

6 ans dans les dents !

Utilité de continger les dentistes en Belgique à l'heure de la libre circulation en Europe

Mémoire réalisé par
Corinne MICHEL

Promoteur
Patrick SCARMURE

Lecteur
Malo BEGUIN

Année académique 2016-2017
Master en Sciences de gestion

Résumé

Dans une économie de marché, on s'en réfère à la loi de l'offre et de la demande pour réguler le marché. A quelques exceptions près, dont les soins de santé. En 1971 en France et 1996 en Belgique, un numerus clausus a été instauré par les pouvoirs publics pour limiter l'accès aux professions liées à la médecine et à la dentisterie. Beaucoup d'autres pays européens réglementent également l'accès aux professions médicales.

Le numerus clausus a été mis en place pour garantir une qualité de formation des étudiants et une qualité de soins suffisante à la population, en s'assurant que chaque praticien aurait assez de travail pour exercer son art. C'est en tout cas de la sorte que les promoteurs du système l'ont vendu. Mais il est vite apparu que le contingentement a aussi fait son apparition pour maîtriser l'augmentation des dépenses publiques, suivant cette théorie : une suroffre médicale entraînerait une surconsommation de soins, aux dépens de l'Assurance Soins de Santé.

Dans ce mémoire, nous nous sommes penchés sur le cas de l'encadrement de la pratique dentaire en Belgique, moins étudié et moins médiatisé que la médecine. Car le contingentement et ses modalités d'application font débat, dans un contexte de pénurie supposée. Qui fixe les quotas et comment sont-ils définis ? Nous nous pencherons sur le travail de la Commission de Planification de l'offre dentaire en Belgique et sur les paramètres utilisés pour formuler ses recommandations de quotas. Nous découvrirons que ces chiffres ne se basent pas toujours sur des données objectives, mais aussi sur des suppositions. Nous verrons aussi l'impact qu'a eu le non-respect du numerus clausus en Communauté française, mais aussi celui de sa stricte application en Flandre.

Surtout, nous constaterons que le contingentement de la profession ne s'est pas adapté à la libre circulation européenne. Le système en l'état défavorise les Belges puisque les dentistes ne sont pas soumis à une quelconque restriction, bénéficiant de la libre circulation européenne et de la reconnaissance automatique de leur diplôme. Cette situation peut mettre en péril la qualité des soins puisque les études de dentisterie ne sont pas harmonisées.

Enfin, ce mémoire propose une série de solutions permettant de concilier contingentement de la profession et libre circulation imposée au niveau européen, et qui tentent de redonner autant de chances aux Belges qu'aux diplômés à l'étranger.

Table des matières

Résumé.....	2
Glossaire.....	6
Index des figures.....	7
Index des tableaux.....	7
Index des annexes.....	8
Introduction.....	9
Partie 1 Exposé de la problématique et justifications économiques.....	11
Chapitre 1 Exposé de la problématique.....	11
1.1 En France.....	12
1.2 En Belgique.....	15
Chapitre 2 Justifications économiques.....	17
Partie 2 Étude empirique : Numerus clausus en dentisterie en Belgique.....	28
Chapitre 3 Conditions d'exercice de la dentisterie en Belgique.....	28
3.1. Généralités.....	28
3.2. Intervention du quota en dentisterie.....	31
1.3 Compétences.....	32
Chapitre 4 Planification de l'offre médicale en Belgique.....	34
4.1. Présentation.....	34
4.2. Analyse du scénario de base.....	35
4.2.1 Analyse de l'offre.....	35
Paramètre 1 : nombre d'étudiants inscrits pour la première fois en 1ère année de dentisterie.....	36
Paramètre 2 : taux de réussite.....	37
Paramètre 3 : le taux de stage.....	37
Paramètre 4 : répartition par spécialités.....	39
Paramètre 5: taux d'achèvement et paramètre 6 : taux d'enregistrement.....	41
Paramètre 7 : répartition par nationalité et paramètre 8 : répartition par sexe.....	42
Paramètre 9 : l'influx de professionnels étrangers formés à l'étranger.....	42
Paramètre 10 : taux de survie.....	44
Paramètre 10 bis : taux de survie bis.....	44
Paramètre 11: taux de participation.....	45
Paramètre 12: répartition selon le secteur d'activité.....	45
Paramètre 13: taux d'activité.....	46
4.2.2. Analyse de la demande.....	48
4.2.3. Récapitulatif.....	50
4.3. Scénario alternatif.....	55
4.3.1. En Flandre.....	56
4.3.2. En Communauté française.....	57
4.3.3. Dentistes-spécialistes.....	58

Chapitre 5 Qualité des soins dentaires.....	62
5.1. Formation universitaire de base.....	62
5.2. Mesures prises par l'État belge pour assurer un standard de qualité des soins dentaires.....	67
5.3. Adéquation entre offre dentaire et qualité de soins.....	67
Chapitre 6 Modalités du contingentement en Belgique.....	69
Chapitre 7 Pistes d'amélioration.....	76
7.1. L'instauration d'un test linguistique.....	76
7.2. Formation universitaire complémentaire.....	77
7.3. Quota national.....	78
7.4. Harmonisation des études de dentisterie et du contingentement en Europe.....	79
Conclusion.....	81
Bibliographie.....	83
Annexes.....	88

Glossaire

ASSi : Assurance Soins de Santé et invalidité

AR : Arrêté Royal

ETP : équivalent temps plein

INAMI : Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

SMD : Société de Médecine Dentaire

SPF : Service Public Fédéral

SPF SCAE : Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

Index des figures

- Figure 1.1: Evolution du numerus clausus en médecine en France de 1975 à 1995
- Figure 1.2 : Évolution du numerus clausus dentaire en France de 1971 à 2013
- Figure 1.3: Effectif et densité de dentistes par 100.000 habitants en France de 1971 à 2013
- Figure 2.1: graphes illustrant l'effet de la demande induite
- Figure 2.2: Nombre de dentistes par 10.000 habitants de 1990 à 2008 en Europe.
- Figure 3.1: Parcours des professionnels des soins de santé en 2014
- Figure 4.1: Densité de population, taux de consommation soins en dentisterie générale et population pondérée
- Figure 4.2: Projection de l'évolution du nombre de dentistes actifs, du nombre d'ETP et du nombre ETP-densité pondérée au sein de l'INAMI de 2012 à 2037
- Figure 4.3: Répartition des dentistes à Bruxelles et en Wallonie
- Figure 5.1: Fréquence de réalisation des actes investigués
- Figure 5.2: Nombre de dentistes pour 10.000 habitants en 2013
- Figure 5.3: Nombre de dentistes formés pour 10.000 habitants en 2013

Index des tableaux

- Tableau 3.1: Compétences au 1er juillet 2014
- Tableau 4.1: Nombre d'étudiants inscrits en première année ventilés par nationalité
- Tableau 4.2: Taux de réussite
- Tableau 4.3: Taux de spécialisation
- Tableau 4.4: Taux de spécialisation en orthodontie et parodontologie
- Tableau 4.5: Influx de dentistes généralistes étrangers
- Tableau 4.6: Taux de répartition de secteur des dentistes généralistes
- Tableau 4.7: Résultats du scénario de base en Communauté flamande
- Tableau 4.8: Résultats du scénario de base en Communauté française
- Tableau 4.9: Résultats du scénario alternatif dentiste généraliste en Communauté flamande
- Tableau 4.10: Résultats du scénario alternatif dentiste généraliste en Communauté française

Tableau 4.11: Résultats du scénario alternatif dentiste en parodontologie en Belgique

Tableau 4.12: Résultats du scénario alternatif dentiste spécialiste en orthodontie en Belgique

Tableau 6.1: Quota annuel des dentistes, AR du 19/08/2011

Tableau 6.2: Situation du contingentement des dentistes en Communauté flamande

Tableau 6.3: Situation du contingentement des dentistes en Communauté française

Tableau 6.4: Nombre de plans de stage des dentistes diplômés à partir du 1/01/2008 et réalisation de la planification de l'offre par lissage en Communauté flamande

Tableau 6.5 Nombre de plans de stage des dentistes diplômés à partir du 1/01/2008 et réalisation de la planification de l'offre par lissage en Communauté française

