auprès des infirmières et analyse de données complémentaires.
- Coopérer avec l'INAMI. Ce qui permettrait d'améliorer la portée des mesures concrètes de la planification sur terrain.

En 2012, ces missions n'ont pas été modifiées et le groupe de travail infirmier s'est réuni deux fois.

Le **14/03/2012**, avec à l'ordre du jour:

- Composition et règles de fonctionnement du groupe de travail infirmier;
- Point de vue du groupe de travail par rapport à la publication de l'enquête M.A.S.;
- Rapport scénario de base infirmiers 2011, y compris les commentaires du groupe de travail « infirmier »;
- Etat des lieux PlanCad (couplage des données infirmiers) ;
- Etat de lieux du projet Caddis (couplage des données personnelles) ;
- Activités futures.

Le **13/06/2012**, avec à l'ordre du jour:

- Etat des lieux du PlanCad (couplage des données infirmières) ;
- Etat des lieux du projet Caddis (couplage des données personnelles) ;
- Point de vue du groupe de travail infirmier sur le suivi de l'évolution de la population "étudiants infirmiers" dans les écoles belges;
- Point de vue du groupe de travail infirmier sur le glossaire de groupe de travail infirmier;
- Etat des lieux des délais pour le traitement des données infirmières.

2.3 LE PLAN PLURIANNUEL 2009-2012

Le deuxième plan pluriannuel, PLAN 2.2009 comportait, sur la période 2009-2012, les lots suivants:

Lot	But	
1	Élaboration de scénarios de planification par groupe professionnel	Élaborer de nouveaux scénarios de planification pour un groupe professionnel sur la base des sources de données disponibles et des produits fournis par les lots responsables de l'exploitation des diverses sources.
2	Planification intégrée de deux secteurs	Élaborer et tester dans deux secteurs le concept de planification intégrée d'un secteur de soins de santé. Élaborer un scénario de base pour ces secteurs de soins de santé sur la base des données disponibles.
3	Analyse et exploitation du plan cadastre ou "plan KAD"	Exploiter les données du plan cadastre ou "plan KAD" en vue de l'élaboration de scénarios de planification pour les différents groupes professionnels et en vue de l'élaboration des rapports annuels des professions de santé.
4	Enquête auprès de groupes professionnels	Réaliser des enquêtes auprès de différents groupes professionnels en vue d'obtenir les données importantes pour les scénarios de planification. Comblent les manques de connaissances en perspective des scénarios de planification.
5	Analyse de la consommation de soins en vue de la planification	Analyser la consommation de soins en vue de l'élaboration de scénarios de planification pour les différents groupes professionnels.
6	Exploitation du RHM en vue de la planification	Exploiter le RHM en vue de l'élaboration de scénarios de planification pour les différents groupes professionnels.
7	Analyse fonctionnelle du nouveau modèle de calcul	Une analyse fonctionnelle basée sur l'analyse, le résumé et l'intégration de différents points susceptibles d'amélioration notés pendant l'exécution du lot. Cela implique également l'évaluation de la pertinence, de la faisabilité et de l'impact sur la collecte et le traitement des données.
8	Développement d'un nouveau concept	Élaborer un nouveau modèle conceptuel de la nouvelle version du modèle de calcul sur la base des résultats obtenus pendant le précédent plan pluriannuel et sur la base de l'analyse fonctionnelle.
9	Soutien et communication en matière de gestion de projets pour tous les lots	Soutien du chef de projet dans le cadre du suivi complet, par projet, de tous les lots du programme. Appuyer la communication externe relative au programme et à la place du programme et de ses éléments dans le contexte national et international, au sein du SPF, de la DG Soins de Santé, de la Commission de planification et du service Planification des professions de soins de santé.

L'exécution des lots 4 et 9 étaient planifiée en 2012. Le lot 9 a été abandonné. La poursuite de certains lots a été abandonnée au profit d'autres lots (voir tableau suivant) et de la mise en place de la Joint Action (voir point 1.4). Deux contrats avec la SMALS ont permis

l'engagement d'un premier analyste-statisticien en mai 2011 et d'un deuxième en septembre 2012 afin d'assurer la réalisation des lots 1 et 3.

2.3.1 APERÇU DE L'AVANCEMENT DU PLAN PLURIANNUEL 2009-2012

Concrètement, la partie 3 du deuxième plan pluriannuel PLAN2.2009 de la Commission de planification de l'offre médicale a été réalisée de la manière suivante:

N°	Partie	Approche	Date notification	Durée du contrat	Date d'exécution	Délai d'exécution	Date de fin
1	Élaboration de scénarios de planification par groupe professionnel	SMALS	10/01/2011	1 an	Cette partie commencera en 2013 pour les infirmières et les kinésithérapeutes	1 an	
2	Planification intégrée de deux secteurs	Pas en 2012					
3	Analyse et exploitation du plan cadastre ou "PlanCAD" Infirmiers et kinésithérapeutes	SMALS	10/01/2011	1 an	Exécuté en 2012	1 an	(terminé en 2013)
4	Enquête auprès de groupes professionnels: Groupe professionnel des médecins spécialistes en médecine interne, pneumologie, gastro-entérologie, rhumatologie, cardiologie et oncologie médicale	M.A.S.	18/01/2011	1 an	Débuté en 2011	6 mois	Terminé en 2012
4	Enquête auprès de groupes professionnels: kinésithérapeutes	IPSOS	01/03/2012	1 an	01/04/2012 (kick off)	1 an	(terminé en 2013)
4	Enquête auprès de groupes professionnels: logopèdes	Cellule planification			Exécuté en 2012		(terminé en 2013)
5	Analyse de la consommation de soins en vue de la planification	SMALS	10/01/2011	1 an	16/05/2011	1 an	La première partie s'est terminée en 2011. La suite a été abandonnée en 2012, au profit de l'exploitation de PlanCAD Kiné.
6	Exploitation du RHM en vue de la planification	SMALS	10/01/2011	1 an	16/05/2011	1 an	La première partie est terminée en 2011. La suite a été abandonnée en 2012, au profit de l'élaboration de la Joint Action.
7	Analyse fonctionnelle du nouveau modèle de calcul	Pas en 2012					
8	Développement d'un nouveau concept	Pas en 2012					
9	Soutien et communication en matière de gestion de projets pour tous les lots	Pas en 2012					

- Date de notification = date d'envoi de la notification du marché;

- Durée du contrat = durée de validité du contrat;

- Date début d'exécution = date du début de l'exécution du contrat;

- Délai d'exécution du contrat = délai attribué à la firme pour exécuter le marché. Les livrables peuvent être remis après l'exécution du contrat mais avant la fin de validité du contrat.

En gris : les travaux effectués en 2012.

2.3.2 LOT 3 : ANALYSE ET EXPLOITATION DU PLAN CADASTRE OU « PLANCAD » INFIRMIERS ET KINÉSITHÉRAPEUTES

Le but essentiel de ce plan CAD est l'enrichissement du cadastre. Un travail qui aura essentiellement comme corollaires: obtenir des données de qualité pour améliorer les statistiques annuelles pour les professionnels de la santé, améliorer les projections avec les modèles de planification et transmettre des statistiques fiables relatives à ces professionnels aux institutions concernées et aux organisations internationales.

2.3.2.1 PLANCAD « INFIRMIERS »

Les premières données du deuxième couplage PlanCAD « infirmiers » ont été reçues du Datawarehouse Marché du travail et Sécurité sociale en avril 2012, et celles demandées à l'INAMI, fin mai 2012.

En effectuant les manipulations nécessaires de nettoyage et de contrôle de données, plusieurs anomalies ont été constatées dans les données reçues. Des corrections ont alors été demandées ; elles ont été fournies durant le deuxième semestre 2012.

Après l'intégration de ces corrections, on a pu procéder au couplage des données pour la période de 2004 à 2009. Des résultats provisoires ont été présentés au groupe de travail « infirmiers » lors de sa réunion du 13 juin 2012.

L'analyse a ensuite été interrompue lorsque la Ministre a donné la priorité à l'exécution du couplage des données PlanCAD « kinésithérapie ». Afin de continuer l'analyse des données PlanCAD « infirmiers », un analyste-statisticien supplémentaire a été engagé. En septembre 2012, cette analyse a pu reprendre.

2.3.2.2 PLANCAD « KINÉSITHÉRAPEUTES »

Les données pour le couplage PlanCad « kinésithérapeutes » demandées au Datawarehouse Marché du travail et Sécurité sociale, ont été fournies durant le deuxième semestre 2012. La cellule planification a effectué le contrôle des données, demandé les corrections nécessaires, et ensuite opéré le couplage des datasets distincts, pour la période 2004-2010.

Après cette phase de préparation, l'analyse des données a débuté au dernier trimestre de l'année 2012, ainsi que le premier rapportage des résultats. La présentation des résultats au groupe de travail « kinésithérapie » a eu lieu en janvier 2013.

2.3.3 LOT 4 : ENQUETE AUPRES D'UN GROUPE PROFESSIONNEL: KINESITHEREPEUTES

Le marché relatif au lot 4 a été attribué à la firme Ipsos, le 1^{er} mars 2012. Le projet consiste à mener une enquête sur les kinésithérapeutes qui exercent la kinésithérapie en tant que salarié, pour recueillir des données tant sur les caractéristiques démographiques de cette population que sur les spécificités de son activité professionnelle. Le but est de récolter plus d'informations concernant la nomenclature K et d'obtenir des données qui ne sont pas recueillies par le couplage PlanCAD.

2.3.4 LOT 4 : ENQUETE AUPRES D'UN GROUPE PROFESSIONNEL: LOGOPEDES

En 2012, la cellule planification du Service Professions des Soins de Santé et Pratique professionnelle a mené une enquête exploratoire sur l'activité des logopèdes. Cette enquête s'inscrivait dans le cadre de la mise en place de la procédure d'agrément des logopèdes comme profession de santé par le SPF Santé publique. Les résultats de l'enquête ont été publiés en mars 2013.

2.4 JOINT ACTION ON HEALTH WORKFORCE PLANNING AND FORECASTING

Sous l'impulsion de la présidence belge, le Conseil européen a demandé à la Commission européenne d'inscrire dans son programme Santé une action commune (Joint Action) axée sur les prévisions des besoins en personnel de santé et la planification des effectifs (3053e réunion du Conseil "Emploi, politique sociale, santé et consommateurs", Bruxelles, 7 décembre 2010).

