

# RAPPORT ANNUEL

DE LA COMMISSION  
DE PLANIFICATION  
FRANCOPHONE DE  
L'OFFRE MÉDICALE  
2024

 **Enseignement**

 **FÉDÉRATION**  
WALLONIE-BRUXELLES



**ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE**  
Établissement public fondé en 1841  
Sous le Haut Patronage de Sa Majesté le Roi

## Table des matières

1. Contexte - Rappel du cadre législatif .....	3
1.1. Evolution du cadre légal suite aux modifications instaurées par la sixième réforme de l'Etat.....	3
1.2. Décret du 3 juin 2021 relatif à la planification de l'offre médicale en Communauté française.....	4
1.3. Fonctionnement et composition de la ComPlanFr.....	5
2. Sous-quotas 2024.....	7
3. Résumé des travaux.....	8
3.1. Groupe de travail médecins (GT médecins) .....	8
3.1.1. Méthodologie, points abordés, priorités, informations collectées .....	8
3.1.2. Constats principaux et propositions de sous-quotas pour 2025 .....	10
3.1.3. Perspectives et recommandations .....	11
3.2. Groupe de travail dentistes (GT dentistes) .....	13
3.2.1. Méthodologie, points abordés, priorités, informations collectées .....	13
3.2.2. Propositions de sous-quotas pour 2025 .....	16
3.2.3. Perspectives et recommandations .....	17

## 1. Contexte - Rappel du cadre législatif

### 1.1. Evolution du cadre légal suite aux modifications instaurées par la sixième réforme de l'Etat

Suite à la sixième réforme de l'Etat, la compétence relative à la planification des professions des soins de santé a été partiellement transférée aux Communautés : depuis 2014, les Communautés sont compétentes pour fixer les quotas par titre professionnel particulier, aussi appelés sous-quotas, et ainsi planifier l'accès aux différentes spécialités à l'intérieur des quotas fédéraux établis pour la médecine et la dentisterie par la Commission fédérale de planification de l'offre médicale, ci-après ComPlanFédé.

La Communauté française est représentée au sein de la ComPlanFédé, en charge des quotas globaux, par un membre effectif et un membre suppléant, ainsi que des représentants des recteurs des établissements universitaires de la Communauté française.<sup>1</sup>

#### Références légales

*L'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat a notamment modifié l'article 5, § 1er, 1, 7°, b), de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980. La modification portée à cet article détermine que les Communautés sont compétentes pour le contingentement des professions des soins de santé, « dans le respect, le cas échéant, du nombre global que l'autorité fédérale peut fixer annuellement par communauté pour l'accès à chaque profession des soins de santé ».*

*Cette compétence s'intègre dans le respect des articles 91 et 92 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, lesquels renvoient au mécanisme de détermination des quotas fédéraux.*

Il est important de souligner que les quotas globaux fixés par la ComPlanFédé pour la médecine et la dentisterie sont calculés comme la somme des sous-quotas par spécialité. Ces sous-quotas par titre professionnel particulier sont fournis à titre indicatif par la ComPlanFédé par souci de transparence et de transmission des informations aux Communautés. Les Communautés sont, néanmoins, compétentes depuis la sixième réforme de l'Etat pour fixer des sous-quotas répondant aux besoins spécifiques de leurs populations respectives moyennant le respect des quotas fédéraux. Ces sous-quotas peuvent prendre la forme de minima ou de maxima en fonction des besoins évalués. Afin

<sup>1</sup> [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=fr&caller=summary&pub\\_date=21-03-16&numac=2021030522](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=21-03-16&numac=2021030522)

d'objectiver la situation de l'offre médicale sur le terrain, une Commission de planification de l'offre médicale francophone, ci-après ComPlanFr, a été mise sur pied.

Les Communautés ont aussi la responsabilité d'autoriser l'accès des étudiants aux formations menant à un titre professionnel particulier. En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'article 112/1 du décret du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études, a confié à un jury interuniversitaire composé des doyens des facultés de médecine délivrant les grades académiques de master de spécialisation en sciences médicales et de master de spécialisation en sciences dentaires la délivrance des attestations universitaires permettant l'accès aux formations conduisant à un titre professionnel particulier.

Le jury interuniversitaire répartit tous les diplômés entre les différents masters de spécialisation sur la base des préférences exprimées par les candidats, du classement de ces candidats au concours de la spécialité, du nombre de places disponibles dans la formation choisie et, le cas échéant, du nombre minimum et du nombre maximum de candidats admissibles dans cette formation, nombres fixés par le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles sur proposition de la Commission de la planification de l'offre médicale en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Dès lors que la formation qui conduit à un titre professionnel particulier impose une pratique professionnelle dans les services de stages, les candidats-spécialistes qui suivent cette formation doivent disposer d'une inscription auprès de l'Assurance Maladie-Invalidité pour que le financement de leurs prestations puisse être pris en charge par l'Assurance Maladie-Invalidité. Cette inscription se traduit par l'attribution d'un numéro, dit « numéro INAMI ». Ces numéros sont attribués par l'INAMI aux titulaires d'une attestation universitaire d'accès aux formations conduisant à un titre professionnel particulier.