Index des annexes

Annexe 1 : Modalités d'obtention et de conservation de l'agrément

Annexe 2 : Composition et fonctionnement de la commission de planification

Annexe 3 : Taux de stage

Annexe 4 : Taux d'achèvement du stage et taux d'enregistrement en dentisterie générale

Annexe 5 : Répartition par sexe et par lieu d'obtention du diplôme des dentistes généralistes

Annexe 6 : Taux de survie des dentistes généralistes

Annexe 7 : Tableau taux de survie bis

Annexe 8 : Tableau de taux de participation des dentistes généralistes

Annexe 9 : Taux d'activité des dentistes généralistes en équivalents temps plein

Introduction

Au début de chaque année académique nous entendons parler via les médias de quotas de médecins, de numerus clausus, d'examen d'entrée et d'anxiété des étudiants quant à l'obtention ou non d'un numéro INAMI à l'issue de leur cursus académique. Même si les médias le relaient moins, les étudiants en dentisterie subissent le même sort que les étudiants en médecine. Peut-être que certains ont pu voir à la télévision en 2007 les calicots portant l'inscription « 6 ans dans les dents » lors des manifestations estudiantines anti-numerus. Les étudiants en dentisterie sont familiers des examens d'entrée en Communauté flamande et des concours en fin de première année ainsi que des changements d'avis concernant la manière de contingerer pour les étudiants en Communauté française.

Ce mémoire a pour but d'apporter un éclairage sur les méandres du contingentement des dentistes en Belgique et de poser la question de la nécessité ou non du maintien de celui-ci à l'heure de la libre circulation des personnes en Europe.

Dans un premier temps, une partie reprenant une revue de la littérature traitant du numerus clausus en France et en Belgique nous donnera des clefs pour comprendre dans quelles conditions celui-ci a été instauré et quel est son but principal.

Ensuite, viendra l'étude empirique qui reprendra le cas du contingentement des dentistes généralistes ainsi que des dentistes spécialistes en parodontologie et orthodontie en Belgique. Les différents moyens d'exercer en tant que dentiste et d'obtenir un numéro INAMI en Belgique seront mis en évidence. De nombreux organismes étatiques gèrent le contingentement des dentistes ainsi que la délivrance des numéros INAMI. Nous décrirons ensuite les missions de ces différents organismes et dans un second temps nous apporterons une analyse quant à la menée à bien de ces dites missions.

Dans un troisième temps, une réflexion sera faite sur le maintien de la qualité des prestations dentaires à l'aide, entre autres, de la thèse du Dr Mazevet de l'université de Rennes intitulée « Evaluation de la pratique clinique dans le cursus des études odontologiques au sein de

l'UE », soutenue en juillet 2016.

En conclusion, ce mémoire posera un constat de la situation actuelle du contingentement des dentistes en Belgique et ensuite une réflexion quant à la nécessité ou non d'un tel contingentement dans le contexte socio-économique européen actuel.

Partie 1

Exposé de la problématique et justifications économiques

Dans cette première partie nous aborderons la problématique du contingentement des dentistes en France et en Belgique. Un bref historique nous permettra de revenir sur les motivations qui ont mené à l'instauration d'un numerus clausus en France dans un premier temps et en Belgique ensuite. Ensuite, nous aborderons les justifications économiques à l'instauration d'un contingentement au sein des professions de santé.

Chapitre 1

Exposé de la problématique

Le numerus clausus est une limitation discriminatoire du nombre de personnes pouvant obtenir un numéro INAMI¹, ce qui permet aux praticiens d'attester des soins au sein de l'Assurance Soins de Santé et Invalidité, l'ASSi. Il a été instauré en Belgique en 1996, année de création de la Commission de planification de l'offre médicale, « *qui examine les besoins en matière d'offre médicale pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmières, les sages-femmes et les logopèdes* »². Nos voisins français ont, de leur côté, instauré le numerus clausus pour les études de médecine et dentisterie en 1971. La littérature est donc plus fournie du côté français au niveau du contingentement des professions de santé que du côté belge. Dans un premier temps nous examinerons les motivations à l'instauration du numerus clausus en France et en Belgique.

¹ Définition du dictionnaire en ligne Larousse, <http://www.larousse.fr>

² SOMER. (dir.), *La Planification de l'offre médicale en Belgique - 2012*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, 2014

1.1 En France

En France, la première motivation était de limiter le nombre d'étudiants de second cycle en médecine aux possibilités de stage hospitalier. En effet, dans les années 60, le nombre d'étudiants en médecine et en dentisterie a augmenté de manière spectaculaire et il devenait compliqué de trouver des stages pour chaque étudiant.

Cette motivation n'est, pour le Docteur Daniel Wallach³, qu'un prétexte. Selon lui, l'idée de limiter le nombre de médecins était déjà présente lors de l'instauration du numerus clausus. Le numerus clausus n'a cessé d'être renforcé depuis son instauration jusque dans les années 2000. Deux arguments, tous deux d'ordre économique, ont été avancés pour justifier ce renforcement. Le premier, a été soutenu par les politiciens français des gouvernements successifs ainsi que par les gestionnaires de l'assurance maladie invalidité. Il consiste à dire que « *les médecins créent les dépenses de santé et qu'en diminuant le nombre de médecins on diminuerait les dépenses de santé, qui augmentaient régulièrement, comme dans tous les pays développés* »⁴. Le second argument était soutenu par les syndicats libéraux de médecins, qui voyaient dans l'arrivée de nombreux jeunes médecins, une menace pour les revenus des médecins en place et même une menace pour l'exercice libéral de la médecine en France⁵.

Des mesures complémentaires au numerus clausus ont également été prises en France afin de limiter le nombre de médecins à savoir l'adoption de mesures de réorientation des médecins libéraux vers des carrières non soignantes, de reconversion vers d'autres métiers ainsi que la création du MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité), pour inciter les médecins à prendre leur retraite plus tôt, dès 56 ans. L'idée était que cela revient toujours moins cher de payer un médecin pour qu'il n'exerce plus que de le laisser en activité. Cette dernière mesure a été abrogée en 2003⁶.

La figure 1.1 montre l'évolution du nombre de places disponibles en médecine en France de 1975 à 1995. Le numerus clausus était de 8.500 dans les années 70 et n'a ensuite fait que

³ Dermatologue, Maître de conférences des Universités et Médecin des Hôpitaux de Paris, auteur du livre « Numerus clausus. Pourquoi la France va manquer de médecins »

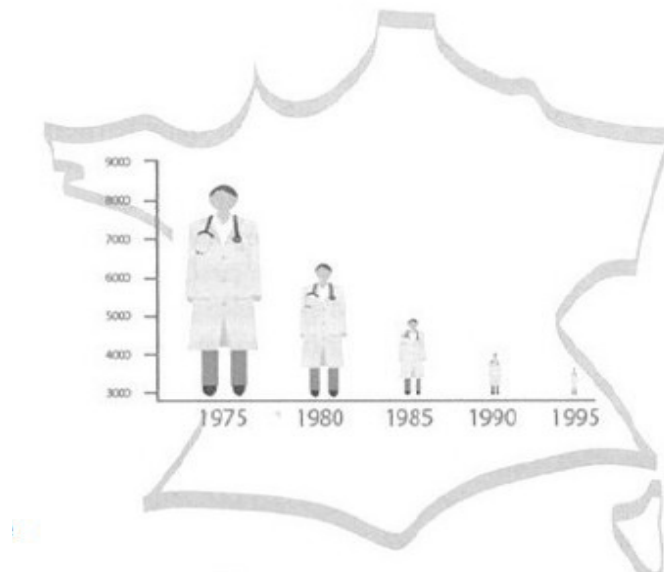
⁴ WALLACH D., *Numerus Clausus. Pourquoi la France va manquer de médecins*, Springer, 2011, p. 20.

⁵ Idem

⁶ Ibidem

diminuer jusque dans les années 2000 pour atteindre 3.500.

