

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

SESSION 2025-2026

18 FÉVRIER 2026

RAPPORT

ANNUEL 2025 DE LA COMMISSION DE PLANIFICATION FRANCOPHONE DE
L'OFFRE MÉDICALE

Conformément à l'article 3 alinéa 4 du décret di 3 juin 2021 relatif à la planification de l'offre médicale en Communauté française, le rapport annuel 2025 de la Commission de planification francophone de l'offre médicale a été envoyé à la commission du Budget, de l'Enseignement supérieur et des Bâtiments scolaires en date du 18 février 2026.

RAPPORT ANNUEL

DE LA COMMISSION
DE PLANIFICATION
FRANCOPHONE DE
L'OFFRE MÉDICALE
2025

 **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 2025.....	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 2026.....	16
3.1.3. Perspectives et recommandations	18
3.2. Groupe de travail dentistes (GT dentistes)	20
3.2.1. Méthodologie, points abordés, priorités, informations collectées	20
3.2.2. Propositions de sous-quotas pour 2026	23
3.2.3. Perspectives et recommandations	24

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'État, 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.¹

Références légales

L'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État 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

¹ 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 française²

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 :*

² <https://gallilex.cfwb.be/textes-normatifs/49333>

- *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 composition³

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 ;

³ <https://gallilex.cfwb.be/textes-normatifs/52959>

- 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

Conformément à son règlement d'ordre intérieur, 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. Trois réunions plénières ont été organisées en 2025. Un comité restreint, appelé Bureau se réunit en fonction des nécessités afin de discuter de la méthodologie et d'échanger sur les travaux des groupes de travail médecins et dentistes. Les groupes de travail médecins et dentistes qui sont en charge des travaux sur diverses thématiques ainsi que des propositions de sous-quotas à destination de la plénière se sont, quant à eux, réunis respectivement dix et sept fois en 2025.

2. Sous-quotas 2025

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

Le tableau ci-dessous reprend le nombre d'attestations attribuées en médecine au regard des sous-quotas minimum proposés dans les spécialités en pénurie pour 2025 en dehors des candidats de l'Union européenne.

Spécialité	Propositions sous-quotas minimum	Attributions
Médecine générale	338	346
Pédiatrie	26	36
Gériatrie	16	15
Ophthalmologie	17	21
Anatomie pathologique	5	6
Biologie clinique	6	7
Psychiatrie adulte	26	23
Psychiatrie infanto-juvénile	10	12

Le tableau ci-dessous reprend le nombre d'attestations attribuées en dentisterie au regard des sous-quotas minimum proposés pour 2025 en dehors des candidats de l'Union européenne.

Spécialité	Propositions sous-quotas minimum	Attributions
Dentisterie générale	/	
Orthodontie	7	8
Parodontologie	3	4

3. Résumé des travaux

3.1. Groupe de travail médecins (GT médecins)

3.1.1. Méthodologie, points abordés, priorités, informations collectées

Plusieurs points abordés dans ce rapport comprennent des comptes-rendus d'échanges avec les personnes mentionnées et reflètent leurs avis ou points de vue.

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

Le GT médecins a poursuivi l'analyse des résultats de l'enquête auprès des hôpitaux. Cette enquête portait sur les souhaits d'engagement de médecins spécialistes dans les différentes spécialités pour les 10 prochaines années. Une trentaine d'hôpitaux, regroupant des hôpitaux régionaux de taille variable et les hôpitaux académiques de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) ont répondu. Ces hôpitaux représentent plus de 50% des lits hospitaliers dans notre communauté et constituent un échantillon représentatif des hôpitaux de notre communauté. L'enquête a permis de montrer que pour la plupart des spécialités, les souhaits d'engagement correspondaient quantitativement aux sous-quotas proposés par la commission de planification fédérale de l'offre médicale (ComPlanFédé), confirmant pour ces spécialités une bonne adéquation entre l'offre et la demande. Toutefois pour certaines spécialités, nous observons des souhaits d'engagement supérieurs ou nettement supérieurs aux propositions de sous-quotas, et pour d'autres spécialités, des souhaits d'engagements inférieurs ou nettement inférieurs. Les spécialités pour lesquels des souhaits d'engagements excédentaires étaient notés sont notamment la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la chirurgie et l'anesthésie. Les spécialités pour lesquels des souhaits d'engagements déficitaires étaient notés sont notamment la gériatrie et la psychiatrie. Ces discordances sont susceptibles d'amener des distorsions problématiques dans le fonctionnement des hôpitaux. Elles n'ont pas de raisons claires. Ces constats ont amené le GT médecins à planifier des rencontres avec les présidents des commissions d'agrément des spécialités correspondantes. Le contenu de celles-ci sera décrit dans le chapitre infra « *Entretiens avec les présidents des commissions d'agrément* ». Elles révèlent des raisons d'ordre divers pour ces discordances.

B. Enquête auprès des assistants en fin de formation

Cette enquête avait été confiée à IdeaConsult et elle a été clôturée le 14/10/2024. Elle 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%, à savoir 252 réponses sur 1.188 questionnaires envoyés. Cette enquête fouillée abordait un grand nombre de questions, avec comme objectif de mieux comprendre les choix de spécialisation des

assistants en formation, et leurs aspirations en termes d'organisation et de temps de travail.