## 1.2. Décret du 3 juin 2021 relatif à la planification de l'offre médicale en Communauté française<sup>2</sup>

Le décret du 3 juin 2021 relatif à la planification de l'offre médicale en Communauté française prévoit les dispositions suivantes :

- *Le Gouvernement [de la Communauté française] peut fixer le nombre minimum et maximum de candidats à une formation menant à un titre visé [par 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,] sur avis de la Commission.*
- *Une Commission consultative de planification de l'offre médicale est instituée en Communauté française. Cette Commission a pour mission de rendre des avis sur :*

---

<sup>2</sup> [https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-03-juin-2021\\_n2021042089.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-03-juin-2021_n2021042089.html)

- *l'évaluation des besoins en matière d'offre médicale pour les praticiens de l'art médical y compris les dentistes. Pour assurer sa mission, la Commission tient compte, notamment, de l'évolution des besoins en soins médicaux, de la qualité des prestations de soins, de l'évolution démographique des professions concernées, des données épidémiologiques de la population, ainsi que de la répartition géographique par région ou sous-région de ces besoins. Elle tient également compte des données statistiques et des projections produites par la Commission de planification de l'offre médicale fédérale prévue aux articles 91 et 92 de la loi, et par les administrations des entités fédérées ;*
  - *le nombre minimum et maximum de candidats à une formation menant à un titre professionnel particulier.*
- [...] *La Commission rend au moins un avis par an au Gouvernement et peut transmettre, aussi souvent qu'elle l'estime utile et en tout cas annuellement, un rapport à la Commission de planification de l'offre médicale fédérale reprenant les conclusions de ses analyses sur l'état des lieux des besoins en Communauté française.*

### 1.3.Fonctionnement et composition de la ComPlanFr

#### 1.3.1. Arrêté de composition<sup>3</sup>

Les membres de la ComPlanFr sont nommés pour une durée de quatre ans renouvelables. La Commission se compose d'une chambre des médecins généralistes et spécialistes, d'une part, et d'une chambre des dentistes généralistes et spécialistes, d'autre part. La présidence de la Commission est assurée par l'Académie royale de Médecine de Belgique tandis que le secrétariat est assuré par l'Administration (Direction générale de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement tout au long de la vie et de la Recherche scientifique).

Ces chambres sont appelées respectivement groupe de travail médecins et groupe de travail dentistes et sont composées de représentants :

- avec voix délibérative :
  - de l'Académie royale de Médecine de Belgique ;
  - des Facultés de médecine des universités ;
  - du Collège de Médecine générale ;
  - des dentistes généralistes proposés par les associations professionnelles représentatives ;
  - des médecins et dentistes spécialistes proposés par les associations professionnelles représentatives ;
  - des hôpitaux académiques et non académiques ;

<sup>3</sup> [https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-ministeriel-du-04-octobre-2021\\_n2021033649.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-ministeriel-du-04-octobre-2021_n2021033649.html)

- de la Fédération francophone des associations de patients et de proches et Porte-parole des usagers des services de santé ;
  - du Collège Intermutualiste national ;
- avec voix consultative :
- du Ministre du Gouvernement wallon en charge de la Santé ;
  - du Ministre francophone en charge de la Santé au sein de la Commission communautaire commune ;
  - du Ministre du Gouvernement de la Communauté française en charge de l'Enseignement supérieur ;
  - du Ministre du Gouvernement de la Communauté française en charge de la Santé ;
  - du Ministre du Gouvernement de la Communauté française en charge des Hôpitaux universitaires ;
  - du Ministre du Gouvernement de la Communauté française en charge du contingentement et de l'agrément des professions des soins de santé ;
  - du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes ;
  - de l'Institut national d'assurance maladie invalidité ;
  - de la cellule de planification des professions des soins de santé du Service public fédéral de la Santé publique ;
  - de la Direction générale des Soins de Santé du Service public fédéral de la Santé publique ;
  - de la Commission fédérale de planification de l'offre médicale ou son représentant ;
  - des Conseils fédéraux :
    - de l'Art infirmier ;
    - des sage-femmes ;
    - des professions paramédicales ;
    - des pharmaciens ;
    - de la kinésithérapie ;
    - des professions des soins de santé mentale ;
    - de l'Art dentaire.

La Commission peut, en outre, se faire assister d'experts dans le cadre de ses missions.

### *1.3.2. Fonctionnement*

L'ensemble des membres de la ComPlanFr se réunit lors de réunions plénières dédiées à la définition des grandes lignes directrices et à l'approbation des décisions. Suite à

la réunion d'installation d'octobre 2021, quatre réunions plénières ont été organisées en 2022, trois en 2023, et trois en 2024. Outre les séances plénières, un comité restreint, appelé Bureau, s'est réuni à six reprises afin de discuter de la méthodologie et d'échanger sur l'avancée des travaux des groupes de travail médecins et dentistes en 2022. Les groupes de travail médecins et dentistes se sont, quant à eux, réunis respectivement sept et cinq fois en 2022, sept et huit fois en 2023, et huit et sept fois en 2024.

## 2. Sous-quotas 2024

Le jury interuniversitaire a pu, cette année encore, largement respecter les quotas, en particulier pour les spécialités en pénurie.

Le tableau ci-dessous reprend le nombre d'attestations attribuées en médecine au regard des sous-quotas minimums proposés dans les spécialités en pénurie pour 2024 en dehors des candidats de l'Union européenne.