Figure 1.1: Evolution du numerus clausus en médecine en France de 1975 à 1995

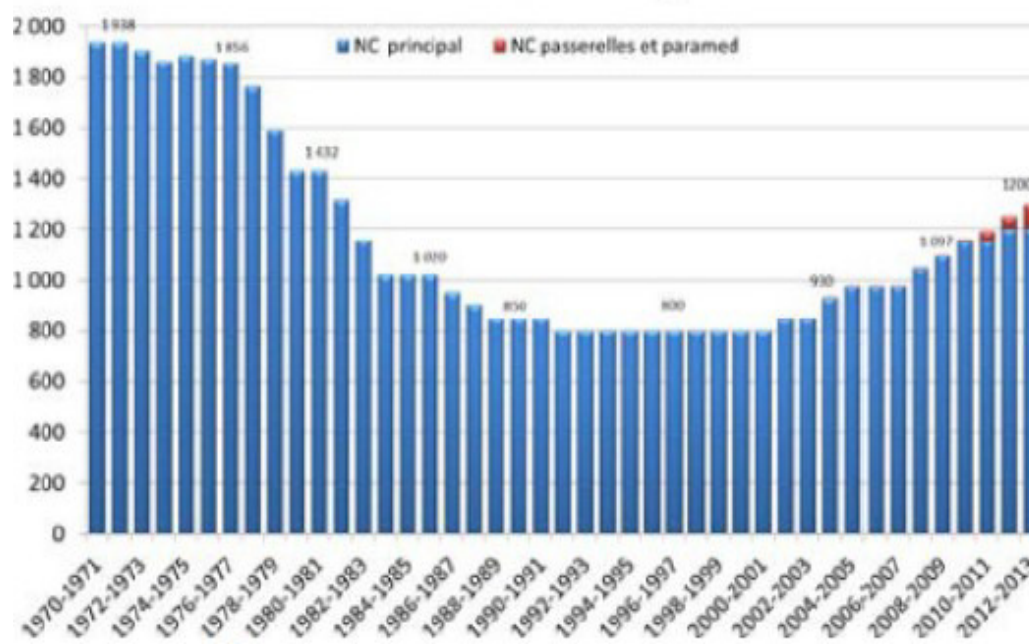


Source : Numerus Clausus, pourquoi la France va manquer de médecins, Wallach D.)

Cette diminution drastique pose question : comment peut-elle être justifiée ? Le numerus clausus est censé équilibrer l'offre de soins de santé à la demande en soins de santé de la population. Comment la demande en soins de santé aurait-elle pu diminuer autant entre 1975 et 1995 alors que la population et la durée de vie ne font qu'augmenter ?

Le cas du numerus clausus des dentistes a été moins étudié que celui des médecins et cela peut s'expliquer de plusieurs manières. Les dentistes étant moins nombreux, leur voix est souvent moins entendue que celles des médecins. A cela s'ajoute la dimension vitale de la médecine, que l'on ne retrouve pas en dentisterie. Ensuite, la profession de dentiste a toujours été sujette à fantasmes et phobies, ce qui la rend moins attrayante pour les médias et la population. Dans la figure 1.2, nous observons l'évolution du numerus clausus dentaire en France de 1971 à 2013. Celui-ci passe de 1.938 en 1971 à 1.432 au début des années 80, puis à 850 à la fin des années 80 pour ensuite encore chuter à 800 dans les années 90. A partir des années 2000, une augmentation des quotas s'opère, comme en médecine (même si elle est plus tardive et moins rapide pour les dentistes) pour atteindre 1.200 en 2013.

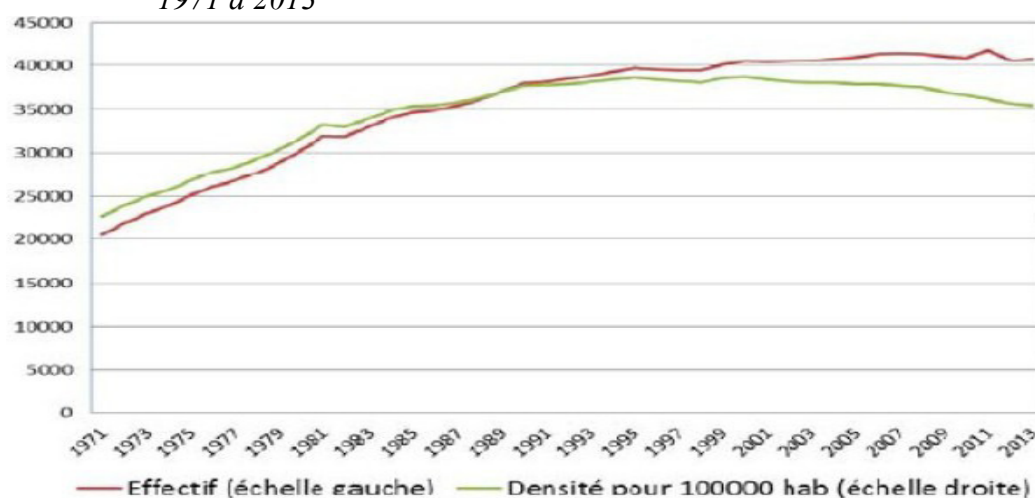
Figure 1.2 : Évolution du numerus clausus dentaire en France de 1971 à 2013



Source: ONDPS 2013

En France, on dénombre 40.000 praticiens de l'art dentaire en métropole et 833 dans les départements d'outre-mer. Ces effectifs sont assez stables, même s'ils ont tendance à diminuer légèrement depuis 2007, d'après l'ONDPS⁷. Par contre, la densité de dentistes par 100.000 habitants chute. Elle passe de 69,1 praticiens par 100.000 habitants en 2000 à 63,1 praticiens en 2013 (voir figure 1.3). Il est également à noter que la population de dentistes est vieillissante et que les jeunes générations sont en nombre insuffisant pour pallier les départs en retraite à venir.

Figure 1.3: Effectif et densité de dentistes par 100.000 habitants en France de 1971 à 2013



Source: Eco-santé, 2013

⁷ Observatoire national de la démographie des professions de santé

1.2 En Belgique

En Belgique, les motivations à l'instauration du numerus clausus ont été le maintien de la qualité des soins de santé et une gestion responsable des dépenses de santé publique. Ces deux justifications ont été avancées dans l'exposé des motifs du projet de loi portant des dispositions sociales du 3 janvier 1996. Dans cette proposition de loi, nous pouvons lire ce paragraphe : *« du point de vue de la santé publique, une offre excédentaire comporte en effet des risques pour la qualité des soins de santé dispensés. Une expérience professionnelle trop réduite et trop peu de contacts avec les patients ne répondent pas, ou du moins de manière trop faible, aux standards de qualité nécessaires. En outre, une situation de surabondance présente le danger de mener à des prestations gonflées et inutiles, et donc une augmentation irraisonnée des coûts de santé »*. Cet argument n'est pas recevable. En effet, en Belgique l'accréditation est un processus qui vise à maintenir une qualité de la pratique professionnelle des dispensateurs de soins. Une des conditions pour être accrédité est d'atteindre le seuil minimal de 300 prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Cela signifie que le Groupe de direction promotion de la qualité de l'Art dentaire au sein de l'INAMI considère qu'à partir de 300 prestations par an la qualité des soins dentaires prodigués est maintenue, ce qui correspond à 6 prestations par semaine. Il faudrait déjà une fameuse offre dentaire pour que ces 300 prestations par an ne puissent pas être effectuées par tous les dentistes présents sur le marché du travail en Belgique.

Par contre, la formation universitaire en dentisterie est conditionnée par le nombre d'étudiants inscrits. Si un grand nombre d'étudiants en dentisterie est formé en même temps, ils risquent de ne pas recevoir la même qualité d'enseignement qu'une promotion plus réduite. Nous avons pu observer ce phénomène à la charnière des années 70 et 80 dans les études de dentisterie en Communauté française. Les étudiants étaient alors tellement nombreux (entre 100 et 140 étudiants par promotion) que les horaires de travaux pratiques ont dû être dédoublés (premier groupe de 13h30 à 16h30 et second groupe de 16h30 à 19h30, soit 3h de travaux pratiques par jour en 1ère licence) et les étudiants travaillaient par binôme en clinique universitaire.