La Commission européenne a adopté l'*Action Plan for the EU Health Workforce* en avril 2012. Au premier volet de ce plan (*Part 1 'Improve workforce planning'*), est inscrite la *Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting* (JA EUHWF), qui prend la forme d'une plateforme de coopération entre les États membres pour ce qui est de la prévision des besoins futurs en termes de personnel de santé et de la planification en la matière, en étroite coopération avec Eurostat, l'OCDE et l'OMS.

Afin d'obtenir un cofinancement dans le cadre de cette *Joint Action*, une proposition a été introduite en mars 2012 auprès de l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (AESC). Cette agence européenne évalue les propositions, les approuve, les finance et assure le suivi formel des réalisations au titre de l'action commune. Cette instance a marqué son accord pour octroyer à la JA EUHWF un financement correspondant à 50% du budget du projet, pour un montant maximum de 3.000.000 d'euros. Le SPF Santé publique a été désigné pour coordonner le projet.

L'appel pour la "Joint Action on Health Workforce" a alors pu être lancé. Les préparatifs de la JA EUHWF se sont poursuivis durant plusieurs réunions en 2012.

En octobre 2012, une première version du projet a été déposée auprès des instances européennes. Le lancement du projet est prévu pour le printemps 2013 et il s'étendra sur une durée de 3 ans. Une étroite collaboration entre 30 « partenaires associés » et 22 « partenaires collaborateurs » a été mise sur pied, de manière à créer une synergie permettant d'aider les différents États membres à progresser dans le domaine de la planification des professions des soins de santé. Le projet permettra également aux États membres de l'UE d'être mieux préparés aux défis qui les attendent dans le domaine de la planification et de prendre des mesures durables afin de répondre à la demande et à l'offre de personnel dans le secteur des soins de santé.

Les objectifs ont été spécifiés :

- Améliorer la collecte de données, y compris sur la mobilité au niveau européen
- Augmenter la capacité des Etats membres dans la planification et prévision du personnel de santé, dans la collecte des données et l'analyse
- Estimer les futurs besoins en termes de qualification et compétence
- Fournir des lignes directrices et stimuler l'action
- Développer et consolider le réseau de planification et prévision.

La JA EUWHF est constituée de 7 « workpackage » (WP) dont 3 axés sur la gestion du projet et 4 sur les tâches liées au contenu du projet. Les 4 « worckpackage » liés au contenu portent sur les données utiles à la planification des professions des soins de santé (WP 4), les méthodologies quantitatives de planification des professions des soins de santé (WP 5), les méthodologies qualitatives applicables aux professions des soins de santé (WP 6) et la durabilité des résultats du projet (WP 7). La Belgique dirige le « workpackage » 1 (coordination), codirige le « workpackage » 7 et participe activement aux autres programmes: sur le plan de la gestion du projet pour les « workpackage » 2 et 3 et sur le plan du contenu et de l'expertise pour les « workpackage » 4, 5 et 6.

Durant les préparatifs de la JA EUHWF coordonnés par le SPF Santé publique, on a veillé à ce que la JA EUHWF mette l'accent sur la mise au point de matériel doté d'une utilité pratique et sur l'utilisation de celui-ci dans la pratique. C'est ainsi que plusieurs projets pilotes seront mis en œuvre dans le cadre du projet afin d'implémenter et de tester différentes directives et méthodologies. La Belgique jouera un rôle de premier plan dans le cadre de l'un de ces projets pilotes, ce qui accroît significativement la plus-value que la JA EUWHF revêt pour notre pays. Sous l'effet de cette perspective et de la participation de la Belgique à un projet pilote, la planification belge des professions des soins de santé pourra pleinement tirer profit des avancées résultant de la JA EUHWF.

3. ETAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : MÉDECINS

3.1 LA PLANIFICATION DE L'OFFRE

Le contingentement des médecins est le plus complexe des trois groupes de professionnels de santé contingentés, à savoir les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes, et a déjà une longue histoire derrière lui.

Passons en revue l'évolution des modalités du contingentement. 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 15/09/1997. Les nombres ont été fixés comme suit:

TABLEAU 1: CONTINGENTS DE MÉDECINS AYANT ACCÈS À CERTAINS TITRES PROFESSIONNELS PARTICULIERS, D'APRÈS L'A.R. DU 29 AOÛT 1997.

Année	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 touche pas les détenteurs d'un diplôme reconnu comme équivalent à celui de médecine en Belgique, alors qu'il a été obtenu dans un autre pays.

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 35ter¹³. Par communauté, ce nombre a été réparti comme suit:

¹³ 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.

TABEAU 2 : 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 NOVEMBRE 2000 ET 10 NOVEMBRE 2000.

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

Avant même d'entrer en application, ces dispositions ont été abrogées, par l'A.R. du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale, qui est entré en vigueur le 24 juin 2002. Le législateur a alors 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 est cohérent avec le fait que c'est la même autorité qui approuve les formations (plans de stage) à leur début et qui octroie l'agrément à la fin des stages.

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

- L'article 1^{er} fixe les contingents annuels qui ont accès à la formation donnant lieu à l'octroi 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 donnant lieu à l'octroi du titre de médecin spécialiste. Il s'agit de seuils, dénommés ci-après « nombres minimaux » et sont relatifs aux médecins spécialistes en médecine curative.
- 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 1^{er}: les contingents annuels sont fixés jusqu'en 2012;
- À l'article 2: l'ajout de gériatres et de 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^{er}: 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 3 : CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVUS PAR L'A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN BELGIQUE.

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

TABLEAU 4 : CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVUS PAR L'A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE.

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

TABLEAU 5: CONTINGENTS ANNUELS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" TELS QUE PRÉVU PAR L'A.R. DU 30 MAI 2002, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 11 JUILLET 2005 ET 8 DÉCEMBRE 2006 : NOMBRES MAXIMUMS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE.

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

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

- L'attestation de la faculté de médecine reçoit une place importante dans le suivi du contingentement (art. 1^{er}).
- Les nombres des "immunisés" de l'A.R. précédent sont à présent intégrés dans les nombres globaux (art. 3). On comprend ainsi qu'il s'agissait autrefois de quotas supplémentaires.
- 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. Ce qui, certainement pour les généralistes, est 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 minimums suivants s'appliquent à partir de l'année 2008 et sont fixés jusqu'en 2018. Certains soldes sont repris comme résultat de la période précédente.

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

- Les nombres minimums sont relevés à partir de 2016 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 minimums 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 aux années 2019 et 2020 les nombres maximums et minimums 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 minimums 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. La loi réduisant la durée des études de médecine a été promulguée le 12 mai 2011 et publiée au Moniteur belge le 8 juin 2011. Cette loi entre en vigueur lors de la rentrée académique 2012-2013, soit le 15 septembre 2012. Elle s'applique pour la première fois aux étudiants inscrits dans la première année du baccalauréat lors de l'année académique 2012-2013.

Cette loi produira ses effets en 2018 : deux promotions d'étudiants devraient obtenir leur diplôme de base en médecine. Comme les nombres maximums de candidats qui ont annuellement accès à la formation pour un titre professionnel particulier de médecin généraliste ou de médecin spécialiste étaient 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 obtiendront leur diplôme de base en médecine en 2018.

Les autres mesures restent inchangées en particulier les exemptions du contingentement et le remplacement des candidats. La période de compensation d'un surplus ou d'un déficit éventuels, pour une Communauté donnée et pour les nombres maximums et minimums reste inchangée à savoir, entre les années 2008 et 2018 incluses. Ces nombres sont

déterminés pour chaque année civile, alors que les formations pratiques s'alignent sur les années académiques.

TABLEAU 6: APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA BELGIQUE.

Belgique		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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 7 : APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2012): LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE.

Communauté flamande		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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 8 : APERÇU GLOBAL DE LA SITUATION ACTUELLE DES CONTINGENTS AVEC "ACCÈS À LA FORMATION" (A.R. DU 12 JUIN 2008 MODIFIÉ PAR A.R. DU 7 MAI 2010 ET DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2012) : LES NOMBRES MINIMAUX ET MAXIMUMS EN VIGUEUR POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE.

Communauté française		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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

3.2 LE NOMBRE ATTENDU DE DIPLÔMÉS

Les tableaux ci-dessous illustrent les nombres réels et les nombres attendus de diplômés par Communauté. Les nombres attendus sont estimés sur la base des inscriptions et des taux de réussite dans les différentes universités belges. Les quotas sont repris dans les tableaux comme valeurs de référence.

TABLEAU 9 : ETAT DE LA SITUATION DU CONTINGEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté Flamande														
	Réel									Attendu (1)				
Année du diplôme	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de diplômés	559	459	362	416	413	483	575	659	718	746	803	839	851	848
Quota	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738

(1) Nombres attendus sur la base des inscriptions par an (source: Communauté flamande) et à partir de 2015 sur la base du modèle de planification (source: scénario de base pour les médecins).

TABLEAU 10 : ETAT DE LA SITUATION DU CONTINGEMENT DES DIPLÔMÉS EN MÉDECINE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Communauté Française														
	Réel									Attendu (1)				
Année du diplôme	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de diplômés	321	314	323	315	341	368	405	466	462	432	554	620	760	1072
Quota	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492

(1) Nombres attendus sur la base des inscriptions par année d'études (source: Communauté française).

L'organisation des études est du ressort des Communautés, en particulier s'il s'agit de prendre des mesures concernant le nombre d'inscriptions en fonction des quotas de sélection pour l'accès aux stages. La Communauté flamande a instauré un examen d'entrée commun pour les études de médecine et de dentisterie. La Communauté française a d'abord instauré en 2005 un examen de sélection à la fin de la troisième année d'études en médecine pour ensuite l'organiser en fin de la première année. Cet examen a été suspendu de 2008 à 2012. Pour la rentrée académique 2012, la Communauté française a opté pour une autre procédure, qui consiste en une session d'examens obligatoire en janvier assurant une sélection des étudiants.