Spécialité	Propositions sous-quotas minimums	Attributions
Médecine générale	338	349
Gériatrie	16	16
Ophtalmologie	15	19
Anatomie pathologique	5	5
Biologie clinique	6	7
Psychiatrie adulte	20	32
Psychiatrie infanto-juvénile	10	11

Le tableau ci-dessous reprend le nombre d'attestations attribuées en dentisterie au regard des sous-quotas minimums proposés pour 2024 en dehors des candidats de l'Union européenne.

Spécialité	Propositions sous-quotas minimums	Attributions
Dentisterie générale	/	70
Parodontologie	3	3
Orthodontie	5	6

## 3. Résumé des travaux

### 3.1. Groupe de travail médecins (GT médecins)

#### 3.1.1. Méthodologie, points abordés, priorités, informations collectées

##### ***A. Cadastre des besoins en recrutement médical des hôpitaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles***

La commission a rappelé les différents hôpitaux de la FWB pour les encourager à répondre au questionnaire concernant leurs projets d'engagement médical pour les 10 prochaines années. Il a été long et fastidieux d'obtenir ces réponses probablement pour de multiples raisons : relative sidération des hôpitaux après le COVID, difficulté de projection dans l'avenir, difficultés financières entraînant une évaluation compliquée des possibilités de recrutement. Toutefois, finalement, plus de 22 hôpitaux ont répondu. Ceux-ci représentent environ 1/3 du nombre de lits hospitaliers total de la FWB. Les trois hôpitaux académiques de la FWB ont répondu, ainsi que plus de 19 hôpitaux non académiques. Une analyse détaillée de ces réponses sera faite durant l'année 2025 et la commission tentera d'évaluer par extrapolation ce que les chiffres récoltés indiquent en termes de projection des engagements médicaux pour les 10 prochaines années de manière à vérifier si ces chiffres sont en adéquation avec les propositions de sous-quotas pour les différentes spécialités hospitalières. Si ce n'était pas le cas, une analyse devrait être faite pour comprendre cette discordance et voir si des raisons valides justifient une adaptation des sous-quotas proposés.

##### ***B. Enquête auprès des assistants en fin de formation***

Cette enquête a été confiée à IdeaConsult. Elle a été clôturée le 14/10/24 et une première présentation des résultats a été faite le 06/12/24. L'enquête a été réalisée auprès des assistants terminant leur formation en 2024 ainsi que ceux entrant en dernière année de formation en octobre 2024. Le taux de participation a été relativement faible, de l'ordre de 21%. Cette enquête fouillée, et qui abordait un grand nombre de questions, permettra toutefois de mieux comprendre les choix de spécialisation des assistants en formation, et leurs aspirations en termes d'organisation et de temps de travail. Ceci devrait nous permettre, non seulement de moduler éventuellement les quotas dans certaines spécialités dans lesquelles le temps de travail souhaité par exemple serait particulièrement différent d'autres spécialités, mais aussi de mettre en place des mesures spécifiques aidant à combler les lacunes dans les spécialisations en pénurie. Ce travail d'analyse et d'élaboration de pistes de solutions pour les spécialisations en pénurie sera fait durant l'année 2025.

##### ***C. Entretien avec des représentants de différentes fonctions paramédicales et exploration de nouvelles formes d'organisation de la pratique médicale***

Des représentants des kinésithérapeutes ont été reçus par la commission. L'élément central des discussions a été l'accès direct aux kinésithérapeutes sans passage par une prescription médicale. Si cet accès direct peut présenter des avantages, avec notamment un accès plus

aisé pour les patients à des soins appropriés dans le cadre de différentes douleurs chroniques principalement ostéoarticulaires et potentiellement une consommation moindre de médicaments antalgiques dont les opioïdes, il peut aussi comporter des risques avec un moins bon diagnostic et par conséquent une moins bonne orientation thérapeutique. Des solutions sont évoquées pour éviter ces écueils avec notamment une démarche diagnostic bien implémentée par les kinésithérapeutes et aussi l'intégration de ceux-ci dans des pratiques multidisciplinaires incluant des médecins.

Des représentants des Sages-femmes ont été reçus par la commission. Les éléments importants discutés ont été la formation des sages-femmes, les limites de leur pratique autonome et leur intégration dans des équipes multidisciplinaires.

La commission a reçu des représentants du groupe de travail sur le New Deal. Le New Deal pourrait permettre aux médecins généralistes, qui le souhaitent, d'augmenter leur capacité à prendre de nouveaux patients. Le New Deal devrait également renforcer le lien entre le patient et le médecin, ce qui pourrait inciter davantage de personnes à avoir un médecin généraliste. Il propose une autre modalité de pratique attrayante également pour les infirmiers et infirmières en valorisant davantage les actes intellectuels, et en offrant un travail en équipe. Le New Deal pourrait faire revenir un grand nombre de professionnels infirmiers qui ont quitté la profession. Le profil d'infirmier de pratique de médecine générale qui s'esquisse à terme serait la pièce manquante entre les infirmiers de soins généraux et les infirmiers de pratique avancée. Les jeunes médecins se tournent de plus en plus vers les pratiques de groupe et le New Deal pourrait aider à augmenter les possibilités de créer des lieux de pratique répondant à leurs souhaits dans les zones où ils souhaitent s'installer.

Ces rencontres soulignent l'intérêt d'explorer et de développer de nouvelles formes d'organisation de la pratique médicale, dans le cadre de collaborations multidisciplinaires, afin d'augmenter l'accessibilité aux soins pour les patients et aussi l'attractivité de certaines pratiques médicales et paramédicales.