Lorsque le numerus a été instauré, les promotions comptaient entre 12 et 25 étudiants, en fonction de l'université dans laquelle ils étaient inscrits et les travaux pratiques se déroulaient

de 13h à 18h (soit 5 heures de travaux pratiques par jour en 3ème bachelier) avec une pratique solitaire en clinique. Il est bien sûr aisé de comprendre que la formation pratique est plus complète lorsque les promotions sont plus petites et cela car les universités ne sont pas à même de s'adapter rapidement à des changements importants du nombre d'étudiants. En effet, l'équipement présent en clinique étant limité, il n'est pas aisé de faire face à une augmentation subite du nombre d'étudiants en master. De plus, la formation de trop nombreux étudiants en dentisterie pourrait conduire à une surdensité de dentistes en Belgique voire à des dentistes qui sont sans emploi ou qui changent d'orientation professionnelle. Les études de dentisterie étant en grande partie subsidiées par l'État, cela doit également entrer en ligne de compte. D'autre part, un nombre d'étudiants trop réduit pourrait conduire à la suppression de la faculté de dentisterie dans certaines universités pour réduire les coûts liés à la formation.

Les motivations à l'instauration du numerus clausus en Belgique et en France sont donc à la base différentes. Cependant, dans les deux cas se pose une problématique commune : la gestion des dépenses de santé publique.

Chapitre 2

Justifications économiques

Dans ce chapitre nous aborderons les justifications économiques du contingentement des dentistes. Dans un premier temps nous aborderons le phénomène de l'alea moral ex post. Dans un deuxième temps, deux théories seront développées à savoir l'induction et l'attachement. Dans un troisième temps nous aborderons le cas des professions réglementées dont fait partie la dentisterie.

La dentisterie et la médecine sont des professions appartenant au secteur non marchand. Comme le soulignent Marchand et Pestieau (2003), l'emploi dans ce secteur n'est pas régi par les lois du marché. Les revenus des dentistes sont déterminés par leurs honoraires, qui sont fixés par les autorités publiques, pour autant que ces dentistes soient conventionnés. En Belgique, 7 dentistes généralistes sur 10 sont conventionnés. Pour les spécialistes en parodontologie et orthodontie, ce ratio tombe respectivement à 3 et 2. A ces honoraires correspondent des remboursements par les mutuelles. Que le dentiste soit conventionné ou non, le remboursement est identique (le supplément d'honoraires hors convention ne donne pas lieu à un remboursement de mutuelle). Ces remboursements sont financés par l'argent public à l'aide d'impôts ou de cotisations. La quote-part que le patient garde à sa charge est appelée ticket modérateur. Pour autant que le patient consulte régulièrement son dentiste et que celui-ci soit conventionné, le ticket modérateur est relativement faible et vaut entre 15 et 20€ pour un soin conservateur classique. Si le patient n'a pas consulté son dentiste l'année précédente, son ticket modérateur sera doublé. Quoiqu'il en soit, les patients ne paient qu'une faible part des coûts réels de production. De plus, les études universitaires en médecine et dentisterie en Belgique sont quasiment gratuites (car en grande partie subsidiées par l'État, même si les études en dentisterie sont plus coûteuses). Selon Marchand et Pestieau, « *il est dès lors tout à fait possible que les niveaux de la demande et de l'offre pour ces services soient excédentaires par rapport à leurs niveaux efficaces. S'il en est bien ainsi, une certaine régulation est indispensable*⁸.

⁸ MARCHAND et PESTIEAU (2003) p. 59

Un phénomène lié à la quasi gratuité des soins est nommé l'aléa moral ex post. Du fait de la quasi gratuité des soins, les patients ne perçoivent pas le coût réel des soins de santé et de ce fait, le volume des prestations peut être excessif. Ce phénomène est surtout valable pour la médecine hospitalière. Pour ce qui est des soins dentaires, dans la plupart des cas, le patient doit payer la totalité des honoraires et ensuite se faire rembourser par sa mutuelle. Il a donc pleinement conscience du coût réel des soins qui lui sont administrés puisqu'à la base, il en supporte le coût. La seule exception réside dans le système du tiers payant mais contrairement aux médecins, le dentiste ne peut faire usage du tiers payant que sous certaines conditions. Il faut que le patient soit bénéficiaire de l'intervention majorée, chômeur de longue date ou atteint d'une maladie chronique reconnue afin d'avoir droit au tiers payant chez le dentiste. L'application du tiers payant n'est pas obligatoire (sauf en service de garde dentaire organisé) et peu de praticiens y ont recours. D'autre part, ce phénomène est limité par l'inconfort occasionné par ces prestations. En effet, si les gens se rendaient chez le dentiste le sourire aux lèvres et la démarche assurée, cela se saurait... Il est à noter également que toutes les prestations d'ordre esthétique, qui sont, elles, moins inconfortables, ne sont pas remboursées par la mutuelle et ne font donc pas partie des soins quasi gratuits. Les prestations de prothèse fixe sont celles qui ont les honoraires les plus élevés. Ce sont également les prestations qui sont le plus valorisées dans la profession. Un dentiste voulant augmenter ses revenus ou accroître sa réputation, se tournera plutôt vers ce type de soins mais qui n'entrent pas en compte dans le budget étatique puisqu'il n'existe pas de remboursement de ces soins. S'il devait y avoir une demande induite concernant les soins les plus valorisés, elle ne serait pas mesurable par le nombre de remboursements INAMI.

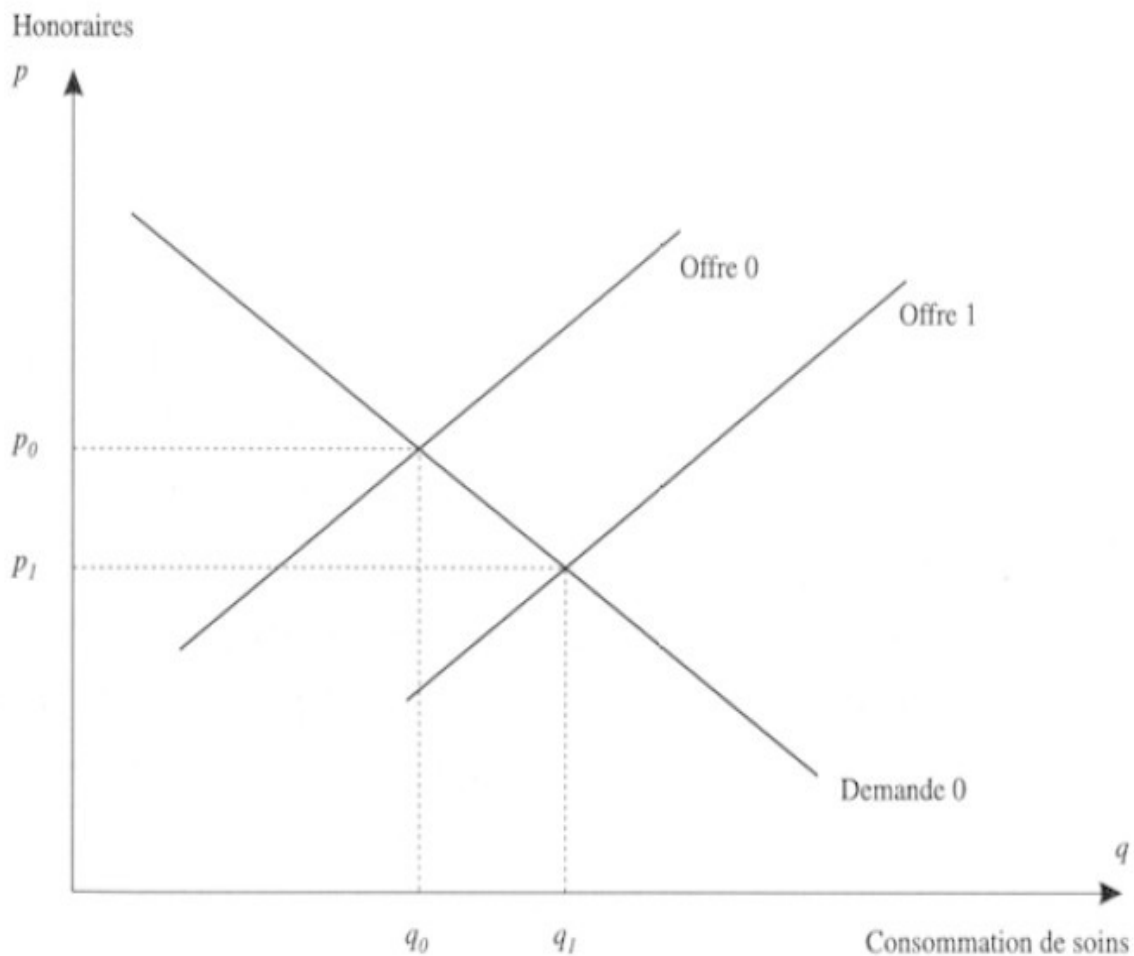
D'après Marchand et Pestieau (2003), le phénomène de l'aléa moral ex post peut être accentué par le fait que certains prestataires peuvent influencer la demande de leurs patients dans leur propre intérêt (revenus, réputation...) et cela est dû à l'asymétrie de la relation d'information entre le patient et le praticien : « *La formation du médecin le rend bien plus compétent que son patient pour juger du bien-fondé de tel examen ou traitement, et il peut manipuler dans son propre intérêt les conseils qu'il prodigue à son patient, particulièrement lorsqu'il est payé à l'acte plutôt qu'au forfait. C'est ce que les économistes de la santé appellent la création de la demande par le médecin (en anglais, PID, physician-induced demand)*⁹. ».