Concernant la médecine générale (MG), le choix se fait au cours du cursus et notamment du master, ainsi que par intérêt pour la spécialité. Ce choix est confirmé par l'expérience au cours du stage. Il est souligné que, d'une manière générale pour toutes les spécialités et catégories de l'étude, le stage est primordial et déterminant pour le choix de la spécialité. Les intérêts principaux des assistants pour la MG sont la diversité de la patientèle, l'approche holistique, et le suivi à long terme des patients. On relève peu d'intérêt pour la recherche ou l'enseignement. On note l'importance de l'équilibre entre la vie professionnelle et vie privée pour les assistants en MG et en non hospitalier, ainsi que pour la liberté de choix du lieu d'activité et de la gestion de l'emploi du temps. Les assistants en MG indiquent une préférence pour le travail en équipe pluridisciplinaire. Un tiers souhaite s'installer dans un endroit paisible et proche de la nature. La majorité d'entre eux envisage un temps de travail aux alentours de 40 heures par semaine gardes incluses. 75% s'attendent à un revenu compris entre 3.000€ et 7.000€ net par mois. Leurs espérances professionnelles principales portent sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, le travail en équipe pluridisciplinaire, et un apprentissage continu tout au long de la carrière. Les trois quarts sont satisfaits de la formation en MG. Les insatisfactions sont liées au manque d'encadrement ou à la mauvaise relation avec le maître de stage (MS), ainsi qu'à la surcharge de travail ou à la garde.

Concernant la médecine spécialisée hospitalière, la majorité des assistants concernés privilégie le travail dans les grandes villes en raison de la proximité des hôpitaux. Le choix pour la spécialité s'effectue au cours des dernières années de formation, ainsi que par intérêt pour la spécialité. Ce choix est confirmé par l'expérience au cours du stage. La rencontre positive avec un MS ou un médecin spécialiste est déterminante dans nombre de cas. Les intérêts principaux des assistants pour les spécialités hospitalières sont le suivi des patients à long terme et la variété des carrières professionnelles rencontrées. Le choix principal pour ces spécialités hospitalières est lié au souhait d'éviter de travailler seul et à l'intérêt porté pour le travail en équipe pluridisciplinaire. La majorité d'entre eux envisage un temps de travail aux alentours de 40 heures par semaine gardes incluses. 75% s'attendent à un revenu compris entre 3.000€ et 7.000€ net par mois. Les points que nous retenons sont la proximité de l'hôpital, ainsi que sa qualité avec l'existence de ressources techniques sur place. Ce dernier élément nous invite à débattre de l'hypercentralisation des pathologies en milieu hospitalier et des conséquences possibles en termes de formation et d'installation future des jeunes médecins spécialistes.

Concernant la médecine spécialisée pratiquée en dehors de l'hôpital (dermatologie, ophtalmologie, ORL, notamment), le souhait principal des assistants concernés est l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ainsi que la gestion libre de leur temps de travail. Ils émettent le besoin d'avoir des infrastructures leur permettant de fonctionner correctement. Ils ont, pour la majorité d'entre eux, eu une satisfaction plus faible que les autres groupes par rapport à leur MS.

Le dernier volet concernait les spécialités pour lesquelles il y a peu de contact avec les patients (anatomie pathologique, médecine légale, radiologie, notamment). Les assistants concernés préfèrent travailler dans des grandes structures afin d'avoir un encadrement technique suffisant et un environnement favorable au bon fonctionnement de leurs pratiques. Leur souhait principal est d'avoir des horaires flexibles. Ils ont, pour la majorité d'entre eux, eu une grande satisfaction de leur expérience de stage.

D'une manière générale, cette enquête montre l'importance de la qualité de l'encadrement des assistants en formation ainsi que de la qualité de vie et de travail des médecins. Les contraintes pour satisfaire l'accès aux soins de santé pour la population doivent être compatibles avec l'épanouissement personnel des médecins. Les spécialités pour lesquelles ces conditions ne sont pas réunies risquent de rester ou d'évoluer vers une pénurie. La commission souhaite travailler sur la qualité des stages. Ceci pourrait être fait en intégrant les résultats d'une enquête programmée par le Conseil supérieur de la santé sur la qualité des stages et dont les résultats seront communiqués dans le courant de l'année 2025-2026 (cf. infra « *Rencontre avec Madame TACK, membre d'un GT du conseil supérieur de la santé sur la qualité des stages* »).

Des stages de qualité impliquent aussi un financement approprié. Une réflexion devrait être menée sur ce plan en concertation avec la commission des hôpitaux universitaires. Dans les zones en pénurie pour différentes spécialités, l'organisation de stages dans ces régions géographiques apparaît essentielle. Des initiatives pourraient être prises en concertation avec les hôpitaux mais aussi en concertation avec les bourgmestres des régions concernées. Dans cette optique, le GT médecins souhaite organiser une rencontre avec des bourgmestres de villes représentatives de taille variables (cf. infra « *Rencontre avec les bourgmestres d'une "petite" ville (Libramont) et d'une "grande" ville (Bruxelles)* »).

C. Entretiens avec les présidents des commissions d'agrément

a. Chirurgie

Une rencontre s'est tenue avec Monsieur WEERTS, président de la commission d'agrément en chirurgie, qui a informé qu'il n'y avait pas réellement de pénurie de chirurgiens actuellement, et qui a attiré l'attention sur la difficulté de la formation et du métier ainsi que sur les déperditions et abandons en augmentation. Il est donc primordial de réussir à effectuer une sélection appropriée des candidats afin de ne pas occuper des places de formation rares et chères pour finalement se retrouver face à des abandons.

b. Psychiatrie

Une autre rencontre a eu lieu avec Monsieur HEIN, président de la commission d'agrément en psychiatrie, qui signale un nombre de psychiatres insuffisant par rapport aux besoins du terrain. Il est donc nécessaire d'augmenter l'attractivité

de la profession et d'améliorer l'organisation des prises en charge impliquant différents acteurs de soins (psychiatre, psychologue, médecin généraliste).

c. Anesthésie

On remarque une grande sollicitation des anesthésistes en milieu hospitalier. Le nombre de candidats sélectionnés semble insuffisant, et jusqu'à présent le déficit est en partie compensé par des candidats non Belges. Il semble y avoir pour l'instant peu d'impact de l'IA ou des infirmiers anesthésistes sur la charge de travail et sur le nombre d'infirmiers anesthésistes. On note une diversification et une surspécialisation en anesthésie, avec un développement insuffisant de certains domaines comme l'algologie.