#### ***D. Devenir des médecins non-résidents se formant en Belgique***

La commission de planification fédérale de l'offre médicale analyse l'activité des médecins non belges, soit formés en Belgique, soit formés à l'étranger et venant faire en Belgique leur spécialisation. Les médecins européens ne sont pas repris dans les quotas fédéraux. Par contre les médecins non européens obtenant une équivalence, entrent bien actuellement dans les quotas comme « triple 0 ». Même s'ils sont peu nombreux, il est important d'analyser le devenir professionnel de ces médecins pour les intégrer adéquatement aux analyses et projections. Quantitativement plus importants sont les médecins non belges faisant leur formation en Belgique après avoir réussi l'examen ou le concours d'entrée. Le devenir professionnel de ces médecins, notamment français est également très important à caractériser.

#### ***E. Entretiens avec les présidents des commissions d'agrément***

##### ***E.1. Urgences***

On note un réel déficit en personnel sur le terrain, ainsi qu'un vécu difficile avec des personnes demandant à travailler moins longtemps, et des arrêts en cours de formation en hausse. La situation est inquiétante, alors que le quota proposé par le fédéral est à la baisse, ce qui est

en contradiction avec cette réalité. Ce problème questionne à nouveau l'organisation des soins dans son ensemble, et notamment celui de l'échelonnement. Une partie du déficit en médecins dans les centres d'urgence pourrait être lié au nombre élevé de ces centres d'urgence. Une expérience intéressante avait eu lieu à l'Hôpital St-Pierre en ce qui concerne l'échelonnement. Il est précisé qu'il y avait eu un moratoire du fédéral à un moment où les urgences ont suscité l'engouement. Néanmoins, ce travail de première ligne est dense et difficile, et les urgences se trouvent maintenant dans une situation problématique. Il faut donc en tenir compte et moduler à la hausse les quotas proposés par la commission de planification fédérale dans ce domaine.

### ***E.2. Imagerie médicale***

Le travail des radiologues est amené à changer avec l'arrivée de l'IA, mais aucun impact sur les RH n'est prévu à court terme. Il est souligné que la radiologie interventionnelle fait face à un manque de médecins. Ce problème devrait être traité. Faut-il une formation spécifique ou une spécialisation sur le terrain ? L'imagerie nécessitant une technique et du matériel très spécifique, on note que certains patients ne sont pas amenés automatiquement au bon endroit. Ces problèmes seront plutôt résolus par l'organisation des soins et des formations spécifiques que par une modulation des quotas pour ces spécialités.

### ***E.3. Ophtalmologie***

Aucune pénurie n'est ressentie par la commission d'agrément, mais on souligne une mauvaise répartition sur le territoire ainsi qu'un déficit en chirurgie ophtalmologique et un accès trop limité aux professionnels conventionnés. L'accès aux soins ophtalmologiques peut dès lors sembler difficile pour les patients. Il existe donc une discordance entre ce qui est observé sur le terrain et la vision de la commission d'agrément. Les raisons principales des problèmes d'accès aux soins ne sont peut-être pas simplement liées au nombre de praticiens mais à certaines sous-spécialités ou à des problèmes financiers. L'obligation d'un temps de conventionnement minimal pour chaque médecin est évoquée.

Les entretiens avec les présidents de ces commissions d'agrément montrent que les problèmes sont de multiples types. A côté du nombre de spécialistes dans différents domaines, c'est parfois plutôt leur répartition sur le territoire, leurs compétences pour des prestations spécifiques ou leur accessibilité financière qui posent problème. Les entretiens devraient se poursuivre en 2025 avec d'autres commissions d'agrément.

## **3.1.2. Constats principaux et propositions de sous-quotas pour 2025**

Nous avons proposé des sous-quotas minimums pour 2024 sur base des quotas fixés par la commission de planification fédérale. Notre commission avait opté pour un accroissement des attestations en médecine générale, qui sort d'une période prolongée de pénurie. Les sous-quotas pour les autres spécialités étaient restés quant à eux à peu près les mêmes que ceux proposés par la commission de planification fédérale. Il est précisé que certains domaines ont été réduits dans les planifications de la commission fédérale, parfois en décalage avec ce qui

est observé en Fédération Wallonie-Bruxelles, et que l'on doit être attentifs plus particulièrement à la situation de la pédiatrie ou encore de la médecine d'urgence avec une diminution des quotas qui inquiète les acteurs de terrain.

Le jury interuniversitaire a pu cette année encore, largement respecter ces quotas, en particulier pour les spécialités en pénurie.

Le tableau ci-dessous reprend le nombre total d'attestations attribuées (y compris réorientations et candidats européens) dans les spécialités en pénurie pour 2024.

Médecine générale	349
Gériatrie	16
Ophtalmologie	19
Anatomie pathologique	5
Biologie clinique	7
Psychiatrie adulte	32
Psychiatrie infanto-juvénile	11

Pour 2025, le nombre de médecins diplômables est plus bas qu'en 2024 et un effort devra être fait, notamment via les réorientations et les candidats de l'Union européenne, pour permettre d'augmenter l'ensemble des attestations accordées, en particulier dans les spécialités en pénurie. Les chiffres seront vraisemblablement à la hausse avant le début de la nouvelle année académique quand des réorientations, l'implémentation d'un certain nombre de triple zéros et l'accès de diplômés de deuxième session viendront se joindre aux chiffres de juin 2024.