⁹ MARCHAND et PESTIEAU (2003)

Si l'on fait l'hypothèse que la demande induite n'existe pas, comme nous pouvons l'observer dans le graphique 2.1, l'augmentation du nombre de dentistes par habitant (on passe de l'offre 0 à l'offre 1) suppose une baisse des honoraires (on passe de p_0 à p_1) et une plus grande consommation de soins de santé (on passe de q_0 à q_1).

Figure 2.1: graphes illustrant l'effet de la demande induite

Cas 1 : effet néoclassique simple



Source : ROCHAIX L, JACOBZONE S, l'hypothèse de la demande induite : un bilan économique

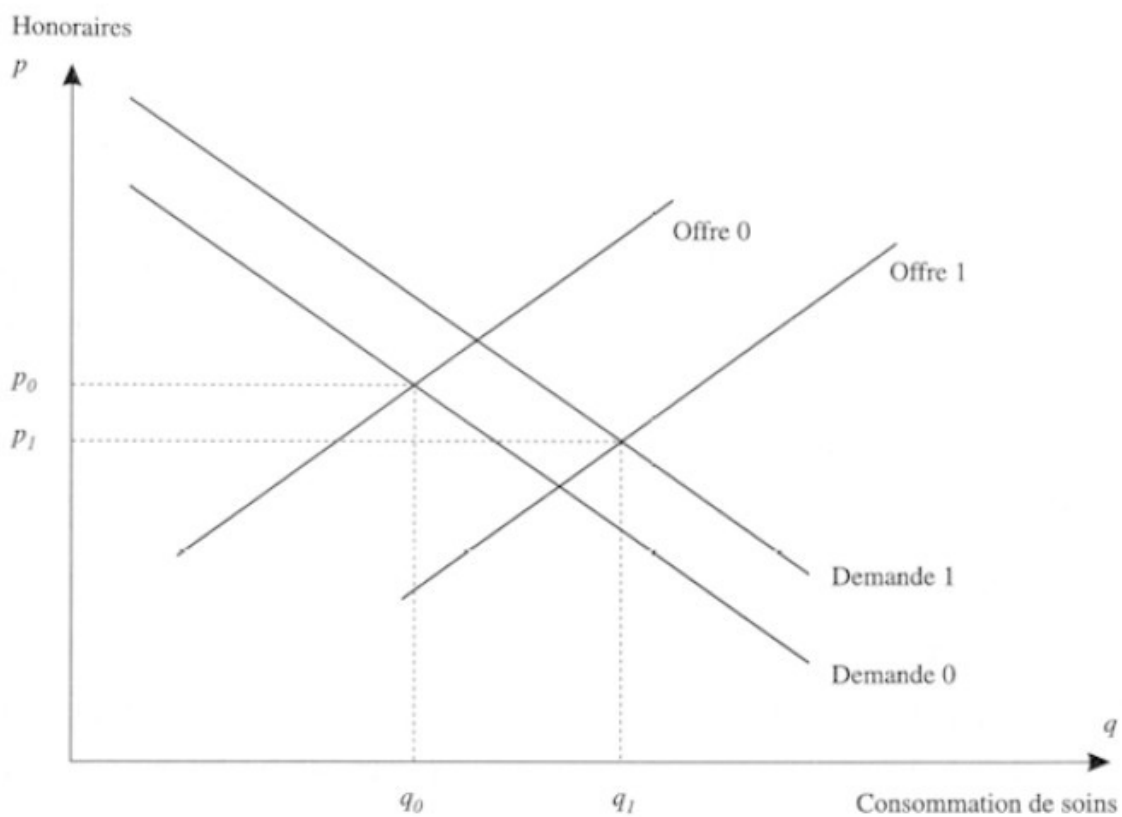
Si l'on fait l'hypothèse que la demande induite existe, comme nous pouvons l'observer dans la figure 2.1 cas 2a et b, le praticien pousse à la consommation de soins dentaires, ce qui se traduit par un déplacement vers la droite de la courbe de demande (on passe de la demande 0 à la demande 1) et un nouveau point d'équilibre. Les honoraires baisseront donc moins. Le

dentiste permet ainsi de limiter sa perte de revenus liée à l'augmentation du nombre de dentistes par habitant.

Si la demande induite est modérée, (cas 2a), ce déplacement ne suffit toutefois pas à rétablir les honoraires à leur niveau initial. Par contre, si elle est forte (cas 2b), le déplacement permet d'élever simultanément la quantité de bien consommée et les honoraires.¹⁰ »

Figure 2.1: graphes illustrant l'effet de la demande induite

Cas 2a : effet demande induite

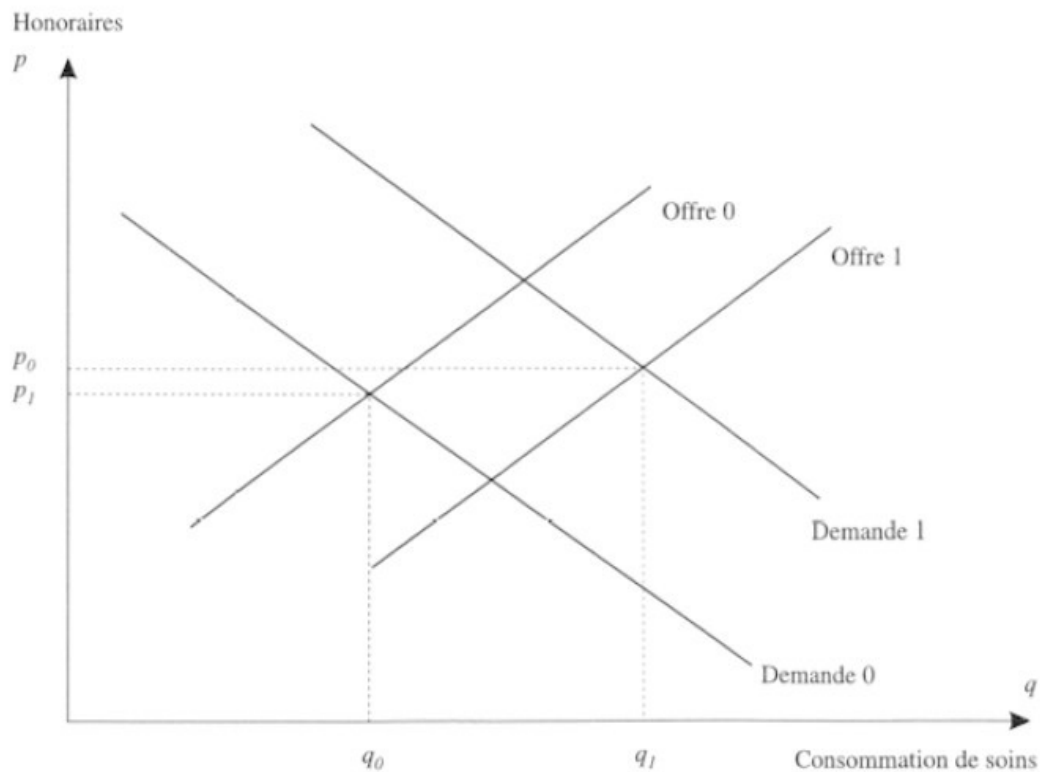


Source : ROCHAIX L, JACOBZONE S, l'hypothèse de la demande induite : un bilan économique

¹⁰ ROCHAIX L, JACOBZONE S, *l'hypothèse de la demande induite : un bilan économique*, 1997, p.26.