A ce stade, il faut envisager les effets sur le contingentement de l'application de la directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Loin d'être négligeables, ces effets sont également difficilement maîtrisables. En effet, cette directive permet à tout médecin diplômé dans un pays européen cité dans cette directive d'être reconnu comme médecin en Belgique, et de

venir se spécialiser en Belgique. Inversement, tout médecin 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 ; des listes d'équivalence entre pays sont données et tenues à jour pour chaque spécialité médicale. Cette directive facilite donc autant les européens à venir se former en Belgique, qu'à rentrer dans leur pays une fois formés. Dans ce cas, la Belgique ne tire pas de bénéfice sur le long terme. Au contraire, pour les étudiants venus se former en médecine de base et qui suivent également leur spécialisation en Belgique, des places comptabilisées dans les quotas ne contribuent pas à l'augmentation du stock de médecins sur le territoire belge. Par ailleurs, le flux de médecins spécialistes formés à l'étranger et qui viennent exercer en Belgique n'est pas comptabilisé dans les quotas qui ne concernent que les diplômés des Communautés française ou flamande de Belgique. Ces médecins étrangers viennent s'ajouter au stock de médecins spécialistes formés en Belgique, qui eux, sont soumis au contingentement.

En raison de la libre circulation des personnes, et de l'application d'un numéris 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-dessus.

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. Dans les études de médecine, les effets de ce décret ne se feront sentir qu'à partir de 2018.

3.3 LA RÉALISATION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE DES MÉDECINS

L'A.R. du 12 juin 2008 relatif à la planification 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 11, 12 et 13 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 nombres minimaux avaient été fixés aux termes 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 maximums 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 généralistes¹⁴. Ces ajustements sont signalés par la note (3) des tableaux 11, 12 et 13 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 permet d'extraire de manière automatique le nombre de candidats dans le quota et de candidats exemptés ou remplacés.

Pour la mise en œuvre des différents articles du champ d'application, un réajustement a été fait en 2010 (signalé par la note (4) dans les tableaux 11, 12 et 13). A partir de 2011, il a déjà été tenu compte des exemptions et des remplacements dans les résultats ci-dessus. De la même manière, parmi les plans de stage débutés en 2012, ont été décomptés, les candidats porteurs d'un diplôme de médecine non belge, d'un diplôme belge délivré avant 2004.

Parmi les candidats porteurs d'un diplôme belge délivré après 2004, ont été décomptés :

- les médecins ayant été sélectionnés lors d'une année précédente et introduisant un nouveau plan de stage pour changer de spécialisation,
- les médecins ayant été sélectionnés pour une spécialisation dans une des 4 médecines non-curatives,
- 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 (médecins de nationalité luxembourgeoise, de Malte ou de Chypre).

Ont également été décomptés les remplacements effectués, c'est-à-dire les plans de stage introduits en remplacement d'une place libérée en 2012 dans le contingentement (art. 7 et

¹⁴ 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. 1^{er}. Les nombres pour les spécialisations immunisées ne concernaient en fait qu'un nombre supplémentaire au-delà des quotas existants visés à l'art. 1^{er}.

8), suite à un décès, un arrêt non suivi de l'introduction de nouveau plan de stage, un mandat de recherche ou un décès.

A titre indicatif le nombre de médecins exemptés pour l'une de ces raisons est repris dans le tableau 14, en fonction du motif d'exemption et de la Communauté dont relève l'université qui a sélectionné le candidat pour sa formation de spécialisation. Vu la nouveauté de la mise en place de cet outil, ces données doivent être interprétées avec prudence.

TABLEAU 11 : LA RÉALISATION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE: APERÇU GLOBAL

Communauté flamande												
		(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012
				Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé
Nombres maximums (art. 3)		N	454		454		454		454		534	
		O	374		458		553		597		660	
		Δ	-80	-319 (2)	4	-315	+99	(-216-153)= -369 (4)	+143	-226	+126	-100
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	180		180		180		180		180	
		O	110		130		168		195		210	
		Δ	-70	-344 (3)	-50	-394	-12	-406	+15	-391	+30	-361
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	12		12		12		12		12	
		O	10		14		9		12		14	
		Δ	-2	-2	2	0	-3	-3	0	-3	+2	-1
	Médecine aiguë	N	6		6		12		12		12	
		O	8		6		8		6		8	
		Δ	2	+2	0	+2	-4	-2	-6	-8	-4	-12
	Médecine d'urgence	N	3		3		6		6		6	
		O	7		6		9		5		19	
		Δ	4	+4	3	+7	+3	+10	-1	+9	+13	+22
	Gériatrie	N					12		12		12	
		O					2		1		0	
		Δ					-10	-10	-11	-21	-12	-33

(1) N= contingent normé; O= contingent observé; Δ (delta) = la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2007 était de (-239).

(3) Le solde 2004-2007 était de (-274).

(4) 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°) ainsi que les médecins engagés par le ministère de la défense (exemption conforme à l'art.5, 5°) qui avaient été sélectionnés pendant la période 2004-2010. A partir de 2011, ces remplacements et exemptions sont intégrés dans le calcul du contingent observé (O).

En Communauté flamande, on note pour la période 2004-2011 que le déficit cumulé, a d'abord augmenté jusqu'en 2010. Sa diminution initiée en 2011 s'est confirmée en 2012, où l'on retient un déficit cumulé de 100 médecins en ce qui concerne le nombre global. La même tendance est observée en ce qui concerne les médecins généralistes, dont le déficit cumulé est de 361 médecins en 2012.

Le nombre minimal pour la psychiatrie infanto-juvénile est presque atteint, à une unité près.

Le nombre minimal pour la médecine aiguë n'est plus atteint à partir de 2010, où le seuil minimum a été doublé. Durant la période 2010-2012, le déficit tend à s'accroître. Par contre, le nombre minimal de la médecine d'urgence est largement dépassé.

Le nombre minimal pour la gériatrie n'est jamais atteint, et le déficit tend à s'accroître assez fortement.

TABLEAU 12 : LA RÉALISATION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE: APERÇU GLOBAL

Communauté française											
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012
			Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé
Nombres maximums (art. 3)	N	303		303		303		303		356	
	O	343		358		406		447		432	
	Δ	40	37 (2)	55	92	+103	(+195 - 86) = +109 (4)	+144	+253	+76	+329
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	120		120		120		120		120
		O	117		108		106		122		123
		Δ	-3	-75 (3)	-12	-87	-14	-101	+2	-99	+3
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	8		8		8		8		8
		O	9		8		7		9		4
		Δ	1	+1	0	+1	-1	0	+1	+1	-4
	Médecine aiguë	N	4		4		8		8		8
		O	5		5		2		1		4
		Δ	1	+1	1	+2	-6	-4	-7	-11	-4
	Médecine d'urgence	N	2		2		4		4		4
		O	5		8		15		16		15
		Δ	3	+3	6	+9	+11	+20	+12	+32	+11
	Gériatrie	N					8		8		8
		O					4		7		7
		Δ					-4	-4	-1	-5	-1

(1) N= contingent normé; O= contingent observé; Δ (delta) = la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2007 était de (-3).

(3) Le solde 2004-2007 était de (-72).

(4) 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°) ainsi que les médecins engagés par le ministère de la défense (exemption conforme à l'art.5, 5°) qui avaient été sélectionnés pendant la période 2004-2010. A partir de 2011, ces remplacements et exemptions sont intégrés dans le calcul du contingent observé (O).

En Communauté française, on note pour la période 2004-2011 que l'excédent cumulé du contingent global de médecins continue de croître. Cette croissance se ralentit à partir de 2012.

En ce qui concerne le nombre minimal de médecins débutant une formation en médecine générale, le déficit a d'abord augmenté jusqu'en 2010. Sa diminution initiée en 2011 s'est confirmée en 2012, où le déficit cumulé est descendu à 96 médecins. Le dépassement des quotas en 2011 et 2012 a peu profité à la médecine générale ; il a surtout contribué à augmenter le nombre de médecins spécialistes.

Le nombre minimal pour la psychiatrie infanto-juvénile était atteint en 2011 et présente un léger déficit de 3 unités en 2012.

Le nombre minimal pour la médecine aiguë n'est plus atteint à partir de 2010, où le seuil minimum a été doublé. Durant la période 2010-2012, le déficit tend à s'accroître. Par contre, le nombre minimal de la médecine d'urgence est largement dépassé.

Le nombre minimal pour la gériatrie n'est jamais atteint, et le déficit tend à s'accroître d'une unité par an.

TABLEAU 13 : LA RÉALISATION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE POUR LA BELGIQUE: APERÇU GLOBAL

Belgique											
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012
			Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé		Total cumulé
Nombres maximums (art. 3)	N	757		757		757		757		890	
	O	717		816		959		1044		1092	
	Δ	-40	-282 (2)	59	-223	+202	-260 (4)	+287	+27	+202	+229
Nombres minimaux (art. 4)	Médecins généralistes	N	300		300		300		300		300
		O	227		238		274		317		333
		Δ	-73	-419 (3)	-62	-481	-26	-507	+17	-490	+33
	Psychiatrie infanto-juvénile	N	20		20		20		20		20
		O	19		22		16		21		18
		Δ	-1	-1	2	1	-4	-3	+1	-2	-2
	Médecine aiguë	N	10		10		20		20		20
		O	13		11		10		7		12
		Δ	3	+3	1	+4	-10	-6	-13	-19	-8
	Médecine d'urgence	N	5		5		10		10		10
		O	12		14		24		21		34
		Δ	7	+7	9	+16	+14	+30	+11	+41	+24
	Gériatrie	N					20		20		20
		O					6		8		7
		Δ					-14	-14	-12	-26	-13

(1) N= contingent normé; O= contingent observé; Δ (delta)= la différence (O-N)

(2) Le solde 2004-2007 était de (-242).

(3) Le solde 2004-2007 était de (-346).

(4) 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°) ainsi que les médecins engagés par le ministère de la défense (exemption conforme à l'art.5, 5°) qui avaient été sélectionnés pendant la période 2004-2010. A partir de 2011, ces remplacements et exemptions sont intégrés dans le calcul du contingent observé (O).

Les agréments des médecins sont valables sur tout le territoire Belgique. Pour la période 2004-2011 que l'excédent cumulé du contingent global de médecins continue de croître. Cette croissance se ralentit à partir de 2012, grâce à une réduction du déficit en Communauté flamande et une diminution des surplus en Communauté française.