d. Gynécologie

On remarque une impression de déficit d'assistants et un problème pour l'organisation des gardes. Mais ce qui semble primer est l'organisation du service hospitalier et non pas l'emploi réel sur le terrain des futurs gynécologues. Il semble exister un déficit d'obstétriciens, avec des arrêts de travail à partir de 40 ou 50 ans. Celui-ci pourrait s'accroître dans les prochaines années. On note des problèmes liés à la surspécialisation qui engendrent notamment des difficultés pour les gardes et la continuité des soins par manque de gynécologues généralistes.

e. Gériatrie

Il est ressorti de l'enquête relative au cadastre des besoins en recrutement médical des hôpitaux de la FWB un souhait d'engagement des hôpitaux inférieur au quota de la ComPlanFédé, ce qui reste peu compréhensible car il y a un besoin évident de gériatres sur le terrain, et celui-ci va aller en s'accroissant. On note aussi actuellement une impression de déficit d'assistants et des problèmes de réorientations. Il semble donc important de travailler sur l'attractivité de la spécialité et sur l'amélioration de la qualité des stages. Dans le cadre de la mise en place du tronc commun de la médecine interne, il est prévu d'organiser un stage obligatoire en gériatrie afin que les jeunes en formation découvrent cette spécialité et idéalement que cela crée des vocations. Il est proposé de revoir l'obligation de la prescription d'un médecin généraliste pour la réalisation d'une évaluation gériatrique en hôpital de jour. Il faut également souligner que les services de gériatrie sont surchargés, et que les MS sont obligés de recourir à des médecins qui n'ont pas toujours la formation requise et qui n'ont pas le temps d'encadrer les médecins en formation, ce qui nuit à l'attractivité.

D. Rencontre avec la représentante de la fédération des maisons médicales

Cette rencontre avec Madame D'OTTREPPE, représentante de la fédération des maisons médicales (FMM) a été organisée dans l'objectif d'enclencher une discussion sur l'évolution des pratiques médicales de première ligne et notamment des pratiques

multidisciplinaires innovantes axées sur le partage des tâches. En effet, la question de la répartition des tâches entre les différents acteurs des soins est régulièrement soulevée car elle impacte l'organisation des soins et par là même les quotas. À la FMM, 85% des maisons médicales fonctionnent au forfait, 2.000 personnes y travaillent avec un âge moyen de 39 ans (généralistes, accueillants, psychologues, assistants sociaux, dentistes, podologues, diététiciens...), 75% sont des femmes, 50% de tous les travailleurs sont à temps partiel. A noter aussi que d'autres fédérations existent et qu'au total environ 10% des MG travaillent en maison médicale (MM) en Belgique avec une proportion plus élevée en FWB qu'en Flandre. Il est précisé par certains membres du GT médecins que les 10% de MG travaillant en MM ne soignent que 5% de la population, et que par conséquent, il faudrait augmenter nettement les effectifs des MG si on voulait couvrir l'ensemble des besoins des patients avec le modèle des MM.

La FMM est née il y a 40 ans suite à la grève des médecins. On remarque maintenant que les valeurs et le fonctionnement des FMM s'accordent de plus en plus aux besoins des jeunes médecins et autres professionnels des soins qui demandent une protection sociale (et donc un salariat), des temps de travail moins conséquents qu'auparavant, un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et un travail en équipe multidisciplinaire. En raison des problèmes de pénurie rencontrés ces derniers temps, de nombreuses études sont menées sur le bien-être des travailleurs des soins de santé. Certaines d'entre elles montrent clairement que le travail dans un réseau interdisciplinaire dans lequel on a confiance est un attrait pour les jeunes médecins, et par conséquent un incitant potentiel à l'installation dans les zones en pénurie. La plus-value du travail en interdisciplinaire est explicitement démontrée par ces études. Le fait d'avoir différents professionnels de la santé travaillant dans un même endroit permet une vision plus globale du patient. Les MM organisent au minimum une réunion par semaine, ce qui favorise une meilleure répartition du travail par rapport aux pénuries et surcharges de travail. Par exemple, un MG recevant un patient ayant mal au dos va directement l'envoyer voir le kiné de la MM pour faire une évaluation plus précise. Des co-consultations sont également mises en place au sein des MM avec deux professionnels de la santé et le patient qui fait partie intégrante de la réflexion. Selon Madame D'OTTREPPE, ce fonctionnement multidisciplinaire prouve aussi son efficacité d'un point de vue budgétaire.

E. Rencontre avec la représentante de la Ligue des usagers des services de santé

Le GT médecins a rencontré Madame LANNOY, représentante de la Ligue des usagers des services de santé (LUSS), qui est un organisme reconnu par les pouvoirs publics et dont le but principal est de contribuer à construire un système de santé à la fois qualitatif et accessible. Pour les usagers, l'impression de pénurie sur le terrain concerne les spécialités suivantes : psychiatrie, ophtalmologie, rhumatologie, neurologie, dermatologie, immunologie, dentistes, médecins généralistes et infirmiers. Au-delà du déficit, on insiste sur l'état d'épuisement des soignants et sur les situations de tensions et d'agressivité qui en découlent. On signale également une perte de repères des malades par rapport au système de soins de première ligne et

hospitaliers. Les coûts des frais de transport peuvent être un frein pour l'accès aux soins. L'isolement, la misère financière, sociale ou intellectuelle, le déni, les personnes qui ne parlent aucune langue nationale sont des éléments rendant les personnes plus fragiles avec un accès aux soins plus difficile.

F. Rencontre avec Madame TACK, membre d'un GT du conseil supérieur de la santé sur la qualité des stages

Le GT médecins a rencontré Mesdames TACK et LEMINSE qui ont présenté les principales recommandations sur l'application de critères de qualité pour les stages de médecins spécialistes en formation (MSF). C'est à la demande du ministre de la santé publique que le conseil supérieur a travaillé sur le sujet et a remis 5 avis cette année concernant le développement d'un cadre de qualité et d'un système d'évaluation et de monitoring de la qualité.