Figure 2.1: graphes illustrant l'effet de la demande induite

Cas 2b : effet demande induite



Source : ROCHAIX L, JACOBZONE S, l'hypothèse de la demande induite : un bilan économique

En dentisterie, comme en médecine, ce phénomène peut bien sûr exister. On compte sur la déontologie du corps médical pour limiter cet effet. Le but de la dentisterie et de la médecine étant de soigner une pathologie et non d'effectuer des prestations superflues. Dans la littérature, il y a autant d'études empiriques concluant à la présence d'une création de demande par les médecins, qu'à son absence.

Birch (1988) étudie le coût total d'un soin dentaire en relation avec la densité de dentistes. Il effectue son étude au Royaume Uni. Celle-ci montre que le coût total est accru de 2,5% quand la densité de dentistes augmente de 10%. Il augmente de 3,6% quand la part de dentistes âgés de moins de 35 ans augmente de 10%. A l'inverse, quand le taux de chômage augmente, le coût total diminue.¹¹ Nous avons donc dans ce cas une relation de même sens entre densité

¹¹ BIRCH (1988)

dentaire et niveau des honoraires, ce qui tend à rejeter le modèle néoclassique du cas 1 de la figure 2.1. Cette étude se déroule au Royaume Uni, qui a un système de soins de santé très différent du nôtre.

En Belgique, les honoraires sont fixés par la Commission dento-mutualiste chaque année. Le dentiste peut choisir d'accepter ou non l'accord dento-mutualiste. Il sera dès lors conventionné ou non conventionné. L'état belge octroie une compensation aux dentistes conventionnés : ceux-ci pourront bénéficier du statut social, une somme leur sera octroyée par le biais d'une assurance pension ou revenu garanti.

Pour vérifier l'hypothèse de la demande induite en Belgique, il faudrait effectuer une étude concernant les dentistes conventionnés (le prix étant fixé) et comparer la densité de dentistes avec la quantité de soins prodigués. S'il existe une relation de même sens entre la densité de dentistes et la quantité de soins dentaires, on pourrait supposer qu'il existe une demande induite. Et cela ne serait pas encore suffisant : en effet, l'augmentation de la consommation de soins serait-elle due à l'augmentation de la densité de dentistes ou serait-elle simplement due au fait que les besoins en soins dentaires de la population n'étaient pas rencontrés précédemment ?

Pour réaliser une étude complète, il serait nécessaire d'évaluer les besoins en soins dentaires de la population et d'observer si ceux-ci sont rencontrés ou non. Cela pourrait se faire via la mise en place d'une étude de moyenne durée (5 ans) permettant le dépistage de caries et d'obturations dans un échantillon représentatif de la population belge, une fois par an pendant 5 ans. Nous pourrions ainsi définir objectivement les besoins en soins dentaires de la population ainsi que le fait que ces besoins soient rencontrés ou non (les caries dépistées ont-elles été soignées ou non au cours de la période d'observation?).

La supériorité des connaissances du dentiste sur le patient peut permettre d'imposer une relation d'agence, ce qui signifie que le patient (le profane) s'en remet totalement au dentiste (l'expert). *« En situation de concurrence des experts, et si le profane peut se faire une idée assez précise du lien existant entre l'effort de l'expert et son résultat, alors la supériorité des connaissances ne suffit pas à créer l'agence. L'expert vend un bien dit « d'expérience », sur*

lequel l'acheteur peut finir par se faire une idée. En revanche, si une incertitude radicale interdit à l'acheteur de se faire une idée quelconque sur l'impact de l'effort de l'expert sur le résultat qu'il obtient, alors la relation d'agence peut exister. On dit que l'expert vend un bien de « confiance » car l'acheteur profane doit lui faire une entière confiance. »¹² Dans le cas de la dentisterie, le patient finit par se faire une idée du service rendu par le dentiste. En effet, certains critères objectifs lui permettent d'y parvenir tels que : la durée de vie des soins effectués, le soulagement de la douleur, la propreté du matériel utilisé... D'autres critères, subjectifs cette fois, entrent également en ligne de compte pour évaluer la satisfaction du patient à savoir : la durée des séances, le nombre de séances par soin, la douleur ressentie, la confiance entre le patient et la praticien...En Belgique, le mode de rémunération des dentistes est une rémunération à l'acte qui correspond au paiement le plus décomposé, le moins forfaitaire de l'activité médicale (même s'il s'agit encore d'un forfait)¹³. Ce mode de rémunération est celui qui induit le plus la demande. « En mode de paiement à l'acte, le prix tient compte des coûts fixes et des coûts variables (sinon, le médecin refuse de travailler) et est donc supérieur au coût moyen des seules ressources variables : soigner un patient supplémentaire apporte donc un profit financier au médecin. Si, de surcroît, le médecin dispose d'un pouvoir quelconque sur la demande du patient, le paiement à l'acte crée les conditions favorables à une quantité (et donc à une dépense) de services plus importante que ce qu'aurait souhaité le patient, ou que ce qui aurait été médicalement nécessaire dans son cas. »¹⁴ Le système de paiement à l'acte tel qu'il est pratiqué en Belgique a donc le double avantage d'être le système qui permet au mieux d'assurer la qualité et l'accessibilité des soins de santé. Par contre, c'est le système qui risque le plus de présenter un volume important voire excessif de prestations. Il est à noter qu'une densité faible de dentistes renforce l'effet d'agence et par là même l'effet d'induction puisqu'il y a très peu d'effet de concurrence entre praticiens.

Une autre théorie intéressante est l'attachement. En effet, le patient est attaché à son dentiste généraliste (« de famille ») pour ses caractéristiques propres. Cet attachement se ressent particulièrement pour les dentistes généralistes puisque ce sont eux que les patients consultent en première intention et qui réalisent le suivi. Cet attachement du patient à un dentiste particulier fait que les dentistes ne sont pas des substituts parfaits : chaque dentiste dispose

¹² GRIGNON M., PARIS V. et POLTON D.avec la collaboration de COUFFINHAL A. et PIERRARD B., *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins*, 2002, p.8.

¹³ Idem

¹⁴ Ibidem

d'une latitude face à son patient, et peut lui imposer des choix différents de ceux que ferait le patient spontanément s'il pouvait sans dommage remplacer son dentiste par un autre. *« Disposer d'une latitude se traduit en termes économiques par « disposer d'un pouvoir de marché » et signifie se comporter comme un monopole. Précisément, le médecin (ici le dentiste) est en situation de concurrence monopoliste face à son patient : comme en monopole, le médecin (dentiste) peut tirer le meilleur parti de la disposition à payer de son patient en jouant sur les prix et les quantités offertes (alors qu'en concurrence parfaite, il y a un seul prix, celui du marché); pour autant, si le médecin « en fait trop » (s'éloigne trop des attentes ou des besoins de son patient), celui-ci le quitte pour un autre médecin. »*¹⁵. Dans le cas d'une densité faible de dentistes, la menace du changement de praticien par le patient est plus faible et le praticien aura ainsi plus de latitude et pourra s'écarter de manière plus importante des attentes ou des besoins du patient. Inversement, dans le cas d'une densité forte, la menace sera plus forte de changer de praticien et le dentiste aura tendance à moins s'écarter des attentes ou besoins du patient.