En ce qui concerne le nombre minimal de médecins débutant une formation en médecine générale, le déficit a d'abord augmenté jusqu'en 2010. Le déficit cumulé de formations en médecine générale est descendu à 457 médecins, ce qui reste plus élevé que le déficit cumulé de 2008. Depuis 2004, la Communauté française remplit plus facilement son quota minimal que la Communauté flamande ; il lui manque 96 unités, contre 361 relevant de la Communauté flamande. La diminution du déficit global, initiée en 2011 se confirme en 2012, mais reste assez lente. La Communauté flamande semble pouvoir plus rapidement réduire son déficit, qui reste plus élevé, que celui de la Communauté française. De manière

générale, cependant, le dépassement des quotas en 2011 et 2012 a peu profité à la médecine générale ; il a surtout contribué à augmenter le nombre de médecins spécialistes.

Le nombre minimal pour la psychiatrie infanto-juvénile était atteint en 2009 et présente un léger déficit de 4 unités en 2012.

Le nombre minimal pour la médecine aiguë n'est plus atteint à partir de 2010, où le seuil minimum a été doublé. Durant la période 2010-2012, le déficit tend à s'accroître. Par contre, le nombre minimal de la médecine d'urgence est largement dépassé. La force de travail dans les services d'urgence est donc davantage renforcée par les médecins agréés en médecine d'urgence que par ceux agréés en médecine aiguë.

Le nombre minimal pour la gériatrie n'est jamais atteint, et le déficit tend à s'accroître assez rapidement.

En conclusion, le faible niveau des flux entrants de médecins se formant en médecine générale ou en gériatrie reste préoccupant. Le dépassement des quotas maximaux semble avoir peu d'effet pour remédier à ce problème.

TABLEAU 14: NOMBRE D'EXEMPTIONS ET DE REMPLACEMENTS POSSIBLES EN 2012, PAR COMMUNAUTÉ ET POUR LA BELGIQUE

		Communauté flamande	Communauté française	Belgique
EXEMPTIONS				
Diplômes étrangers (art.1, 1°);	Médecin généraliste	6	8	14
	Médecin spécialiste	23	65	88
Changement de spécialité	Médecin généraliste	4	4	8
	Médecin spécialiste	14	11	25
Gestion des données de santé (art. 5, 1°) ou médecine d'assurance et expertise médicale (art. 5, 2°); ou médecine légale (art. 5, 3°); ou médecine du travail (art. 5, 4°);		3	1	4
Engagé par le Ministère de la défense (art. 5, 5°);		0	0	0
Diplôme d'études secondaires octroyé par un État membre de l'EEE sans formation complète en médecine, chirurgie et accouchement (art. 5, 7°);		0	4	4
Diplômes obtenus avant 2004 (art. 5, 8°);	Médecin généraliste	2	1	3
	Médecin spécialiste	1	3	4
Total des exemptions		53	97	150
REPLACEMENTS POSSIBLES				
Abandons (art 7, 1°; art 8, 1°-2°)		21	14	35
Décès (art 8, 3°)		0	0	0
Mandat de recherche scientifique menant à un doctorat (art. 7, 2°);		16	5	21
Total des remplacements possibles		37	19	56

Projection d'avenir

Pour la projection d'avenir, les soldes ont été combinés par Communauté aux résultats du scénario de base¹⁵. Les tableaux ci-dessous reprennent la différence cumulée par

¹⁵ Scénario de base rapports médecins 2009, scénario numéro S_000040 Version 1.0, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Direction générale Soins de santé primaires et Gestion de crise, cellule Planification des professions de la santé, Bruxelles, avril 2009

Communauté. Il en résulte à l'avenir une différence cumulée projetée qui tient compte des données les plus actualisées et des paramètres du modèle¹⁶.

La projection contribue à évaluer le respect des nombres minimaux et maximums pour la période jusqu'en 2018, comme visé à l'article 6 de l'A.R. du 12 juin 2008.

Il en résulte que, à politique inchangée et comportement inchangé des candidats, le déficit global constaté en 2011 en Communauté flamande sera facilement compensé avec le temps. Par contre, le déficit global de médecins généralistes risque de ne pas être rattrapé en 2018.

En Communauté française, à politique inchangée et comportement inchangé des candidats, le déficit de médecins généralistes pourrait être compensé avec le temps. Le surplus global de médecins ne cessera toutefois pas de croître.

TABLEAU 15: DIFFÉRENCE CUMULÉE PROJETÉE À L'AVENIR POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté flamande										
	Réel	Différence attendue selon le scénario de base								
Année	2004-2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecins généralistes	-394	-424	-442	-420	-400	-387	-394	-398	-406	-418
Tous les médecins	-315	-218	-80	116	221	271	253	246	237	211

TABLEAU 16 : COMPARAISON ENTRE LA DIFFÉRENCE CUMULÉE OBSERVÉE ET CELLE QUI AVAIT ÉTÉ PROJETÉE SELON LE SCÉNARIO DE BASE DE 2009, POUR LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté flamande				
Année	(1)	2010	2011	2012
Différence cumulée - médecins généralistes	P	-424	-442	-420
	O	-406	-391	-361
	Δ	18	51	59
Différence cumulée - tous les médecins	P	-218	-80	116
	O	-369	-226	-100
	Δ	-151	146	-216

(1) N= différence cumulée projetée; O= différence cumulée observée; Δ (delta)= la différence (O-N)

(2) Un Δ négatif signifie que la réalisation se fait mieux que prévu selon le scénario calculé en 2009 ; une valeur positive signifie le contraire.

La comparaison entre la différence attendue selon le scénario de base et la différence observée, montre que les mesures mises en place ont permis d'obtenir un déficit de médecins généralistes plus faible que prévu, et que le nombre total de tous les médecins augmente plus lentement que prévu.

¹⁶ Ces paramètres sont: le nombre attendu de nouveaux diplômés, le pourcentage de ceux qui finalement se feront enregistrer et le choix professionnel fait en termes de plans de stage.

TABLEAU 17: DIFFÉRENCE CUMULÉE PROJETÉE À L'AVENIR POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Communauté française										
	Réel	Différence attendue selon le scénario de base								
Année	2004-2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médecins généralistes	-87	-104	-92	-66	-12	46	87	131	170	203
Tous les médecins	92	139	274	403	564	715	809	912	1006	1080

TABLEAU 18 : COMPARAISON ENTRE LA DIFFÉRENCE CUMULÉE OBSERVÉE ET CELLE QUI AVAIT ÉTÉ PROJETÉE SELON LE SCÉNARIO DE BASE DE 2009, POUR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Communauté française				
Année	(1)	2010	2011	2012
Différence cumulée - médecins généralistes	P	-104	-92	-66
	O	-101	-99	-96
	Δ	3	-8	-30
Différence cumulée - tous les médecins	P	139	274	403
	O	109	253	329
	Δ	-30	-21	-74

(1) N= différence cumulée projetée; O= différence cumulée observée; Δ (delta)= la différence (O-N)

Un Δ négatif signifie que la réalisation de la planification se fait mieux que prévu selon le scénario calculé en 2009 ; une valeur positive signifie le contraire.

La comparaison entre la différence attendue selon le scénario de base et la différence observée, montre que les mesures mises en place n'ont pas permis de réduire le déficit de médecins généralistes aussi vite que prévu, mais que l'excédent de tous les médecins (nombre total) augmente plus lentement que prévu par le scénario.

3.4 CONCLUSIONS

Le suivi du contingentement depuis 2004 aboutit aux conclusions suivantes :

- Le déficit global cumulé de médecins en Communauté flamande diminue en 2012. Cela s'explique par un afflux plus qu'important de spécialistes.
- Le surplus cumulé de médecins en Communauté française continue de croître en 2012. Cela s'explique surtout par l'afflux massif de spécialistes, tant par le passé qu'en 2012. Cet accroissement semble se ralentir entre 2011 et 2012.
- Le déficit cumulé de médecins généralistes s'atténue à partir de 2011, tant en Communauté flamande qu'en Communauté française, mais cette diminution reste peu marquée.

- Les nombres minimaux de spécialisation en psychiatrie infanto-juvénile sont presque atteints.
- Les nombres minimaux de spécialisation en médecine aiguë ne sont plus atteints depuis 2010 et le déficit continue à s'accroître.
- Les nombres minimaux de spécialisation en médecine d'urgence sont largement dépassés.
- Les nombres minimaux de spécialisation en gériatrie ne sont jamais atteints, et le déficit continue de s'accroître assez fortement.

Les conclusions concernant la projection d'avenir sont les suivantes:

- Il semble qu'à l'avenir, le déficit cumulé de médecins généralistes en Communauté flamande ne continuera pas d'augmenter par rapport aux nombres minimaux. Ce déficit semble prendre une courbe ascendante après le sommet de 406 médecins généralistes en 2010. Il semble encore possible de le résorber totalement à l'horizon 2018.
- En Communauté française, le déficit de médecins généralistes, par rapport aux nombres minimaux, a commencé à diminuer en 2011. Cette tendance, peu marquée, s'est confirmée en 2012. Au final, il semble que le déficit sera complètement résorbé à l'avenir.
- En ce qui concerne le nombre total de médecins, il semble certain que pour la Communauté flamande, ce nombre dépassera les quotas cumulés à l'horizon 2018.
- Le nombre total de médecins en Communauté française s'annonce fortement problématique en 2018. Sans nouvelles mesures, il sera difficile d'équilibrer un surplus cumulé de 1000 médecins au cours des années suivantes. Les dépassements de quota n'ont pas été fort profitables à la résorption du déficit de médecins généralistes par rapport aux seuils minimaux.
- Ces projections sont un indicateur et doivent, tout comme les autres projections d'avenir, être interprétées avec prudence.
- Un nouveau calcul de scénario, projetant la planification en 2018 et au-delà devient nécessaire. Ce nouveau scénario serait basé sur les données améliorées à obtenir en réalisant du nouveau couplage PlanCad et tiendrait compte de la double cohorte d'étudiants qui seront diplômés en 2018.

4. ETAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : DENTISTES

4.1 LA PLANIFICATION DE L'OFFRE

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.

A 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 touche 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 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 candidats généralistes en dentisterie, 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 généralistes en dentisterie ou candidats spécialistes en orthodontie ou en parodontologie jusqu'en 2010;
- et 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 2012. 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 est cohérent avec le fait que c'est la même autorité qui approuve les formations (plans de stage) à leur début et qui octroie l'agrément à la fin des stages.

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

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

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

Par ailleurs, il confère clairement à la Commission de planification – offre médicale les missions de suivre la réalisation de la planification et de publier les données qui s’y rapportent.