Ces 5 avis forment un tout cohérent :

- L'avis A émet des propositions de normes et d'indicateurs pour des stages de qualité.
- L'avis B ajoute des propositions de normes et d'indicateurs pour une coordination, un accompagnement, et un suivi qualitatif des stages. Il précise les rôles et responsabilités dans la formation des médecins spécialistes.
- L'avis C propose une réforme du système d'agrément avec notamment une clarification d'éléments issus de la législation et du cadre de référence ainsi qu'une proposition de profils pour les acteurs de la formation.
- L'avis D propose la mise en place d'un système d'évaluation et de monitoring de la qualité des stages des MSF.
- L'avis E ajoute les opportunités d'une plateforme reprenant les informations relatives aux offres de formation des services de stage agréés.

Les membres du GT médecins estiment que dans l'ensemble, ces mesures devraient avoir un effet bénéfique sur la qualité des stages. Ceci est très important, notamment pour les spécialités en pénurie, compte tenu de l'impact de ces stages sur les choix des médecins spécialistes en formation. Les membres du GT médecins insistent toutefois sur l'impossibilité de rencontrer ces objectifs sans une révision du financement de ces stages et du rôle de MS.

G. Enquête de la coordination francophone pour la formation en médecine générale sur les zones en pénurie pour la médecine générale

Le GT médecins a rencontré Monsieur LAMBERT. Le Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG) a mené une enquête avec la mise en place d'un plan d'action en vue de favoriser les stages en MG dans le milieu rural et dans les zones en pénurie (ZP). Ce travail a été mené avec 1.000 assistants. L'idée générale est d'activer la profession dans le milieu rural et les ZP, en améliorant la qualité des stages notamment. Des recommandations ont été faites :

- six mois de stages obligatoires répartis sur tout le territoire ;
- limitation du nombre de stages par MS, et ainsi avoir plus de stages en milieu rural et en ZP ;

- limitation des « mauvais stages » par un processus de tri ;
- réalisation de stages dès le master.

Des études sont envisagées pour 2025-2026 : le profilage des MG pour assurer des matchings de qualité ; l'élaboration d'un cadastre des trajectoires des étudiants en médecine, assistants en MG, et jeunes médecins généralistes.

On constate à nouveau que l'expérience de stage est majeure. Il est primordial de faire en sorte que les stages se passent bien.

H. Rencontre avec les bourgmestres d'une "petite" ville (Libramont) et d'une "grande" ville (Bruxelles)

Le GT médecins a tout d'abord rencontré Madame CRUCIFIX, bourgmestre de Libramont. Il semblerait qu'il n'y ait pas réellement de pénurie de médecins à Libramont. Il a été mis en place une structure d'accueil, avec notamment des logements, pour les assistants en MG et pour les jeunes médecins. On trouve également dans la commune un taxi social et des bénévoles de la Croix-Rouge. La politique proactive et le microcosme qui se mobilise semblent efficaces sur le terrain. Ces éléments pourraient servir d'exemple pour l'amélioration de la situation dans d'autres communes de petite taille où la pénurie notamment en MG se fait plus durement sentir.

Le GT médecins a ensuite rencontré Monsieur CLOSE, bourgmestre de Bruxelles. La plupart des réponses de Monsieur CLOSE concerne la région de Bruxelles et pas seulement la ville de Bruxelles. Ici aussi, des mesures ont été prises et des choses sont mises en place pour favoriser l'implantation des médecins, notamment généralistes, ainsi que des dentistes, et pour optimiser l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. Les MM au forfait semblent rencontrer un beau succès à Bruxelles et répondre à une demande de la population. Une meilleure coordination devrait exister entre les MM ainsi que les cabinets de médecine générale et les réseaux hospitaliers pour favoriser la continuité des soins. La médecine préventive reste actuellement insuffisamment développée à Bruxelles et il existe une volonté pour mieux la déployer. Un effort doit également être fait pour optimiser la prise en charge post-hospitalière des patients. A noter que la commune de Bruxelles n'est pas nécessairement représentative de la région de Bruxelles qui est hétérogène.

I. Collaboration avec la commission des hôpitaux universitaires

Plusieurs échanges ont eu lieu entre les membres du GT médecins, et une réunion formelle a eu lieu avec les membres de la commission des hôpitaux universitaires, dans le contexte de la réforme en cours du paysage hospitalier par le ministère fédéral de la santé.

Ces échanges et rencontres avaient pour motivation les éléments suivants :

- l'importance de la qualité des stages dans les domaines et les régions en pénurie et donc de l'organisation de ces stages passant souvent notamment par les hôpitaux universitaires et leurs MS ;

- l'importance du maintien et de la promotion des cliniciens-chercheurs dans les hôpitaux universitaires pour conserver en FWB une culture de la recherche et de l'innovation nécessaire au bon fonctionnement de l'ensemble des structures de soins ;
- la nécessité d'intégrer les hôpitaux non universitaires dans cette dynamique d'enseignement, de formation et de recherche, en partenariat avec les hôpitaux universitaires.

Ces motivations importantes impliquent non seulement une organisation optimale mais aussi un financement approprié des structures impliquées dans la recherche et la formation. Les deux commissions ont validé un document rédigé par Georges CASIMIR, président de la ComPlanFr, et reprenant le contexte et des propositions stratégiques.

Celles-ci incluent :

- le financement spécifique des missions universitaires,
- le soutien financier à la formation clinique des assistants en milieu universitaire et non universitaire,
- la valorisation et la facilitation de la recherche clinique indépendante,
- un pilotage et une coordination inter-institutionnelle à un échelon supra-régional.