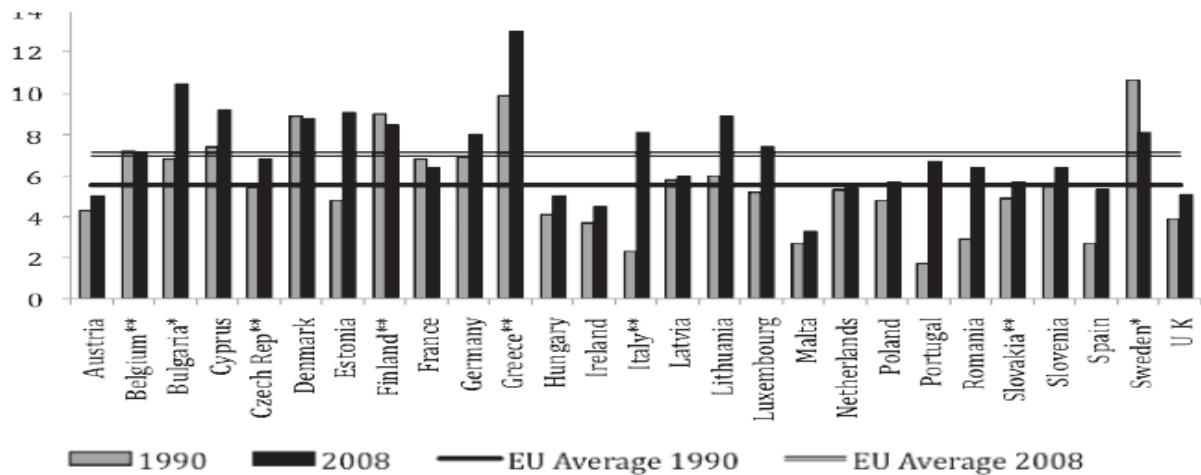
Comme nous pouvons le constater, la dentisterie est une profession réglementée, comme tout le secteur médical et le secteur des transports. L'entrée est limitée par le nombre via le *numerus clausus* et par le coût à l'installation. Cette deuxième limitation est maintenant moins forte au vu du développement de la pratique dentaire de groupe. Les jeunes dentistes travaillent quelques années dans le cabinet de groupe d'un confrère et ensuite, une partie de ceux-ci s'installent eux-mêmes et l'autre continue de pratiquer chez des confrères. Il y a généralement une explication historique à la réglementation de certaines professions : celles-ci étaient par exemple organisées en corporations ou en ordres professionnels au Moyen-Age. *Les tenants de la réglementation la justifient comme le seul rempart contre la logique de « marchandisation » de leur service qui n'aboutirait qu'à sa détérioration, et impliquerait des externalités négatives. Leur service ne doit pas être confondu avec un bien de marché comme un autre*¹⁶. La déréglementation de la profession de dentiste et sa réduction à l'ordre marchand ne peut que provoquer une diminution de la qualité des prestations. Il est donc nécessaire de conserver une réglementation des professions de santé afin d'assurer la compétence des professionnels de santé et par là-même une qualité de soins importante.

¹⁵ GRIGNON, PARIS et POLTON avec la collaboration de COUFFINHAL et PIERRARD (2002)

¹⁶ PELLET, *les professions réglementées, des gisements d'emploi ?*, 2013, p. 246

Certains pays européens, comme la Grèce, n'ont pas mis en place de numerus clausus. La Grèce a connu une grande augmentation de la force de travail dentaire depuis les années 90 jusqu'à aujourd'hui. Elle a atteint un niveau record en Europe en devenant en 2008 le pays avec la plus haute densité de dentistes par 10.000 habitants avec un ratio de 13 dentistes par 10.000 habitants (Voir figure 2.2)¹⁷.

Figure 2.2: Nombre de dentistes par 10.000 habitants de 1990 à 2008 en Europe.



Source : KOLETISI-KOUNARI

Les auteurs de l'article « *Greece's high dentist to population ratio* » avancent l'hypothèse qu'une grande partie de la société grecque est attirée par les professions de santé car elles sont perçues comme très prestigieuses. Chaque année, un grand nombre d'étudiants postule pour des études en dentisterie ou en médecine malgré la difficulté des examens d'entrée à ces facultés. Les étudiants qui ratent ces examens d'entrée partent étudier la dentisterie ou la médecine à l'étranger, surtout dans les pays d'Europe de l'Est où l'admission aux études est plus facile. Malheureusement, on peut se poser la question de la rigueur du cursus dans ces universités¹⁸.

Après l'obtention de leur diplôme, ces étudiants reviennent majoritairement en Grèce professer. Des efforts sont faits par les deux facultés dentaires en Grèce (Thessalonique et Athènes) pour réduire le nombre d'étudiants mais ces efforts sont rendus caduques par l'entrée dans le pays de dentistes formés à l'étranger : 30% des nouveaux entrants chaque année sont des grecs formés à l'étranger.

¹⁷ KOLETISI-KOUNARI, PAPAIOANNOU, STEFANIOTIS (2011)

¹⁸ Idem

Depuis 1998, 5,5% des dentistes grecs sont sans emploi. La Grèce est l'un des quatre pays européens qui recense des dentistes sans emploi avec la Finlande, l'Italie et l'Allemagne¹⁹.

Dans l'Union Européenne, la moyenne du nombre de dentistes par 10.000 habitants est passée de 5,8 en 1990 à 7,1 en 2008. Nous sommes donc face à une augmentation notable du ratio avec une disparité importante entre les pays. Seuls cinq pays ont vu une diminution de leur ratio entre 1990 et 2008 à savoir la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France et la Suède. En 2007, la Belgique était tout juste à la moyenne européenne pour ce ratio. Ces ratio sont surévalués car ils prennent en compte le nombre de dentistes, qu'ils soient actifs ou non. Le ratio belge pour 2012 est de 6,31 dentistes actifs pour 10.000 habitants (5,89 en Communauté flamande et 6,92 en Communauté française)²⁰.

Il est également important de remarquer qu'une pénurie de dentistes n'est pas synonyme de qualité des soins dentaires. En effet, les dentistes auront tendance tout d'abord à augmenter leurs plages horaires et ensuite à diminuer les durées de rendez-vous afin de répondre (en tout cas en partie) à la demande de la population en soins dentaires. Cette situation s'est présentée en Belgique dans les années 60 où il n'était pas rare que les dentistes consultent de 8h à 21h du lundi au vendredi et le samedi de 8h à 15h avec des moyennes de 40 à 50 prestations par jour. Cela conduit évidemment à une diminution de la qualité des prestations. Cette situation est encore d'actualité dans le système NHS (National Health Service), le service de soins de santé public anglais. Très peu de praticiens sont agréés NHS et cela explique les délais de rendez-vous extrêmement importants ainsi que le développement d'une médecine et d'une dentisterie à deux vitesses en Grande Bretagne. La demande étant tellement importante et le nombre de praticiens NHS étant faible, la dentisterie NHS actuelle a énormément perdu de sa qualité. Une dentisterie à deux vitesses se développe : les riches se soignent en cabinets dentaires privés (sans remboursement) et les pauvres se soignent dans le système NHS.

A cela s'ajoute une donnée supplémentaire: la profession de dentiste dispose d'une reconnaissance automatique grâce à la directive européenne 2045-36-CE. Cela signifie qu'un dentiste diplômé d'un pays européen a une reconnaissance automatique de son diplôme dans

¹⁹ KOLETISI-KOUNARI H., PAPAIOANNOU W., STEFANIOTIS Th., *Op. Cit.*

²⁰ VIVET V., MIERMANS P.-J., JOUCK P., DELVAUX A., MIMILIDIS H., STEINBERG P., SOMER A., *Scénario de base : Dentisterie Générale*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, 2016.

n'importe quel autre pays européen. Quand bien même les disparités entre les formations sont énormes d'un pays à l'autre. Ainsi, la thèse du docteur Marco Mazevet de l'université de Rennes montre qu'un tiers des étudiants européens en dentisterie n'a jamais placé de couronne ni prescrit de traitement médicamenteux et qu'un étudiant sur deux n'a jamais réalisé de traitement endodontique. Plus grave encore, 10% des étudiants en dentisterie n'ont jamais travaillé sur de vrais patients²¹. Au vu de ces énormes disparités dans la formation clinique des futurs dentistes, comment juger de la qualité des soins ? En France, en 2014, 35% des dentistes primo-inscrits au tableau de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes étaient diplômés hors de France²². En Belgique, cette proportion de primo-inscrits diplômés à l'étranger en 2014 est encore plus importante : en Communauté française, 55% des dentistes ont été diplômés hors de Belgique contre 38% en Communauté flamande²³. Selon la Confédération française des syndicats dentaires, en l'état, la libre circulation représente une menace pour la qualité des soins et la sécurité des patients²⁴.

En résumé, seule une adéquation entre l'offre et la demande en soins dentaires peut permettre le maintien de la qualité des soins de santé. Un équilibre entre coût du système de soins de santé, qualité des prestations de santé et universalité de l'accès aux soins de santé se doit d'être trouvé et c'est là que réside toute la difficulté d'un contingentement efficace.