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

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

		Années	2008 à 2010	2011 à 2013	2014 à 2016	2017 à 2020
Accès à la formation (art.1 - 4)	Nombre global	Belgique	140	150	160	180
		Communauté flamande	84	90	96	108
		Communauté française	56	60	64	72
Accès à la formation (art. 1-4)	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

4.2 LE NOMBRE ATTENDU DE DIPLÔMÉS

Les deux tableaux suivants illustrent les nombres réels et les nombres attendus de diplômés par Communauté. Les nombres attendus sont estimés sur la base des inscriptions et des taux de réussite dans les différentes universités belges. Les quotas y sont repris comme valeurs de référence.

TABLEAU 20: SITUATION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

Communauté flamande														
	Réels											Attendus (projections)		
Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de diplômés	87	65	50	46	74	65	62	76	103	87	102	114	103	93
Quota	84	84	84	84	84	84	84	84	84	90	90	90	90	90

De 2002 à 2012, ce sont les chiffres réels des diplômés. A partir de 2013, les chiffres présentés sont des projections sur la base des nombres d'inscriptions par an (source: Communauté flamande).

TABLEAU 21: SITUATION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE EN TENANT COMPTE DE TOUS LES DIPLÔMÉS (BELGES + ETRANGERS).

Communauté française														
	Réels											Attendus (projections)		
Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de diplômés	80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	81	118	282
Quota	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	60	60

De 2002 à 2012, ce sont les chiffres réels des diplômés. A partir de 2013, ce sont des projections de diplômés sur la base des nombres d'inscriptions par année d'études (source: Communauté française).

L'organisation des études est du ressort des Communautés, en particulier s'il s'agit de prendre des mesures concernant le nombre d'inscriptions en fonction des quotas de sélection pour l'accès aux stages. La Communauté flamande a instauré un examen d'entrée commun pour les études de médecine et de dentisterie. La Communauté française a suspendu depuis 2008 l'examen d'accès aux études en sciences dentaires qu'elle organisait dans le cadre du contingentement.

A ce stade, il faut envisager les effets sur le contingentement de l'application de la directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Loin d'être négligeables, ces effets sont également difficilement maîtrisables. En effet, cette directive permet à tout dentiste diplômé dans un pays européen cité dans cette directive de faire reconnaître leur diplôme en tant qu'équivalent au diplôme belge de dentiste, et d'effectuer un stage de spécialisation en Belgique. 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 ; des listes d'équivalence entre pays sont données et tenues à jour pour chaque titre professionnel particulier de dentiste. Cette directive facilite donc autant les européens à venir se former en Belgique, qu'à rentrer dans leur pays une fois formés. Dans ce cas, la Belgique ne tire pas de bénéfice sur le long terme. Au contraire, pour les étudiants venus se former en dentisterie, des places comptabilisées dans les quotas ne contribuent pas à l'augmentation du stock de dentistes sur le territoire belge. Par ailleurs, le flux de dentistes formés à l'étranger et qui viennent exercer en Belgique n'est pas comptabilisé dans les quotas qui ne concernent que les diplômés des Communautés française ou flamande de Belgique. Ces dentistes étrangers viennent s'ajouter au stock de dentistes formés en Belgique, qui eux, sont soumis au contingentement.

En raison de la libre circulation des personnes, et de l'application d'un numéris 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-dessus.

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. Dans les études de dentisterie, les effets de ce décret ne se feront sentir qu'à partir de 2017.

Connaître le pourcentage d'étudiants non-résidents parmi ces chiffres, permet de projeter une planification plus fiable. La répartition est donnée dans le tableau suivant.

TABLEAU 22: SITUATION DU CONTINGEMENT DES DENTISTES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE EN DISTINGUANT LES DIPLÔMÉS BELGES ET LES RESSORTISSANTS DE L'UNION EUROPÉENNE.

Communauté française														
	Réels											Attendus (projection)		
Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de diplômés belges	54	55	49	37	57	44	42	63	54	47	61	60	80	167
Nombre de diplômés ressortissants de l'UE	26	14	17	16	14	11	11	16	14	12	14	21	38	115
Quota	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	60

Dans le tableau ci-dessus, les diplômés sont ventilés selon la nationalité de son détenteur : soit belge, soit ressortissants de l'Union Européenne. Le nombre de diplômés retenus à partir de 2013 dans ce tableau sont des projections sur la base des chiffres du tableau 21. Ces projections sont établies en fonction des nombres d'inscrits et des taux moyens de réussite, pour chaque année d'études.

On observe que le pourcentage des diplômés belges dans les différentes cohortes de diplômés varie d'une année à l'autre.

4.3 LA REALISATION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE MEDICALE DES DENTISTES

En 2001, le législateur a défini les critères d'agrément des orthodontistes¹⁷ et des parodontologues¹⁸, et en 2002 ceux des dentistes généralistes¹⁹. Depuis lors, le SPF Santé publique procède à l'enregistrement dans le cadastre des agréments des dentistes et des plans de stage menant à l'obtention de ces agréments. 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 termes 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 termes de planification, le suivi des stages des candidats dentistes **spécialistes en parodontologie** peut commencer à partir de 2002. La durée du stage est actuellement de 3 ans (A.M. du 27 juillet 2001).

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

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

Par contre, les nouveaux diplômés qui ont débuté leurs études après le 1^{er} juin 2002 doivent quant à eux d'abord obtenir un agrément ministériel, conditionné par une formation pratique, avant de solliciter leur enregistrement INAMI. Les stages des candidats dentistes

¹⁷ 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.

¹⁸ 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

¹⁹ 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.

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.

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 23, 24 et 25).

TABLEAU 23: NOMBRES DE PLANS DE STAGES ENREGISTRÉS DES DENTISTES AVEC DIPLÔMES BELGES OBTENUS À PARTIR DU 01/01/2008.

Belgique						
	Année	2008	2009	2010	2011	2012
Communauté flamande	Dentistes généralistes	49	54	81	68	73
	Dentistes spécialistes en parodontologie	4	5	6	7	7
	Dentistes spécialistes en orthodontie	4	7	2	8	3
Communauté française	Dentistes généralistes	30	57	55	42	48
	Dentistes spécialistes en parodontologie	3	1	1	3	2
	Dentistes spécialistes en orthodontie	6	6	6	5	6

TABLEAU 24: COMMUNAUTÉ FLAMANDE: NOMBRES DE PLANS DE STAGES DES DENTISTES DIPLÔMÉS À PARTIR DU 01/01/2008 ET RÉALISATION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE PAR LISSAGE (A.R. 19 AOÛT 2011).

Communauté flamande					
Année	2008	2009	2010	2011	2012
Dentistes généralistes	49	54	81	68	73
Dentistes spécialistes en parodontologie	4	5	6	7	7
Dentistes spécialistes en orthodontie	4	7	2	8	3
TOTAL	57	66	89	83	83
Quota	84	84	84	90	90
20% du Quota	17	17	17	18	18
Surplus= Total- Quota	-27	-18	5	-7	-7
Surplus à reporter à partir de 2008 en tenant compte du surplus de 20%	-17	-17	+5	-7	-7
Surplus cumulé à reporter à partir de 2008 en tenant compte du surplus de 20%	-17	-34	-29	-36	-43

Sur fond blanc, ce sont les nombres réels des stages déposés.

Sur fond grisé, 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.

En Communauté flamande, le surplus cumulé sur la période 2008-2012 est en fait un déficit, qui s'accroît depuis 2008 et atteint la valeur de 43 unités en 2012. Les quotas des dentistes débutant une formation en parodontologie ne sont atteints qu'à partir de 2011, tandis que ceux en orthodontie ne sont jamais atteints.

TABLEAU 25: COMMUNAUTÉ FRANÇAISE: NOMBRES DE PLANS DE STAGES DES DENTISTES DIPLÔMÉS À PARTIR DU 01/01/2008 ET RÉALISATION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE PAR LISSAGE (A.R. 19 AOÛT 2011).

Communauté française					
Année	2008	2009	2010	2011	2012
Dentistes généralistes	30	57	55	42	48
Dentistes spécialistes en parodontologie	3	1	1	3	2
Dentistes spécialistes en orthodontie	6	6	6	5	6
TOTAL	39	64	62	50	56
Quota	56	56	56	60	60
20% du Quota	12	12	12	12	12
Surplus= Total- Quota	-17	8	6	-10	-4
Surplus à reporter à partir de 2008 en tenant compte du surplus de 20%	-12	8	6	-10	-4
Surplus cumulé à reporter à partir de 2008 en tenant compte du surplus de 20%	-12	-4	2	-8	-12

Sur fond blanc, ce sont les nombres réels des stages déposés.

Sur fond grisé, 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.

En Communauté française, le surplus cumulé sur la période 2008-2012 est en fait un déficit, qui revient en 2012 à la même valeur, de 12 unités, qu'en 2008. Les quotas des dentistes débutant une formation en parodontologie ne sont jamais atteints, tandis que ceux en orthodontie ne l'ont été qu'en 2008.

4.5 CONCLUSIONS

Le nombre total de dentistes débutant une formation pour l'obtention d'un agrément est actuellement inférieur au total des quotas. En Communauté flamande, ce déficit tend à augmenter, mais les projections du nombre de diplômés à venir montrent que ce déficit pourrait se réduire avant l'Horizon 2020. En Communauté française, le déficit est moindre et les projections du nombre de diplômés à venir montrent que ce déficit sera rapidement rattrapé et qu'à politique égale, le solde pourrait même devenir un excédent.

Les quotas annuels de dentistes débutant une formation pour l'obtention d'un agrément en parodontologie ou en orthodontie ne sont jamais dépassés, et même rarement atteints, et ce dans les deux Communautés linguistiques.

5. ETAT DES LIEUX EN MATIÈRE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE : KINÉSITHÉRAPEUTES

5.1 LA PLANIFICATION DE L'OFFRE

Le contingentement des kinésithérapeutes est actuellement réglementé par l'A.R. 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. Selon l'art 1, de cet arrêté, il ne s'applique qu'aux détenteurs d'un diplôme délivré après le 1^{er} juin 2005 souhaitant obtenir le droit d'accomplir des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Autrement dit, le contingentement des kinésithérapeutes organise uniquement l'accès aux nomenclatures M pour les prestations en cabinet privé ou au domicile du patient. Sa mise en œuvre et en particulier, la sélection des candidats se font par l'INAMI via le Selor.