J. *Réflexion sur les scénarios alternatifs*

Les travaux de la ComPlanFédé concernant les médecins ont repris, et il a été demandé aux communautés de proposer des scénarios alternatifs.

Le GT médecins de la ComPlanFr a donc créé un sous-GT à ce sujet qui a rencontré Mesdames Christelle DURAND et Pascale STEINBERG afin de faire le point sur la méthodologie.

Ce sous-GT a également rencontré des représentants de la commission de planification de l'offre médicale de la Communauté flamande pour discuter de sa méthodologie ainsi que des avis qu'elle a produits. Ainsi, deux réunions en visioconférence ont été organisées avec le secrétariat de la commission de planification de l'offre médicale de la Communauté flamande, dans le but d'homogénéiser les méthodes de travail et de se mettre d'accord sur les modalités de calcul des taux de déperditions.

Le sous-GT relatif aux scénarios alternatifs a ensuite organisé une réunion de laquelle est ressortie une série d'éléments sur lesquels travailler :

- Développer le scénario de l'autonomie (cf. infra « *Scénario de l'autonomie et augmentation du quota fédéral* »).
- Actualiser les taux de déperdition qui semblent plus élevés qu'annoncé.
- S'intéresser aux arrêts en cours de formation/spécialisation pour lesquels nous avons reçu de nombreux témoignages.
- Revoir la réduction du temps de travail qui semble plus accentuée que prévu.
- Examiner les évolutions épidémiologiques de nos sociétés qui vont amener à des changements de pathologies.
- Déterminer les spécialités en pénurie.

- Enquêter sur l'hétérogénéité de répartition sur le territoire.

Les travaux de ce sous-GT vont se poursuivre en 2026.

3.1.2. Constats principaux et propositions de sous-quotas pour 2026

Le travail de sensibilisation fait annuellement dans les facultés de médecine de la FWB et le maintien des quotas minimum dans les spécialités en pénurie a permis à nouveau en 2025 d'attribuer un nombre suffisant d'attestations de formation dans ces spécialités en pénurie, en particulier la MG. Le recrutement dans diverses spécialités hospitalières en pénurie, comme la gériatrie ou l'anatomie pathologique, reste plus difficile et nécessitera des efforts supplémentaires d'information et de sensibilisation.

Le nombre total des attestations attribuées en 2025 en FWB, incluant les médecins de l'Union Européenne est de 882.

Les nombres suivants d'attestations ont été attribués spécifiquement pour les spécialités en pénurie, à savoir 466 au total :

Médecine générale	345
Pédiatrie	36
Gériatrie	15
Ophtalmologie	21
Anatomie pathologique	6
Biologie clinique	7
Psychiatrie adulte	26
Psychiatrie infanto-juvénile	10

Si la première ligne de soins et la MG sont clairement sous tension avec des difficultés nettes notamment dans certains quartiers des grandes villes et dans certaines régions rurales, c'est aussi le cas de certaines spécialités hospitalières, dont la gériatrie mais aussi certaines non actuellement considérées comme en pénurie. Cette tension hospitalière pour des spécialités non en pénurie est en partie liée à l'organisation hospitalière et au rôle central joué par les médecins spécialistes en formation dans ces activités hospitalières, y compris la garde et les activités assurant la continuité des soins. Dans ce contexte et même si une correction en faveur du développement et de la consolidation de la première ligne de soins est souhaitable à moyen terme, cette correction doit être progressive de manière à ne pas déstabiliser et mettre en péril tout le système. Par ailleurs si les facultés peuvent informer et sensibiliser sur les spécialités en pénurie, elles ne disposent pas de pouvoir coercitif pour amener les jeunes médecins vers ces spécialités ; et un maintien à un accès suffisant aux autres spécialités est nécessaire pour éviter un excès de jeunes médecins sans attestation de formation en médecine spécialisée (000), ce qui, en dehors des pratiques médicales utiles hors INAMI (mutuelles, assurances, médecine du travail, médecine légale etc...), représente un gaspillage de ressource potentiellement important.

Dans ce contexte, suite à des discussions entre les membres du GT médecins et à des divergences d'opinions, il en est ressorti que la plupart des membres plaide pour une détermination des quotas en nombre absolu plutôt qu'en nombre relatif (ou pourcentages). Même si des quotas relatifs ont du sens en termes de planification et de répartition des ressources, leur strict respect lors de l'attribution expose à un risque accru d'un nombre croissant de médecins 000. En outre, l'analyse des attestations distribuées au cours de 3-4 dernières années montre un dépassement répété par rapport aux sous-quotas suggérés par les chiffres de la ComPlanFédé dans certaines spécialités, notamment le radiodiagnostic et la chirurgie orthopédique. Il est dès lors suggéré pour ces spécialités d'introduire des quotas maximum, en plus des quotas minimum pour les spécialités en pénurie. Pour les spécialités en pénurie, la ComPlanFr propose de maintenir, pour la plupart, les mêmes qu'en 2025, avec toutefois l'ajout de la médecine physique et de la médecine d'urgence pour lesquelles les attestations de formation ont été constamment en dessous des nombres suggérés par la ComPlanFédé. En outre, il est proposé de supprimer la pédiatrie pour laquelle les attestations attribuées ont été plutôt en excès par rapport aux suggestions de la ComPlanFédé.

Au total, les propositions sont donc les suivantes pour 2026 :

	Sous-quotas minimum
Médecine générale	338
Médecine d'urgence	47
Gériatrie	18
Médecine physique	12
Anatomie pathologique	8
Biologie clinique	12
Psychiatrie adulte	27
Psychiatrie infanto-juvénile	10
	Sous-quotas maximum
Radiodiagnostic	20
Chirurgie orthopédique	18

Enfin, le GT médecins a accueilli très favorablement l'invitation de la ComPlanFédé à alimenter la réflexion sur les modèles prédictifs et en particulier à faire des propositions spécifiques, éventuellement régionales, pour le développement de scénarios alternatifs.