Voici la proposition de sous-quotas minimums pour les spécialités en pénurie pour 2025 :

Médecine générale	338
Pédiatrie	26
Gériatrie	16
Ophtalmologie	17
Anatomie pathologique	5
Biologie clinique	6
Psychiatrie adulte	26
Psychiatrie infanto-juvénile	10

### 3.1.3. Perspectives et recommandations

La réflexion menée par notre commission doit être plus large que les simples chiffres des quotas et sous-quotas. Notre travail ne se réduit pas au quantitatif. La modulation des quotas n'est pas suffisante pour répondre aux problèmes rencontrés sur le terrain. Notre commission doit essayer de trouver des solutions qualitatives afin de ne pas mettre en péril la qualité des soins dans notre pays.

Les solutions devraient varier en fonction des problèmes spécifiques à chaque spécialité. Il serait par exemple possible de proposer des contraintes en fin de formation avec un minimum de temps de travail en milieu hospitalier ou en garde dans une spécialisation comme la pédiatrie. D'une manière générale, nous devons travailler à l'attractivité de la pratique hospitalière pour les spécialités comme la pédiatrie où la pénurie est avant tout hospitalière. L'organisation des gardes en première ligne de manière à assurer l'accessibilité aux soins urgents sur l'ensemble du territoire est aussi une priorité.

Il serait également envisageable de demander aux jeunes généralistes d'aller pratiquer 2 ou 3 ans dans des régions en carence de médecins, ou bien que chaque médecin fasse chaque année un mois dans un territoire en carence comme cela se pratique dans d'autres pays. L'attractivité pourrait aussi être améliorée en favorisant la formation à la médecine pour les personnes habitant ou issues de ces régions.

L'organisation des soins devrait elle aussi être revue et améliorée, avec notamment la répartition des tâches entre les différents intervenants dispensant les soins, et l'organisation de leur autonomie, en la matière les maisons médicales ont montré leur utilité, encore faut-il que les conditions d'installation de généralistes dans les "déserts médicaux" prennent en considération d'autres aspects, tels l'existence de crèche à proximité, la possibilité pour un conjoint ou conjointe de trouver du travail dans la région....

Les travaux de planifications doivent aussi tenir compte de la diminution du temps de travail des médecins et des assistants. Il s'agit d'une véritable diminution des ressources humaines sur le terrain.

Notre commission doit proposer des sous-quotas répondant aux besoins ainsi que des solutions d'améliorations qualitatives. Ces pistes et solutions devraient toutefois s'intégrer dans une vision politique des soins de santé contribuant notamment à définir le rôle de chaque acteur.

Dans le futur, nous souhaitons choisir quelques thématiques prioritaires et émettre des propositions crédibles, efficaces et pragmatiques. Les deux académies de médecine, francophone et néerlandophone, pourraient alors porter nos propositions d'amélioration auprès des différents niveaux de pouvoir qui travailleraient ensemble afin de les mettre en œuvre (fédéral, régions et communes). Les mutuelles devraient aussi être intégrées dans ces réflexions. La coopération entre les différents niveaux de pouvoir est importante pour réussir à apporter des solutions. Certains tabous, tels que la loi d'installation, de l'échelonnement, et de la liberté totale des patients doivent être discutés.

Finalement, nos travaux devront davantage intégrer le point de vue des patients, et des rencontres avec les associations de patients devront être organisées.

## 3.2. Groupe de travail dentistes (GT dentistes)

### 3.2.1. Méthodologie, points abordés, priorités, informations collectées

Sur base de sa mission qui est de recommander des quotas annuels pour les spécialisations dentaires permettant un accès pour toute la population à des soins de qualité, le GT dentistes a identifié plusieurs thématiques pertinentes à analyser et pour lesquelles des recommandations pourraient être formulées.

Pour l'année 2024, deux thématiques principales ont été traitées. Un 3<sup>ème</sup> point relatif à une étude en cours est détaillé dans les perspectives pour l'année 2025.

#### **A. *Ordre des Dentistes***

La profession de médecine dentaire est une profession libérale qui est exercée en toute indépendance, à titre personnel, sous la responsabilité individuelle du professionnel, tout en répondant à un intérêt général.

La Belgique est l'un des rares pays de l'Union européenne à ne pas avoir d'Ordre des Dentistes. Cette absence d'organe régulateur a des conséquences néfastes tant pour les patients que les dentistes.

#### **Pour les patients :**

- Sécurité des patients menacée : L'absence de contrôle adéquat sur la qualité des soins, le choix des thérapies et les conditions de travail des dentistes exposent les patients à des risques évitables. Des scandales dans des pays voisins ont révélé des cas de mutilations dentaires injustifiées, soulignant l'importance d'un organisme de contrôle efficace.
- Protection insuffisante des droits des patients : Le service fédéral « Médiation des droits du patient », dépendant du SPF Santé publique, est submergé par les plaintes concernant le secteur dentaire, représentant, en 2022, 39% du total des plaintes toutes disciplines confondues. Ces plaintes peuvent concerner divers aspects des traitements reçus, la communication entre le patient et le professionnel de santé ainsi que la qualité des soins.
- Manque de transparence et de contrôle sur la publicité : La publicité mensongère et excessive dans le secteur dentaire est un problème qui pourrait être régulé par un Ordre.