Ce type de contingentement diffère fortement des contingentements médecins et dentistes. En effet, le quota ne concerne pas tous les secteurs professionnels où est requise la force de travail des kinésithérapeutes. Les possibilités d'exercice de la kinésithérapie restent nombreuses et variées pour les diplômés qui ne seraient pas retenus dans le contingentement, comme par exemple, en hôpital, sous le statut de salarié. Par ailleurs, la sélection des kinésithérapeutes est organisée par l'INAMI et le Selor, et porte directement sur l'accès au numéro INAMI, tandis que celle des dentistes et médecins est du ressort des universités et a trait à l'accès à une formation complémentaire menant à un agrément particulier. Les médecins et dentistes sélectionnés par une université sont donc assurés, sous réserve de la réussite leur formation complémentaire, de recevoir le numéro INAMI spécifique à cette formation. Les kinésithérapeutes, quant à eux, bien que diplômés, doivent réussir un examen complémentaire, organisé en dehors du cadre universitaire et identique pour tous les candidats, pour obtenir le numéro INAMI souhaité. Cette différence provient du fait qu'il n'y a pas de spécialisation ultérieure à l'obtention du diplôme de kinésithérapeute et reconnue par un agrément particulier.

Les quotas sont répartis par Communauté :

- Pour les diplômes belges, en fonction de la Communauté dont relève l'institution qui l'a délivré,
- Pour les diplômes étrangers, en fonction de la langue choisie par le postulant lors de son inscription à l'examen.

Le fait d'inclure les diplômés étrangers distingue également ce contingentement de ceux des dentistes et des médecins, qui ne s'appliquent pas aux professionnels détenteurs d'un diplôme étranger.

La durée de formation en kinésithérapie est de 4 ans dans les Hautes Ecoles et les Universités de la Communauté francophone. Elle est de 5 ans dans les Hautes Ecoles et les Universités de la Communauté flamande. En vertu de l'art. 35novies,§2 de l' A.R. n°78, qui détermine le cadre général en matière de fixation des quotas, les mesures prises ne peuvent produire leurs effets qu'après un délai égal à la durée des études.

A sa première publication, l'A.R. du 20 juin 2005 fixait les quotas des années 2005 à 2009, et prévoyait un simple système de report à l'année suivante en débit ou crédit de la différence entre le nombre fixé²⁰ et le nombre réalisé. L'A.R. du 18 septembre 2008 a relevé le quota de 2009 à 450, et précisé ceux des années 2010 à 2015. L'A.R. du 14 octobre 2009 a remplacé le système de report par un mécanisme de compensation. Ce nouvel outil permet de compenser de manière efficace le nombre de jeunes kinésithérapeutes sélectionnés qui ne pratiqueraient pas de manière substantielle sous la nomenclature M. Il permet de stabiliser à temps l'entrée dans la force de travail planifiée des kinésithérapeutes actifs et ainsi d'éviter des situations de pénurie.

La compensation permet de rapprocher autant que possible les quotas réellement appliqués des quotas planifiés et donc normés. L'hypothèse de départ reste dès lors que ces quotas planifiés à l'époque par la Commission de Planification ont été déterminés correctement. Comme pour les autres groupes professionnels, la Commission de planification de l'offre médicale procédera à une actualisation des projections futures sur base de données plus récentes et formulera, le cas échéant, un avis adapté.

Par les avis formels respectifs du 16 juin 2009 et du 18 mai 2010 de la Commission de Planification-Offre médicale adoptés à l'unanimité, et par la note du groupe de travail kinésithérapie du 27 janvier 2011, la commission de planification recommandait une suppression du système d'examen pour la planification des kinésithérapeutes dans le cadre de la nomenclature M de l'INAMI. Dans ce contexte, au moyen des mesures transitoires, les quotas pour les années 2016 et 2017 ont été fixés dans l'AR du 31/08/2011. Entretemps, les modalités de publication des résultats de l'examen de sélection ont été modifiées par l'A.R. du 28 juillet 2011. Suite à ces avis et à une remise en cause de l'examen par des recours introduits au Conseil d'Etat, plusieurs mesures ont été prises :

- des numéros INAMI provisoires ont été attribués aux kinésithérapeutes qui avaient raté l'examen en 2011 ;
- l'examen de sélection a été suspendu en 2012 ;

²⁰ +10% pour éviter que l'examen ne dépende d'un seul candidat.

- des numéros provisoires INAMI ont été attribués aux kinésithérapeutes qui le demandaient en 2012.

Le tableau suivant présente le récapitulatif des quotas en kinésithérapie.

TABLEAU 26 : LES QUOTAS FIXÉS EN KINÉSITHÉRAPIE (AR 20 JUIN 2005 MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 18 SEPTEMBRE 2008, 14 OCTOBRE 2009, 28 JUILLET 2011 ET 31 AOÛT 2011).

Année	2005	2006	2007	2008	2009 à 2015	2016 à 2017
Quota pour toute la Belgique	450	450	450	450	450	450
Quota pour la Communauté flamande	270	270	270	270	270	270
Quota pour la Communauté française	180	180	180	180	180	180

5.2 LE NOMBRE ATTENDU DE DIPLÔMÉS

TABLEAU 27 : SITUATION DU CONTINGEMENT DES KINESITHERAPEUTES EN COMMUNAUTE FLAMANDE

Communauté flamande										
	Réels						Attendus			
Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de diplômés attendus	303	268	259	248	289	333	479	584	745	670
Quota	270	270	270	270	270	270	270	270	270	270

De 2007 à 2012, ce sont les chiffres réels des diplômés. A partir de 2013, les chiffres présentés sont des projections, établies en comparant le nombre d'étudiants de première génération pour les années académiques 2006-2007 et 2007-2008, et les nombres de diplômés 5 ans plus tard. Depuis la réforme de l'enseignement supérieur par la Communauté flamande, les données disponibles ne permettent plus de calculer des projections avec autant de précision qu'auparavant.

TABLEAU 28 : SITUATION DU CONTINGEMENT DES KINESITHERAPEUTES EN COMMUNAUTE FRANÇAISE.

Communauté française										
	Réels						Attendus			
Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de diplômés attendus (Belges et Etrangers)	695	1084	929	971	906	803	864	1079	1123	1398
Nombre de diplômés attendus (Belges)	154	194	204	434	385	376	531	659	706	963
Proportions des diplômés belges par rapport au nombre total de diplômés	22%	18%	22%	45%	46%	46%	61%	61%	63%	69%
Quota	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180

De 2007 à 2012, ce sont les chiffres réels des diplômés. A partir de 2013, ce sont des projections de diplômés. Ces projections sont établies en fonction des nombres d'inscrits et des taux moyens de réussite, pour chaque année d'études.

A ce stade, il faut envisager les effets de l'application de la directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Loin d'être négligeables, ces effets sont également difficilement maîtrisables. En effet, cette directive permet à tout kinésithérapeute diplômé dans un pays européen cité dans cette directive d'être reconnu comme tel en Belgique. Inversement, tout kinésithérapeute agréé en Belgique peut facilement quitter le pays en faisant reconnaître ses qualifications professionnelles par les autorités nationales des pays européens dont le nom est repris dans une liste de la directive européenne. Cette directive facilite donc autant les européens à venir se former en Belgique, qu'à rentrer dans leur pays une fois diplômés. Dans ce dernier cas, la Belgique ne tire pas de bénéfice sur le long terme. Au contraire, les étudiants étrangers restant en Belgique uniquement durant leurs études ne contribuent pas à l'augmentation du stock de kinésithérapeutes sur le territoire belge.

En raison de la libre circulation des personnes, et de l'application d'un numéris clausus 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.

On observe que le pourcentage des diplômés belges dans les différentes cohortes de diplômés varie. La majorité des kinésithérapeutes diplômés en Communauté française sont de nationalité française. La plupart de ceux-ci ne demandent pas leurs numéros INAMI en Belgique (voir tableau 30). Cette tendance va changer à partir de 2013, 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.

5.3 LA RÉALISATION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE EN KINÉSITHÉRAPIE SELON LE CONCOURS PRÉVU PAR L'A.R. DU 20 JUIN 2005

Quelques définitions:

- **Année de référence:** année au cours de laquelle les quotas sont appliqués.

- **Sélectionnés :** les lauréats du concours d'une année de référence donnée qui ont obtenu le droit d'accomplir des prestations qui peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

- **Activité :** toute prestation effectuée par un kinésithérapeute agréé et pouvant valablement faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités conformément à l'article 1^{er}, §1^{er}, de l'arrêté royal précité du 20 juin 2005.

- **Kinésithérapeute en activité :** un kinésithérapeute ayant une activité d'au moins **500 prestations par an**.

5.3.1 SITUATION DU CONTINGEMENT DES KINÉSITHÉRAPEUTES EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE

TABLEAU 29 : SITUATION DU CONTINGEMENT DES KINESITHEREPEUTES EN COMMUNAUTE FLAMANDE

Communauté flamande								
Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Quota	270	270	270	270	270	270	270	270
Compensation	0	0	0	43	152	102	46	99
Quota après compensation	270	270	270	313	422	372	316	369
Quota du concours (+10%)	297	297	297	344	464	409	348	406
Nombre de candidats valablement inscrits au concours du Selor (1)	375	365	378	336	253	248	271	
Le concours a eu lieu	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Suspension
Nombre de candidats sélectionnés ou valablement inscrits au concours du Selor (2)	270	270	270	336	253	248	271	
Dépassement du quota après le concours (art. 8, §2)	0	0	0	(3)				

(1) En 2005, 2006, 2007 et 2008, les chiffres réels des inscriptions au Selor,

(2) Nombre de candidats sélectionnés par le Selor (ou valablement inscrits au Selor si le concours n'est pas organisé) et transmis à l'Inami.

(3) A partir de 2008, le mécanisme de débit et crédit introduit dans l'article 8, § 2, de l'AR du 20/06/2005 a été supprimé et remplacé par le mécanisme de compensation décrit dans l'AR du 18/09/2008. On ne parle plus de surplus.

De ce tableau 5, on voit que, en 2005, en Communauté flamande, 375 kinésithérapeutes étaient inscrits au concours. Ce qui fait que le seuil de 270+10% était dépassé, et l'AR était d'application. A la suite du concours, 270 candidats furent sélectionnés.