En résumé, les changements en termes de sous-quotas par rapport à l'année dernière sont les suivants :

- Pour les sous-quotas minimum :
 - L'ajout de la médecine d'urgence et de la médecine physique qui se justifie sur la base des arguments suivants : nombre insuffisant d'attestations attribuées au cours des dernières années au regard des chiffres générés par la ComPlanFédé et, en particulier pour la médecine d'urgence. Cette proposition se fonde sur des retours du terrain décrivant un manque important de médecins.

- La suppression de la pédiatrie et de l'ophtalmologie qui se justifie par les éléments suivants : attestations de spécialisation attribuées en excès dans ces spécialités au cours des dernières années par rapport aux chiffres générés par la ComPlanFédé. Cette proposition se base également sur des retours en provenance du terrain décrivant plutôt des difficultés d'accès aux soins et d'organisation de la continuité des soins (déconventionnement et hétérogénéité d'installation sur le territoire pour l'ophtalmologie et déficit de pratique hospitalière pour la pédiatrie) qu'un nombre de spécialistes insuffisant.
- Pour les sous-quotas maximum : l'ajout de la spécialité radiodiagnostic ainsi que de la chirurgie orthopédique en raison d'attestations attribuées en excès au cours des dernières années dans ces spécialités au regard des chiffres générés par la ComPlanFédé et de l'absence de pénurie ressentie dans ces domaines.

3.1.3. Perspectives et recommandations

Au-delà de ces propositions de sous-quotas qui représentent la mission principale de la ComPlanFr, nos travaux et échanges avec différentes instances, résumés ici plus haut, nous incitent à développer une série de perspectives et de recommandations.

En lien avec les travaux en cours au sein de la ComPlanFédé, le GT médecins poursuivra sa réflexion sur la proposition de scénarios alternatifs :

- Le scénario de l'autonomie : il s'agit du scénario déjà proposé par la ComPlanFédé et auquel la ComPlanFr contribuera (cf. explications détaillées infra « Scénario de l'autonomie et augmentation du quota fédéral »).
- Le taux de déperdition : les taux de déperdition observés dans la formation en médecine et dentisterie sont systématiquement plus élevés que ceux observés en Flandre. Le monitoring de ceux-ci est donc prioritaire car ces taux sont actuellement inférieurs à la réalité. Par ailleurs, cette situation nécessite une réflexion sur l'adéquation entre la formation dans le secondaire et les attendus pour une formation universitaire qualitative.
- L'équilibre de l'accessibilité aux soins entre les deux communautés : le niveau d'accès aux soins est actuellement inférieur en FWB. Le souhait serait donc que ce niveau soit rehaussé au niveau de celui de la communauté flamande. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer de données afin de démontrer les différences de niveaux d'accès aux soins et les raisons de ces différences entre les deux communautés. Il s'agirait, par exemple, des aspects socio-économiques, du nombre de patients traités par médecin, des délais d'attente, des temps de déplacement des médecins en fonction des territoires... Cette position doit s'appuyer sur des données fiables chiffrées, précises, concrètes, pragmatiques et convaincantes. L'objectif est de pouvoir proposer des pistes de solutions pour arriver à une équivalence d'accès aux soins pour les patients en FWB et en Flandre.

La qualité des stages dans les zones en pénurie (ZP) ou en milieu rural et dans les spécialités en pénurie semble un des leviers les plus puissants pour augmenter les jeunes médecins dans ces régions et dans ces domaines. Il est donc essentiel de veiller à l'organisation de ces stages qualitatifs en collaboration avec les responsables universitaires des masters de spécialisation et leurs collègues MS. Ces stages qualitatifs ont un impact financier pour les structures qui les mettent en place. Cette dimension financière ne peut pas être ignorée. En outre, une réflexion pourrait être menée sur l'opportunité de soutenir davantage le développement des stages de MG en milieu rural et en ZP. Dans ce cadre, la volonté des MG de supprimer l'obligation de stage en hospitalier pourrait amener à la possibilité de remplacer les six mois de stage hospitalier par six mois de stage effectués en milieu rural ou dans des ZP.

Plusieurs situations d'accès difficiles aux soins généraux ou spécialisés en FWB ne sont en fait pas liés à un manque quantitatif de médecins dans ces spécialités mais plutôt soit à une hétérogénéité de répartition territoriale de ces médecins, dentistes ou spécialistes, soit à un nombre insuffisant de plages conventionnées pour certaines prises en charges (ophtalmologie par exemple), soit à un nombre insuffisant de spécialistes pratiquant certaines activités (menace pour l'obstétrique par exemple) ou pratiquant en milieu hospitalier ou contribuant aux rôles de garde (pédiatrie par exemple). Ces problèmes dépassent le spectre d'action de la ComPlanFr et même de la FWB, et leur résolution nécessite donc une action concertée impliquant différents niveaux de pouvoir. C'est dans cet esprit que nous avons rencontré à titre exploratoire deux bourgmestres (de petite et grande ville). Ces rencontres ont permis de montrer que des initiatives existent ou sont possibles par exemple pour favoriser l'installation de médecins dans certaines régions en pénurie ou pour favoriser certains types de pratiques permettant la prise en charge globale des patients (notamment les MM multidisciplinaires).

Pour répondre aux besoins de prise en charge et de soins médicaux de la population de la FWB, outre une adaptation du nombre de médecins formés, au total et dans les différentes spécialités, une réorganisation et une régulation des pratiques médicales est nécessaire. Cette réorganisation sort des prérogatives de notre commission mais les informations et réflexions récoltées au cours de nos travaux permettent de proposer des pistes qui devraient faire l'objet de discussions avec les différents niveaux de pouvoir impliqués dans l'organisation de la pratique médicale en Belgique. Nous plaçons donc pour l'organisation de ce type de rencontres entre les différents niveaux de pouvoir avec comme priorités :

- La répartition appropriée des acteurs des soins de santé sur le territoire.
- L'accès à des soins conventionnés dans tous les domaines pour l'ensemble de la population.
- L'organisation des gardes et de la continuité des soins.
- La répartition du travail entre les différentes lignes de soins.
- Le maintien et le développement par un financement approprié des activités d'enseignement et de recherche par les hôpitaux universitaires en collaboration avec leurs partenaires non universitaires.