#### **Pour les dentistes :**

- Difficulté à lutter contre l'exercice illégal de la profession : Des personnes non qualifiées pratiquent des actes dentaires, mettant en danger la santé des patients. Un Ordre permettrait de mieux contrôler et agir contre ces pratiques.
- Manque de reconnaissance et de représentation à l'échelle européenne : À défaut d'un Ordre des Dentistes, la Belgique n'est représentée au sein de la FEDCAR (Fédération des Autorités Compétentes et Régulateurs Dentaires Européens) que par l'intermédiaire d'une seule personne fonctionnaire du SPF Santé publique. Cette

situation affaiblit la profession dentaire belge vis-à-vis des autres pays membres représentés au sein de cette même Fédération par leur Ordre professionnel.

- Absence de code de déontologie clair et contraignant : L'absence d'un code de déontologie opposable aux praticiens nuit à l'éthique de la profession.
- Difficultés à gérer les conflits entre praticiens et patients : Un Ordre pourrait endosser le rôle de médiateur dans les dossiers techniques et faciliter la résolution des litiges.

Ces éléments de contexte justifient la recommandation émise par le GT et détaillée au point 3.2.3.

## **B. Hygiénistes bucco-dentaires**

### **B.1. Contexte**

La profession d'hygiéniste bucco-dentaire (HBD) en Belgique a été formellement reconnue en 2018 après un long processus de structuration et de développement.

Tous les indicateurs de santé dentaire disponibles en Belgique montrent une évolution favorable en termes de prévalence de la maladie carieuse et de la maladie parodontale.

Les actes professionnels de santé dentaire ont pris beaucoup d'importance année après année : en 2023, 30% des actes attestés et 25% du budget des soins dentaires INAMI ont un caractère préventif. Ces actes préventifs se révèlent chronophages pour les dentistes.

Il a été jugé crucial d'adjoindre aux dentistes une profession spécifiquement dédiée à la prévention dentaire à laquelle les dentistes peuvent déléguer des actes pour lesquels une formation complète de dentistes (formation aux soins curatifs - de 6 à 8 ans de formation) n'est pas nécessaire.

En effet, une formation en 3 ans des HBD a été jugée suffisante pour effectuer ces actes avec professionnalisme. De plus, l'objectif professionnel des HBD est clairement préventif, alors que la formation des dentistes consacre beaucoup de temps et d'énergie dans les thérapies curatives (6 ans de formation pour un dentiste généraliste, 8 ans pour un dentiste spécialiste en parodontologie et 9 ans pour un dentiste spécialiste en orthodontie). Outre la délégation de tâches par les dentistes, la création de la profession d'HBD est motivée également pour se donner les ressources en termes de force de travail pour rencontrer des besoins non satisfaits, que ce soit en matière de prévention primaire et de santé communautaire, ou encore, des besoins en soins préventifs dans les milieux de vie en institutions.

Les travaux de la commission de planification fédérale ne considèrent pas la profession d'HBD comme en substitution complète des dentistes. Ceux-ci amènent à considérer que la formation de 5 HBD permet de diminuer d'une unité le besoin de formation d'un diplômé dentiste, étayant ainsi la thèse que la profession d'HBD doit rencontrer des besoins en soins non satisfaits jusqu'ici.

Par ailleurs, les soins délégués aux HBD permet de libérer du temps de travail des dentistes à visée curative.

## B.2. Cadastre professionnel, agrément et activités

En novembre 2024, l'INAMI recensait **452** HBD identifiés auprès de leurs services.

Le nombre d'hygiénistes bucco-dentaires augmente très rapidement, en raison de la durée courte des études (3 ans) et de l'engouement de jeunes à s'inscrire dans cette filière de formation rapidement qualifiante.

En date du 05/12/2024, le nombre d'HBD en droit d'exercer en Belgique est repris dans le tableau ci-dessous par communauté et nationalité :

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
<b>Communauté flamande</b>	70	73	93	84	103	72	<b>495</b>
<i>Belge</i>	62	52	53	47	72	43	329
<i>Européen non belge</i>	8	21	39	36	31	27	162
<i>Non européen</i>			1	1		2	4
<b>Communauté française</b>			4	51	53	43	<b>151</b>
<i>Belge</i>				40	41	31	112
<i>Européen non belge</i>			3	9	10	6	28
<i>Non européen</i>			1	2	2	6	11
<b>Total</b>	70	73	97	135	156	115	<b>646</b>

Source : cadastre SPF santé

Le nombre d'agréments octroyés pour les HBD en FWB est de :

2022	2023	2024
102	102	(43 au 03/12/24)

Source : Commission agrément HBD FWB

Pour évaluer dès à présent les activités des HBD et l'impact de cette nouvelle profession sur la prise en charge de la santé bucco-dentaire de la population, peu de statistiques sont disponibles. Cependant, les chiffres démontrent une croissance très rapide des actes pris en charge et attestés sous le n° INAMI des HBD en tenant compte que les actes prestés en milieu de vie en institutions (en dehors des cabinets) ne font pas encore l'objet d'analyse statistique.

Type d'actes	Année 2022*	Année 2023	1 <sup>er</sup> sem. 2024
Détartrage +	15 157	294 462	255 438
Nettoyage prophylactique +	184	1 878	2 082
Scellement de fissures et de puits	281	10 738	5 481

\* l'année 2022 ne comprend que 3 mois d'activité. De plus, des difficultés d'attestation à cette époque empêchaient d'attester correctement sous l'identification du prestataire HBD.