En 2006, le nombre de kinésithérapeutes inscrits au concours INAMI étaient de 365 dont 70 réinscriptions de 2005. 270 candidats ont été sélectionnés.

En 2007, le nombre de kinésithérapeutes inscrits au concours INAMI étaient de 378. 270 candidats ont été sélectionnés.

De 2008 à 2011, le concours n'est plus organisé car le nombre de candidats valablement inscrits au Selor est toujours inférieur au quota après compensation.

En 2012, le concours a été suspendu.

5.3.2 APPLICATION DU MÉCANISME DE COMPENSATION AUX KINÉSITHÉRAPEUTES DIPLÔMÉS DE LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE

En 2008, en Communauté flamande, l'application du seuil d'activité d'une prestation INAMI par an aux données d'activité enregistrées par l'INAMI durant l'année 2006 a permis de mettre en œuvre la compensation prévue à l'art. 7 § 3 de l'AR du 20 juin 2005 modifié par l'AR du 18 septembre 2008. Parmi les 270 kinésithérapeutes sélectionnés en 2005, 43 ont réalisé moins de 500 prestations durant l'année 2006. Après compensation, le quota de l'année 2008 était donc de 313 (art. 7, §3), et l'examen devait être organisé si le nombre d'inscrit dépassait 344 (art. 5, §2). Comme le nombre de kinésithérapeutes inscrits au concours en 2008 étaient de 336, le concours n'a pas été organisé.

5.3.3 SITUATION DU CONTINGEMENT DES KINÉSITHÉRAPEUTES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

TABLEAU 30 : SITUATION DU CONTINGEMENT DES KINESITHERAPEUTES EN COMMUNAUTE FRANÇAISE.

Communauté française								
Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Quota	180	180-12=168	180-1=179	180-8	180	180	180	180
Compensation	0	0	0	63	150	86	81	66
Quota après compensation	0	0	0	235	330	266	261	246
Quota du concours (+10%)	198	185	197	259	313	347	287	271
Nombre de candidats valablement inscrits au concours du Selor (1)	198	178	195	252	(330-8)=322 +10%=354	293	489	
Le concours a eu lieu	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Suspension
Nombre de candidats sélectionnés ou valablement inscrits au concours du Selor (2)	192	169	195	252	313	268	261	
Dépassement du quota après le concours (art. 8, §2) : à déduire sur les années suivantes	+12	+1	+16	(3)				

(1) En 2005, 2006 et 2007, les chiffres réels des inscriptions au Selor.

(2) Nombre de candidats sélectionnés par le Selor (ou valablement inscrits au Selor si le concours n'est pas organisé) et transmis à l'Inami. Sur base du dossier des candidats inscrits, le Selor vérifie si les conditions d'inscription ont été remplies et confirme le bureau de sélection si les candidats sont oui ou non valablement inscrits.

(3) A partir de 2008, le mécanisme de débit et crédit introduit dans l'article 8, § 2, de l'AR du 20/06/2005 a été supprimé et remplacé par le mécanisme de compensation décrit dans l'AR du 18/09/2008. On ne parle plus de surplus.

De 2005 à 2009, le concours n'a pas dû être organisé dans la mesure où le nombre d'inscrits était à chaque fois inférieur à la valeur de référence.

Des tableaux 28 et 30, nous constatons effectivement que les diplômés français ne demandent presque pas le numéro Inami leur permettant d'exercer leur profession sous le statut libéral en Belgique.

5.3.4 APPLICATION DU MÉCANISME DE COMPENSATION AUX KINÉSITHÉRAPEUTES DIPLÔMÉS DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

En 2008, le quota de kinésithérapeutes diplômés de la Communauté française était de 180, auquel il fallait soustraire la moitié du dépassement de 2007. Le quota de base était donc de 172.

A ce nombre il fallait appliquer la compensation tenant compte du seuil d'activité de prestations INAMI par an aux données d'activité de l'année 2006 (art. 7 § 3 de l'AR du 20 juin 2005).

Parmi les 192 kinésithérapeutes sélectionnés en 2005, 63 ont réalisé moins de 500 prestations durant l'année 2006. Après compensation, le quota de l'année 2008 était donc de 235 (art. 7, §3), et l'examen devait être organisé si le nombre d'inscrit dépassait 259 (art. 5, §2). Comme le nombre de kinésithérapeutes inscrits au concours en 2008 étaient de 252, le concours n'a pas été organisé.

A partir de 2010, on peut voir que le concours est organisé dans la mesure où le nombre de candidats valablement inscrits au Selor est supérieur au quota après compensation.

5.3.5 CONCLUSIONS

Le contingentement, qui ne concerne que l'accès à l'exercice dans le cadre de la nomenclature M de l'INAMI, a été défini de manière à ce que le concours de sélection ne soit organisé que si le nombre de candidats inscrits n'était pas supérieur au quota de l'année considérée. Concrètement, le concours a dû être organisé de 2005 à 2007 pour les candidats de la Communauté flamande, et ne l'a ensuite plus été de 2008 à 2011. Alors que pour les candidats de la Communauté française, il n'a dû être organisé qu'en 2010 et 2011. L'examen a été suspendu en 2012.

Par ailleurs, l'application de la mesure de compensation se montre nécessaire afin de stabiliser l'entrée des jeunes kinésithérapeutes dans la force de travail active dans le cadre de la nomenclature M de l'INAMI :

- au vu de l'activité des 1.146 kinésithérapeutes sélectionnés pour la Communauté flamande de 2005 à 2008, il a fallu attribuer 343 places supplémentaires durant la période 2008 à 2011, soit près de 30% des quotas compensés.
- au vu de l'activité des 808 kinésithérapeutes sélectionnés pour la Communauté française de 2005 à 2008, il a fallu attribuer 380 places supplémentaires de 2008 à 2011, soit 47% des quotas compensés.

Plusieurs questions restent ouvertes :

- Quel est le devenir de cet examen de sélection, suspendu en 2012 ?
- Pourquoi une telle proportion de kinésithérapeutes sélectionnés ne pratiquent pas de manière substantielle sous la nomenclature M ?
- Quelle est l'activité des kinésithérapeutes non sélectionnés ?
- Y a-t-il une pléthore de kinésithérapeutes dans d'autres secteurs d'activité ?
- Comment affiner la planification de manière à tenir compte des qualifications accessibles aux kinésithérapeutes durant leur formation, alors que ces qualifications ne font pas l'objet d'un agrément spécifique ?
- L'offre en kinésithérapie évolue-t-elle de manière à répondre, en nombre et en qualifications, aux besoins futurs en soins de la population ?

La planification de l'offre en kinésithérapie n'est pas aisée à organiser, en raison de sa complexité. La Commission de planification offre médicale a chargé le groupe de travail kinésithérapie de poursuivre ses réflexions sur ces questions. Un nouveau système devra probablement être défini et mis en place.

6. ANNEXES

6.1 AVIS FORMELS DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION OFFRE MÉDICALE

6.1.1 AVIS 2012_01 CONCERNANT LA PLANIFICATION DES KINÉSITHÉRAPEUTES (A.R. DU 20 JUIN 2005, MODIFIÉ PAR LES A.R. DES 18 SEPTEMBRE 2008 ET 14 OCTOBRE 2009)

Suspension pour un an de l'épreuve de sélection. Cette suspension concerne tous les étudiants diplômés de l'année académique 2011-2012, ainsi que ceux qui ont déjà terminé leurs études et qui s'inscrivent au cours de cette année académique à l'épreuve de sélection.

Avis du groupe de travail Kinésithérapie de la Commission de la planification

Le groupe de travail Kinésithérapie de la Commission de la planification estime qu'une solution alternative doit être trouvée à l'actuelle épreuve de sélection qui fait suite aux études. Au cours des dernières années, il a été argumenté à plusieurs reprises qu'un examen de sélection suivant l'obtention d'un diplôme constituait une réglementation inhumaine, qui a donné lieu à des recours juridiques tant du côté francophone que néerlandophone. C'est à tort que la réussite d'une épreuve de sélection a été posée en principe, en tant que critère, dans certains recrutements, et cela même dans des cadres de travail où la réussite de cette épreuve n'était pas exigée. En fin de compte, le secteur professionnel s'est retrouvé confronté à des postes à pourvoir qui ne pouvaient pas être occupés ou qui ne l'étaient que difficilement.

Bon nombre de kinésithérapeutes travaillent à temps partiel ou combinent des emplois partiels. La collaboration au sein de cabinets de groupe gagne de plus en plus de terrain. Certains kinésithérapeutes cherchent ainsi à ce que leur semaine de travail puisse leur offrir l'opportunité de jouir d'une qualité de vie suffisante, au profit de leur famille. La féminisation de la profession joue là un rôle. Enfin, un nombre non négligeable de kinésithérapeutes venant de décrocher leur diplôme occupent des emplois n'ayant que peu voire rien à voir avec la kinésithérapie. C'est la raison pour laquelle le groupe de travail de la Commission de planification demande depuis un certain temps à pouvoir disposer d'un cadastre amélioré des équivalents temps plein occupés dans les différents secteurs de la kinésithérapie. À ce titre, il serait aussi particulièrement utile d'anticiper le nombre de départs à la retraite qui interviendront au cours des prochaines années.

L'établissement du cadastre amélioré, qui avait été demandé en urgence par la Commission de la planification dans son avis du 19/5/2011, ainsi que l'étude des besoins en rapport avec l'occupation dans les différents secteurs de la kinésithérapie, constituent deux importants aspects qui contribueront à fournir une vision meilleure des besoins en planification de la kinésithérapie. Cette étude devra permettre la réévaluation de quotas proposés précédemment et, le cas échéant, l'élaboration de nouvelles mesures à la suite desquelles il conviendra dans tous les cas d'abandonner l'épreuve de sélection à la fin des études.

Les étudiants en kinésithérapie actuels et futurs, ainsi que ceux qui viennent d'être diplômés, seront mieux à même de se réorienter sur le marché du travail lorsque les besoins en matière de kinésithérapie seront connus de façon précise et qu'une communication adéquate aura lieu à ce propos. Quels sont les besoins réels sur le terrain et dans les secteurs d'activité ? Quelles sont les tendances qui apparaissent sur le marché du travail ? Quels sont les chiffres relatifs aux personnes qui accèdent à la profession ou qui la quittent ?