Enfin, les enquêtes réalisées auprès des jeunes médecins et des candidats spécialistes soulignent une tendance constamment accentuée vers une diminution du temps de travail.

Même si on peut comprendre ce souhait dans le cadre d'une préservation de la qualité de vie, notamment individuelle et familiale, il est important de souligner que les métiers de médecin et de dentiste impliquent une responsabilité sociale majeure et la nécessité de maintenir une continuité des soins suffisante et d'assurer des gardes de qualité. Les médecins et dentistes ne peuvent pas se dérober face à ces responsabilités sociales.

3.2. Groupe de travail dentistes (GT dentistes)

3.2.1. Méthodologie, points abordés, priorités, informations collectées

A. Création d'un ordre des dentistes

Suite aux travaux menés en 2024 par le GT dentistes, il était ressorti que la création d'un ordre des dentistes en Belgique était 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.

En 2025, ce point a été transmis aux deux Académies de médecine (francophone et néerlandophone) qui se sont accordées pour émettre un avis favorable sur la création d'un ordre des dentistes. Cet avis sera prochainement remis aux autorités compétentes.

B. Critères de nomination des maîtres de stage coordinateurs

Pour ce qui concerne en particulier l'orthodontie, les dispositions légales relatives aux critères d'agrément des maîtres de stage coordinateurs (MSC) et centres de formation sont devenues extrêmement difficiles à appliquer dans certaines facultés universitaires. Le problème n'est pas lié au nombre de MS (externes) mais principalement aux critères à respecter pour recruter un maître de stage coordinateur.

En effet, il existe une pénurie de praticiens dans ces disciplines, et le nombre de candidats formés chaque année reste très limité. Dès lors, si l'une des universités ne peut plus assurer cette formation, les conséquences sont majeures en raison du faible effectif concerné. Cela compromet non seulement l'accès à la formation pour les futurs candidats, mais met également en péril la poursuite du cursus pour ceux qui sont déjà engagés, sachant que la formation s'étale sur trois ans pour la parodontologie et quatre ans pour l'orthodontie.

Les critères portant sur le temps de travail et sur l'équipe associée au MS pour assurer la formation sont également restrictifs. La définition du temps plein n'est, par ailleurs, pas identique partout. La question du nombre d'années de pratique (obligatoirement sur le territoire belge ou non, depuis l'obtention du diplôme ou de l'agrément) est également sujette à interprétation dans le texte en vigueur.

Sur base de ces constats, le GT dentistes a formulé en 2024 une proposition de modifications de ces critères afin de coller à la réalité du terrain et de s'aligner sur les dispositions applicables aux médecins.

La requête la plus importante portait sur la thèse de doctorat en proposant de la remplacer par une valorisation des acquis d'expérience avec notamment une activité scientifique active (un article en premier auteur dans les cinq dernières années).

Cette proposition, jointe en annexe, a été adressée au Conseil de l'art dentaire (CAD) qui a créé un GT spécifique sur le sujet. Ce GT du CAD était initialement en accord avec la proposition, mais la venue de nouveaux membres a retourné la situation et le critère de la thèse de doctorat a été maintenu. Suite à cela, le GT dentistes a renvoyé un mail pour rappeler la proposition d'alignement des critères des MSC en orthodontie et en parodontologie à ceux des médecins, à savoir faire preuve d'une activité scientifique active (un article en premier auteur dans les cinq dernières années). Or, ce mail n'a pas été considéré par le GT du CAD comme une nouvelle proposition et il n'a donc pas été pris en compte.

En conclusion, les suggestions ont été soumises aux votes du CAD et malgré certains votes d'opposition et d'abstention, le critère de la thèse de doctorat a été maintenu. Néanmoins,

les demandes relatives au temps plein et aux 6 années d'ancienneté à prendre en compte sur le territoire européen ont bien été acceptées.

Ce critère de la thèse de doctorat, qui fait exception dans le paysage et n'existe que pour l'orthodontie et la parodontologie, est une aberration qui pose de réels problèmes au sein de nos facultés. C'est pourquoi le GT dentistes a décidé d'interpeller les autorités compétentes sur les risques que cette situation fait peser sur les facultés de médecine dentaire qui pourraient se retrouver sans possibilité de former de nouveaux dentistes. Il ne semble pas y avoir de raisons objectives de maintenir une telle exigence pour les dentistes alors que ce n'est pas le cas pour les médecins.

C. Scénario de l'autonomie et augmentation du quota fédéral

Les effets de la directive européenne 2005/36/CE du 07/09/2005 sont significatifs et complexes avec un impact non négligeable sur la détermination des quotas fédéraux. Tenant compte de celle-ci, la réglementation fédérale prévoit que les diplômés non belges sont hors quota fédéral car cette directive consacre le principe fondamental de la libre circulation des professionnels au sein de l'Union européenne, en imposant aux États membres la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles de certaines professions, dont les médecins et les dentistes.

Cette reconnaissance automatique signifie qu'un diplôme obtenu dans un autre État membre de l'Union européenne ouvre, en principe, un droit d'accès à la profession dans l'État d'accueil, sans que celui-ci puisse imposer des limitations quantitatives ou des procédures supplémentaires fondées sur des considérations de planification nationale de l'offre de soins. Ainsi, les quotas fédéraux ne peuvent s'appliquer qu'aux diplômés belges, alors que le nombre de diplômés issus d'autres États membres, susceptibles de s'installer en Belgique à tout moment, échappe par nature à toute prévision et à tout contrôle quantitatif national.