+ pour ces actes, comptabilisation des "cas" par quadrant.

## B.3. Formation

Des représentantes du bachelier hygiéniste bucco-dentaire ont été reçues par le GT dentistes en juin 2024.

Lors de leur présentation, Mesdames N. THEYS pour l'HELB Ilya Prigogine et A. GUEDERS pour l'ULiège, ont indiqué le nombre d'étudiants et de diplômés depuis la création de cette formation en FWB :

<b>HEPL</b>						
	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024 -2025
Bloc 1			41	80	152	<b>182</b>
Bloc 2			34	33	55	72
Bloc 3			26	30	24	39
Diplômés			26	29	25	

<b>HELB</b>						
	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024 -2025
Bloc 1	48	46	51	71	113	<b>134</b>
Bloc 2		33	29	41	15	34
Bloc 3			31	26	35	18
Diplômés			24	19	30	

*Source : Chiffres présentés lors de la 18e réunion du GT Dent ComPlanFR & complétés pour l'année 2024-2025 par les représentantes citées*

Elles ont surtout attiré l'attention sur l'explosion du nombre d'inscrits en BAC 1 dès l'année académique 2023-2024 : ce choix de formation est considéré de première intention car il ne semble pas y avoir de report important des inscriptions d'étudiants HBD renonçant aux études dentaires.

Le nombre d'étudiants actuel dépasse déjà très largement la capacité de formation des Hautes écoles, tant en termes de moyens humains que matériel. Il est à souligner que cette formation - tout comme la formation des futurs dentistes - nécessite des ressources très spécifiques (installations précliniques et cliniques – personnel d'encadrement – disponibilité des patients) qui, au sein de la FWB, sont partagées entre les Hautes écoles et les Universités, en charge de la formation des futurs dentistes.

Cela pose donc question en termes de qualité de la formation pour une formation faisant appel dès le BAC 1 à des travaux pratiques, et en BAC 2 et 3 à des stages cliniques.

Ces éléments justifient que le GT dentistes inscrive à ses perspectives de 2025, le suivi rapproché des données progressivement disponibles pour établir une vision claire de l'impact de cette nouvelle profession sur la profession dentaire, et définisse, le cas échéant, un quota.

### 3.2.2. Propositions de sous-quotas pour 2025

Pour établir les sous-quotas 2025, le GT dentistes s'est basé sur le nombre de diplômés potentiels, les projections de la ComPlanFédé, ainsi que les capacités de formation des universités.

La ComPlanFédé propose les sous-quotas suivants :

Quota	2028-2032
Communauté française	<b>106</b>
Dentistes spécialistes en parodontologie	4
Dentistes spécialistes en orthodontie	7

Le GT dentistes de la ComPlanFr propose les sous-quotas minimums suivants pour l'année 2025 :

- Parodontologie : 3
- Orthodontie : 7

### 3.2.3. Perspectives et recommandations

La réflexion menée par le GT dentistes doit être plus large que les chiffres des quotas et sous-quotas car la modulation de ces quotas n'est pas suffisante pour répondre aux problèmes rencontrés sur le terrain. Le GT souhaite donc analyser des données/thématiques pour proposer des recommandations visant à assurer la qualité des soins sur le territoire.

#### **A. Ordre des Dentistes**

Compte tenu des éléments décrits précédemment, le GT dentistes considère que la création d'un Ordre des Dentistes en Belgique est une nécessité pour garantir la sécurité des patients, protéger les droits des patients et renforcer la qualité de l'exercice de la profession dentaire.

Les objectifs d'un Ordre des Dentistes sont les suivants :

- Garantir la qualification des dentistes : Superviser l'arrivée des praticiens étrangers et s'assurer de leurs compétences linguistiques et professionnelles afin de s'assurer de la prise en charge des patients en toute sécurité, dans le respect de la loi relative aux « Droits du patient » et de la réglementation qui s'impose aux dentistes. Un Ordre des Dentistes permettra ainsi à la Belgique la mise en conformité aux adaptations faites en 2013 à la Directive de reconnaissance des qualifications professionnelles (2005/36 CE) comprenant le mécanisme d'alerte et le contrôle de la connaissance de la langue.
- Assurer la sécurité des patients : Contrôler les mesures d'hygiène et de stérilisation dans les cabinets dentaires et sanctionner les pratiques dangereuses.
- Assurer un rôle de médiation : Assurer vis-à-vis du patient un rôle d'interlocuteur neutre et impartial de la profession garantissant l'écoute tout en veillant au respect du secret médical pour rétablir la relation de confiance avec le praticien soignant.
- Élaborer un code de déontologie évolutif et opposable aux praticiens : Contrôler et sanctionner les prises en charge inappropriées.
- Promouvoir le respect des droits des patients : Traiter les plaintes plus efficacement à l'instar de l'Ordre des Médecins.

- Lutter contre la fraude sociale : Accélérer les procédures judiciaires et sanctionner les dentistes impliqués dans des fraudes.
- Améliorer la collaboration entre praticiens et envers les organismes de soins (hôpitaux, cliniques privées, cabinets collectifs) : Superviser les contrats de collaboration et assurer une médiation en cas de conflit.
- Représenter la profession dentaire à l'échelle nationale et européenne : Défendre les intérêts des dentistes et contribuer à l'harmonisation des pratiques au sein de l'Union européenne, et garantir les échanges d'information entre Ordres nationaux.