Le groupe de travail est conscient que l'étude et la discussion des besoins selon les secteurs d'activité en kinésithérapie dureront le temps nécessaire. Il souhaite toutefois prévoir à cet effet l'élaboration d'un calendrier ainsi qu'une obligation de résultat.

La santé publique étant une matière fédérale, mais l'enseignement de la kinésithérapie relevant des Communautés, la mise en place d'une concertation entre les Communautés et l'autorité fédérale constitue dans ce dossier une donnée importante. L'estimation des besoins en matière de kinésithérapie constitue une partie essentielle de ces négociations devant être entamées entre l'autorité fédérale et les Communautés avant que l'épreuve de sélection puisse être supprimée. Ces discussions ont par ailleurs déjà débuté.

Le groupe de travail de la Commission de planification recommande la suppression de cet examen, tant pour ceux qui ont obtenu leur diplôme que pour les étudiants en formation, à la condition que :

- le cadastre amélioré de la kinésithérapie soit rédigé pour la fin 2012 au plus tard et donne un contenu aux critères mis en avant à l'occasion de réunions qui ont précédemment eu lieu à ce sujet dans le groupe de travail.
- qu'une étude sur les besoins en fonction des secteurs d'activité en kinésithérapie soit réalisée avant le 1^{er} mai 2013. Le groupe de travail souhaite à cet effet prévoir un calendrier et une obligation de résultat.
- les démarches nécessaires sont accomplies en vue de poursuivre l'harmonisation et la rationalisation des formations de kinésithérapie en Belgique. L'introduction d'une cinquième année de formation en kinésithérapie dans les deux Communautés constitue le but poursuivi. En Communauté flamande, les universités et les écoles supérieures ont mis en œuvre des mesures concrètes depuis 2007 en vue d'uniformiser l'enseignement en kinésithérapie, de rationaliser le nombre de formations et de prévoir une certaine préparation vers des aptitudes professionnelles spécifiques, par l'instauration d'orientations diplômantes. À partir de 2014, la formation en kinésithérapie dispensée en Communauté flamande sera pleinement intégrée à la formation universitaire.
- Les rencontres entre l'autorité fédérale et les Communautés se poursuivront selon le schéma préétabli.

Certains membres du groupe de travail kinésithérapie de la Commission de planification prendront part aux discussions entre l'autorité fédérale et les Communautés.

Le groupe de travail kinésithérapie évaluera l'avancement des discussions et l'impact des mesures prises en ce qui concerne la profession et, en fonction de celui-ci, fournira des avis complémentaires relatifs à la planification de l'offre médicale en matière de kinésithérapie.

Préavis 2012

Étant donné que le groupe de travail kinésithérapie de la Commission de planification de l'offre médicale ne dispose pas encore des éléments nécessaires pour recommander une suppression de l'examen.

Étant donné que le groupe de travail kinésithérapie de la Commission de planification de l'offre médicale n'a pas encore pris connaissance de la décision du Conseil d'État concernant le recours juridique contre l'épreuve de sélection et qu'il ne peut dès lors estimer les conséquences juridiques de cet arrêt.

La Commission de planification propose la suspension pour un an de l'épreuve de sélection. Cette suspension concerne tous les étudiants diplômés de l'année académique 2011-2012, ainsi que ceux qui ont déjà terminé leurs études et qui s'inscrivent au cours de cette année académique à l'épreuve de sélection.

Le groupe de travail kinésithérapie assurera le suivi de l'avancement des travaux demandés pour parvenir enfin à une suppression définitive de l'épreuve de sélection.

6.1.2 AVIS 2012_02 RELATIF AU CONTINGEMENT DES MÉDECINS : ÉVOLUTION DU CONTINGEMENT MÉDECIN.

La commission de planification a pris note lors de sa réunion du 30 mai 2012 d'un rapport de l'INAMI concernant les effectifs médicaux 2010 dans le cadre de l'assurance maladie. La Commission a chargé le groupe médecins d'analyser ces données et de faire des propositions dans le cadre de la politique de planification.

Le rapport de l'INAMI montre qu'entre 2000 et 2010 la densité globale des médecins spécialistes a augmenté mais que celle des généralistes a diminué. On note en particulier que le nombre de généralistes effectuant plus de 500 contacts par an a diminué et est passé en 10 ans de 10.855 à 10.536 et que la patientèle moyenne est passée de 802 à 1003 patients par généraliste. Le cadastre des généralistes de 2009 comptabilisait 9200 praticiens respectant les critères d'agrément. De plus on constate que près de 40% des généralistes ont plus de 55 ans et risquent de ne pas être tous remplacés au cours des prochaines années.

Le Groupe de Planification a analysé ces données et constate que c'est entre autre le manque de planification dans les années 1985-1995 qui a causé le problème de la "chute abrupte" du nombre des médecins généralistes en dessous de 55 ans. Il faut donc maintenir une planification claire avec des quotas "minimum" pour chaque disciplines et un quota "maximum" pour l'ensemble des disciplines. Une patientèle moyenne de 1003 par généraliste, est une densité inférieure à celle d'autres pays européens (p.ex. en Scandinavie, aux Pays-Bas). Dans ces pays, la patientèle moyenne est de 1500 à 2000 patients par généraliste. Compte tenu toutefois de l'organisation actuelle de la médecine générale en Belgique, un millier de patients par médecin correspond en moyenne à une vingtaine de contacts par jour.

En ce qui concerne l'évolution du nombre de généralistes, on constate que si les quotas minimums prévus légalement sont respectés, on devrait pouvoir maintenir la force de travail actuelle. Toutefois, force est de constater que ces quotas n'ont pas été respectés ces dernières années, même si la situation s'améliore depuis peu, et qu'un certain pourcentage de jeunes généralistes abandonnent la profession. De plus, on constate d'une part que la féminisation et le souhait plus large des jeunes généralistes de concilier la vie professionnelle et la vie privée, diminuent la capacité de travail hebdomadaire et d'autre part que les jeunes médecins ne souhaitent plus toujours une carrière linéaire. Néanmoins le graphique présenté par l'INAMI indique une amélioration de la situation en Flandre.

Tenant compte des courbes actuelles et afin d'assurer un premier échelon des soins de santé performant, les mesures suivantes doivent être prises à court terme, afin qu'ils aient un effet en 2020:

1. Redéfinir le rôle du généraliste au sein du système de soins: le généraliste est le médecin du premier recours qui résout plus de 90% des nouveaux problèmes lui-même, qui prend en charge la prévention pour la patientèle et qui s'engage dans la prise en charge des problèmes chroniques en coopération avec les autres acteurs du premier échelon (intégration

horizontale) et avec les médecins-spécialistes (intégration verticale). Ceci nécessite la fidélisation d'une personne auprès d'une pratique de médecine générale ou de soins de santé primaire (avec implémentation généralisée du DMG) et des mesures qui stimulent les patients à utiliser de préférence la guidance par le médecin généraliste entre les lignes de soins.

2. Intensifier les mesures d'attractivité de la profession, permettant une meilleure répartition géographique des généralistes (avec attention spécifique pour les zones rurales, les zones avec petite densité de population et les quartiers défavorisés en ville).
3. Prendre des mesures à court terme pour faciliter la "distribution des tâches" au sein des pratiques de médecine générale: la création de la fonction de "assistant dans les soins de santé primaire", des infirmières travaillant dans les pratiques de soins de santé primaire, du personnel administratif,... Ceci requiert une augmentation des ressources du Fonds IMPULSEO.
4. Demander au Groupe de Travail Permanent du Conseil Supérieur des Médecins Généralistes et des Spécialistes de préparer des solutions pour les médecins ayant un numéro d'INAMI "généraliste" qui ne répond pas aux critères de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010. Ces solutions doivent orienter ces médecins, de sorte qu'ils puissent trouver une place appropriée dans le système de santé.
5. En attendant, on pourrait augmenter les "quotas minimums" de la médecine générale et veillez à ce que ces quotas soient réalisés, et qu'un nombre suffisant de lieux de stage de qualité soient disponibles.

La Commission veut attirer l'attention sur le fait qu'il y a d'autres spécialités méritant des mesures qui augmentent leur attractivité. C'est bien sûr le cas des spécialités à quota minimum comme la médecine d'urgence, la médecine aiguë, la gériatrie et la pédopsychiatrie, mais aussi d'autres comme la biologie clinique, l'anatomopathologie, la radiologie ou la médecine interne générale. Cette dernière spécialité devrait être enfin reconnue à part entière.

Le groupe médecins rappelle que dans le cadre de la planification, la première mesure à généraliser est l'organisation d'un examen d'entrée en médecine. Celui-ci permet également d'améliorer la pédagogie et la qualité de la formation des études de médecine. Rappelons que pour l'instant cet examen n'existe que du côté néerlandophone mais que du côté francophone une sélection sera mise en place dès cette année académique 2012-2013 à la fin du 1^{er} quadrimestre du 1^{er} bachelier (Seuls les étudiants réussissant les examens de janvier sur les sciences de base pourront poursuivre au 2^e quadrimestre).

Pour aider la commission de planification dans ce travail, il est utile d'avoir non seulement les chiffres actuels de médecins par spécialité, mais aussi la pyramide des âges pour chacune d'elle.

Enfin, la commission souligne la nécessité d'aborder la planification dans sa dimension européenne.

6.2 EVOLUTION DE LA LÉGISLATION EN MATIÈRE DE PLANIFICATION

En 2012, un seul arrêté a été publié, concernant le contingentement des médecins. En cela, il faut donc noter la non publication de législation concernant l'examen de sélection des kinésithérapeutes, puisque la Ministre a décidé de suspendre l'examen.

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. En gris sont les textes en vigueur en 2012.

FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION	
10 octobre 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 d'accoucheuse.
3 mai 1999	Arrêté royal élargissant la compétence de la Commission de planification-offre médicale à la pratique de l'art infirmier.
8 mars 2007	Règlement d'ordre intérieur de la Commission de planification – Offre médicale (<i>pas de publication au moniteur belge</i>).
15 mars 2010	Arrêté royal portant nomination des membres de la Commission de planification de l'offre médicale.

CONTINGEMENT	
MEDECINS	
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.
1^{er} septembre 2012	Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.
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.
KINESITHERAPEUTES	
07 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.
INFIRMIERS	
	Il n'existe pas de législation de contingentement pour les infirmiers.