Un scénario de l'autonomie a d'ailleurs été développé par la Cellule de planification pour estimer l'impact d'un tarissement du flux d'entrée en Belgique de professionnels formés à l'étranger. Ce scénario est notamment repris dans l'exposé de l'avis formel 2022_02 de la ComPlanFédé⁴ Il formule l'hypothèse que si l'afflux de médecins ou dentistes étrangers cessait, des pénuries critiques apparaîtraient, prouvant que le système actuel n'est pas stable. Cette situation crée une dépendance structurelle et empêche une véritable maîtrise de l'offre de soins. Elle rend le système de santé vulnérable aux fluctuations internationales, que ce soit en termes de disponibilité des compétences ou d'ajustement aux normes belges.

Dans un contexte européen où la libre circulation des travailleurs s'impose, la seule véritable marge de manœuvre consisterait à former plus de diplômés sur place.

L'accord intervenu au sein du Conseil des Ministres fédéral en mai 2025 prévoit qu'à partir de 2026-2027, le scénario de l'autonomie sera analysé par la ComPlanFédé. Il sera ainsi question d'étudier la « neutralisation » dans la détermination du quota fédéral, de l'impact des

⁴ [Avis formel 2022_02 de la Commission de planification de l'offre médicale](#)

médecins ou dentistes diplômés à l'étranger sur la planification nationale, en concertation avec les commissions de planification des communautés. En d'autres termes, le principe de ce scénario repose sur le fait que les médecins ou dentistes étrangers issus de l'Union européenne ne puissent plus être pris en compte dans la détermination des quotas fédéraux, ce qui permettrait de dissocier les flux de diplômés belges de l'arrivée de praticiens formés à l'étranger. Cette approche présente l'avantage de permettre à la Belgique de réfléchir de manière stratégique à sa capacité de formation et à l'équilibre de son offre médicale, sans dépendre des flux souvent imprévisibles de professionnels étrangers.

En ce qui concerne plus particulièrement la filière en sciences dentaires, la prise en compte du scénario de l'autonomie pourrait engendrer une augmentation impactante du quota fédéral, ce qui soulève des difficultés en termes de formation avec la nécessité d'avoir du matériel, des locaux et du personnel d'encadrement spécifique à cette discipline. Au vu des plus petits nombres dans cette filière par rapport à celle de la médecine, une augmentation trop rapide et trop importante du nombre d'étudiants risque de créer des problèmes au niveau de la qualité de la formation.

En outre, il est à noter que le matériel coûteux utilisé pour former les dentistes est partagé avec les hygiénistes bucco-dentaires (HBD) dont le nombre d'étudiants a récemment explosé, ce qui pose déjà des problèmes aujourd'hui en termes de formation qualitative.

Le GT dentistes a donc créé un sous-GT dont l'objectif est de rédiger une note succincte, claire et précise, afin d'expliquer aux autorités compétentes les impacts d'une augmentation éventuelle à venir et les besoins y afférents.

3.2.2. Propositions de sous-quotas pour 2026

Pour établir les sous-quotas 2026, 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	106
Dentistes spécialistes en parodontologie	4
Dentistes spécialistes en orthodontie	7

Le GT dentistes de la ComPlanFr propose les sous-quotas minimum suivants pour l'année 2026 :

Dentistes spécialistes en parodontologie	3
Dentistes spécialistes en orthodontie	7

3.2.3. Perspectives et recommandations

Le GT dentistes a validé les 2 thématiques qui seront traitées prioritairement durant la prochaine année.

1. Impact de l'augmentation éventuelle du quota fédéral sur la formation

La réflexion sera menée sur base d'un cadastre des ressources actuelles pour proposer une note et si possible des pistes aux autorités compétentes en lien avec une augmentation éventuelle du quota fédéral, comme évoqué précédemment.

Cette note concernera en priorité la formation des futurs dentistes mais vu le partage des équipements avec celle des HBD, il sera nécessaire d'impliquer les représentants de cette formation pour établir une description complète en termes de ressources tant matérielles qu'humaines afin de garantir la qualité de ces 2 formations essentielles.

A propos de cette profession récemment créée, il sera probablement nécessaire d'envisager différents scénarios de développement, en s'inspirant des pratiques existantes dans la Communauté flamande et dans d'autres pays européens. La question d'une éventuelle sélection à l'entrée de la formation devra également être considérée, en fonction de la disponibilité des ressources et de la capacité à assurer une formation de qualité.

2. Taux de déconventionnement et pratiques de groupe

Le taux de déconventionnement des dentistes est important en FWB : certaines données sont déjà disponibles et le ministre fédéral de la santé y est attentif. Le GT dentistes souhaite réfléchir à certaines recommandations qui pourraient être faites compte tenu de différents éléments :

- Le taux de déconventionnement est documenté et il s'avère qu'il est étroitement lié à une répartition géographique ;
- Il est particulièrement important pour les spécialités en orthodontie et parodontologie mais cela pourrait être liée au fait que les actes de ces disciplines (surtout orthodontie) soient mal valorisés ;
- Une réflexion spécifique devrait avoir lieu concernant les étudiants en master de spécialisation (stagiaires) qui ne sont contraints de rester conventionnés que pour les 3 premiers mois de leur stage (après la fin de leur master) ;
- Un point essentiel, et à ce stade probablement peu documenté, est le développement de cabinets de groupe gérés par des organismes dont l'intérêt financier constitue très certainement une sollicitation au déconventionnement des praticiens qui y travaillent.

Vu l'impact majeur de ces taux élevés de déconventionnement dans l'accès aux soins pour une partie importante de la population et compte tenu du fait que la FWB a pour compétence les agréments des spécialistes, il est de notre responsabilité de prendre en considération ces différents éléments afin de pouvoir recommander des pistes appropriées en complément de celles qui seront proposées par le ministre fédéral de la santé.