### ***B. Hygiénistes bucco-dentaires***

Les données actuellement disponibles montrent une croissance très rapide des étudiants inscrits en formation ainsi que du nombre d'hygiénistes bucco-dentaires (HBD) en activités. Ces éléments doivent s'inscrire dans les perspectives d'évaluation de la force de travail des professionnels en charge de la santé bucco-dentaire de la population belge.

Malgré le manque de recul actuel par rapport à l'implémentation des HBD sur le marché, le GT Dentistes relève que le nombre d'inscrits en formation HBD pose deux problèmes :

1. La qualité et le personnel nécessaire à leur formation dans les Hautes écoles, ressources partagées avec la formation dentaire et donc les Universités,
2. La nécessité de mieux définir les besoins sur base d'un relevé précis des activités des diplômés qui pratiquent sur le territoire à l'issue de leur formation.

Le GT dentistes inscrit donc cette thématique dans ses perspectives de suivi prioritaire afin de pouvoir émettre les recommandations adéquates en termes de planification éventuelle et/ou impact sur les sous-quotas lorsque des données plus complètes seront disponibles.

### ***C. Santé bucco-dentaire et répartition géographique***

Pour la thématique d'accessibilité aux soins et son impact sur la planification, des travaux importants et de qualité ont été réalisés et sont régulièrement mis à jour.

Ainsi, la cellule de planification de l'offre des professions des soins de santé (SPF Santé Publique) a publié, en juin 2024, son rapport intitulé « Rapport final sur le couplage des données PlanCad pour la profession de dentiste (2017-2021) ».

Par ailleurs, le GT dentistes a pris connaissance, en mai 2024, d'une présentation de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale sur l'accessibilité aux soins dentaires qui a analysé la « question du conventionnement des soins » (Pierre MARISSAL).

On ne dispose cependant que de peu d'indicateurs fiables de santé bucco-dentaire et du vécu de la population qui peuvent être mis en relation avec l'accessibilité des soins tant physique (disponibilité des praticiens, problèmes de transport) que financière (praticiens conventionnés).

Actuellement, une étude dont l'objectif est d'analyser l'impact de l'offre de soins en fonction de différents paramètres (conventionnement, répartition géographique, spécialités...) sur la santé bucco-dentaire est en cours de finalisation de récolte des données.

Celles-ci sont enregistrées par questionnaire lors de l'enquête santé (Sciensano) en connexion avec un examen bucco-dentaire de la campagne d'enregistrement des données sur la santé bucco-dentaire de la population Belge (<https://www.sciensano.be/en/projects/oral-health-data-registration-and-evaluation-system>). Le questionnaire permet d'obtenir des données sur les seuils qui empêchent la visite dentaire, des indicateurs socio-économiques, la qualité de vie, des problèmes de santé en général et un choix limité des indicateurs de santé bucco-dentaire chez 10.000 personnes. Des indicateurs de santé bucco-dentaires (parodontie, caries, occlusion et fonction) sont collectés chez un sous-échantillon de +/- 2500 personnes. Une analyse statistique va permettre de croiser ces données et de faire la comparaison entre les zones d'accès faciles et celles d'accès difficiles aux soins, tout comme le taux de conventionnement. Un lien entre la fréquence de visite et des indicateurs de santé bucco-dentaire a été exploré pour la campagne OHDRES de 2012-13 (Bottenberg et al., 2019, DOI: 10.1111/cdoe.12484) mais une analyse géographique n'a pas été faite dans cet article.

Les résultats de cette étude seront présentés au GT dentistes par ses auteurs dans l'objectif de veiller à la meilleure articulation possible (voire analyse statistique si collaboration avec les auteurs des autres études dont celle relative à l'accessibilité en lien avec le conventionnement) entre les différentes ressources pour recommander à la commission fédérale de planification d'éventuels éléments à prendre en compte pour l'élaboration des scénarii alternatifs.

#### ***D. Stages d'étudiants de Master en cabinets privés***

Compte tenu d'un nombre important d'étudiants en formation, une université néerlandophone souhaite organiser une partie des stages actifs des étudiants de Master en cabinets privés, en dehors des lieux de stages universitaires.

Les membres du GT considèrent que cette disposition nécessite une analyse complémentaire car plusieurs points suscitent questionnements :

- La couverture « assurance professionnelle » des stagiaires,
- Les qualités académiques et pédagogiques des praticiens qui accueilleraient des stagiaires et les modalités de leur « agrément universitaire »,
- L'attestation des soins pour l'enregistrement des prestations des stagiaires de manière distincte de celles des praticiens.

De tels stages en cabinets privés sont déjà mis en place pour d'autres formations en soins de santé, comme pour les kinés sur base d'une convention établie entre les partenaires.

En complément à la concertation entre universités de la FWB pour évaluation du besoin voire de la pertinence d'organiser des stages en dehors des lieux de stages actuels, le GT se propose de rencontrer les interlocuteurs utiles (ex : assureurs...) pour élaborer un projet commun de convention qui, s'il est d'application, mettrait un cadre à ces stages pour garantir tant la qualité de l'encadrement que celle des soins réalisés, ainsi que leur sécurité.