²¹ MAZEVET (2016)

²² Idem

²³ VIVET, MIERSMANS, JOUCK., DELVAUX, MIMILIDIS, STEINBERG., SOMER (2016).

²⁴ MAZEVET (2016)

Partie 2

Étude empirique : Numerus clausus en dentisterie en Belgique

Chapitre 3

Conditions d'exercice de la dentisterie en Belgique

3.1. Généralités

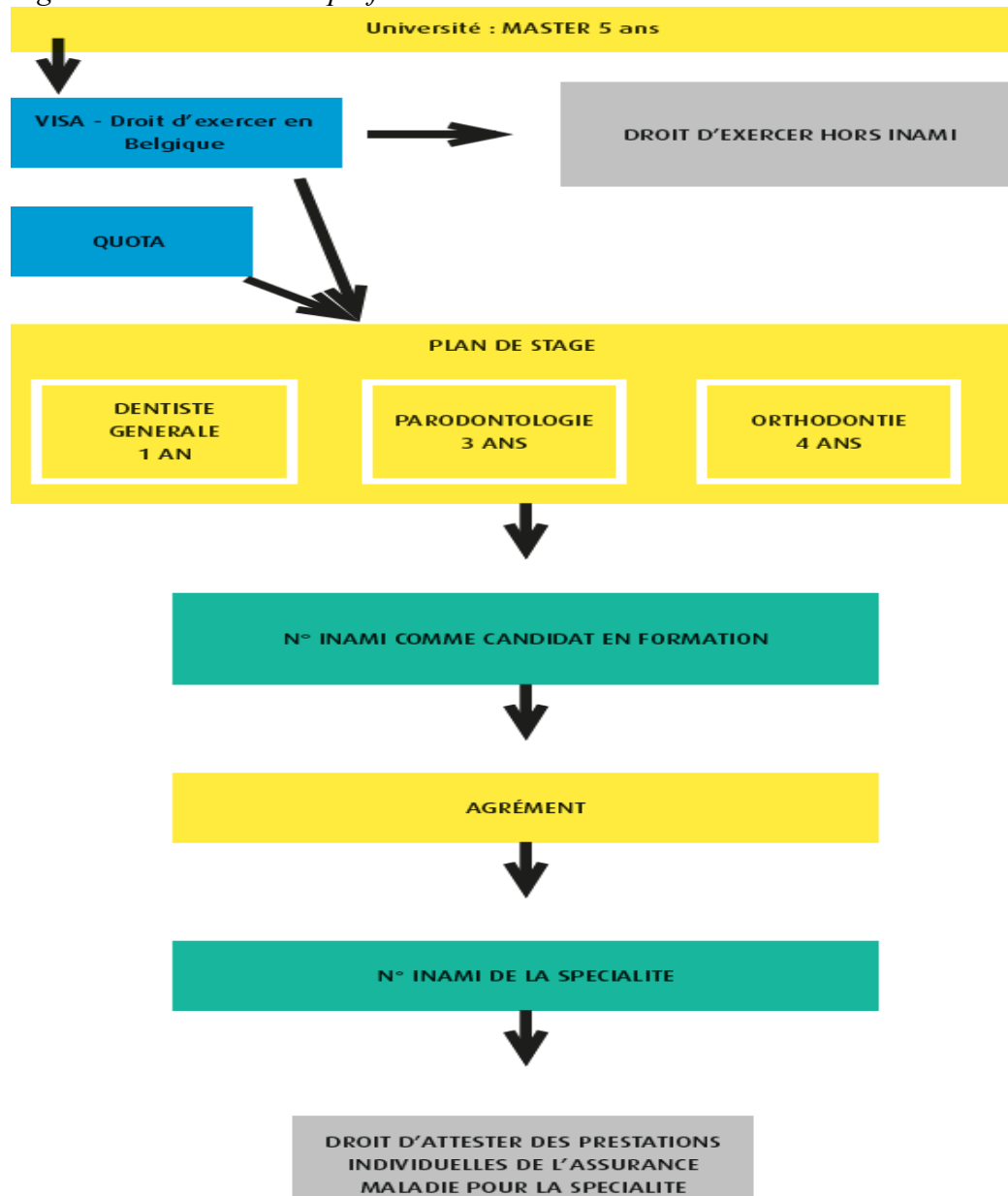
Comme nous pouvons le voir dans la figure 3.1, il est possible d'exercer la dentisterie en Belgique dès lors que le praticien de l'art dentaire reçoit un visa de son diplôme. Ce visa est délivré par le SPF Santé publique. Si le diplôme a été obtenu en Belgique ou dans l'Union Européenne, le visa est délivré automatiquement (après reconnaissance du diplôme auprès de la Communauté en cas d'obtention du diplôme hors Belgique). Si le diplôme a été obtenu dans une université non européenne, l'équivalence doit être obtenue avant délivrance du visa. Une fois le visa obtenu, la personne candidate est autorisée à exercer en Belgique. Un dentiste disposant d'un visa peut donc s'installer sur le territoire belge et effectuer des actes dentaires. Cet exercice de l'art dentaire se fait hors INAMI. Le patient n'a dès lors droit à aucun remboursement sur les honoraires déboursés.

Pour que les patients aient droit au remboursement des soins dentaires, le dentiste doit en outre être agréé. L'agrément est délivré par les Communautés. Les conditions d'octroi de l'agrément sont définies par l'Arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste. Lorsque l'agrément est obtenu, le dentiste reçoit un numéro INAMI. Ce numéro INAMI permet au dentiste de travailler au sein de l'assurance obligatoire des soins de santé en Belgique.

Pour obtenir l'agrément, plusieurs conditions doivent être remplies, à savoir :

- disposer d'un diplôme de dentiste ou d'un diplôme reconnu comme équivalent par l'autorité belge,
- disposer d'un visa autorisant l'exercice de la dentisterie en Belgique et effectuer un stage approuvé et suivi par la commission d'agrément. Les modalités d'obtention de l'agrément sont décrites dans l'annexe 1.

Figure 3.1: Parcours des professionnels des soins de santé en 2014



Source : cellule de planification de l'offre des soins de santé en Belgique

Pour les dentistes généralistes, les stages se déroulent chez un ou plusieurs (maximum trois) maîtres de stage agréés, dans le secteur privé ou en milieu hospitalier, pendant une année. Pour les dentistes spécialistes en orthodontie et parodontologie, le stage dure respectivement quatre et trois ans et se fait sous la direction d'un maître de stage coordinateur, en hôpital universitaire. Il est à noter que les dentistes (généralistes et spécialistes) ne devaient pas obligatoirement suivre le stage pour obtenir l'agrément. En effet, jusqu'en 2017, si le dentiste pouvait prouver une pratique dentaire d'au moins 3 ans, il était exempté du stage, même si cette pratique avait eu lieu dans un autre pays que la Belgique.

Depuis 2017, les règles ont changé. Si le dentiste a moins d'un an d'expérience ou minimum deux ans d'interruption de pratique dentaire, il devra suivre un stage d'un an chez un maître de stage agréé. Si le dentiste a plus d'un an d'expérience, il devra suivre un stage de six mois. Le dentiste doit également passer un examen de radioprotection de l'AFCN (agence fédérale du contrôle nucléaire) afin de pouvoir attester des radiographies dentaires. Ces règles valent pour tous les dentistes, qu'ils aient ou non obtenu leur diplôme en Belgique.

Le nombre de maîtres de stage étant limité, il risque d'être compliqué de trouver des stages pour tous les candidats spécialistes. En effet, tous les étudiants diplômés des universités belges en 2017 mais également les dentistes issus de pays autres que la Belgique et voulant obtenir leur numéro INAMI doivent trouver un stage. Les modalités du stage sont critiquables : en effet, la partie théorique commune aux trois spécialités est organisée par divers intervenants, à savoir les universités et les organisations professionnelles représentatives. Cela conduit à une non-homogénéité de l'enseignement apporté. De plus, la connaissance et la compréhension des notions enseignées lors de la formation théorique ne sont pas évaluées. Seule une fiche de présence comprenant les coordonnées des personnes présentes au cours est remplie.

Pour ce qui est des séminaires relatifs à l'approche intégrée du patient, ceux-ci doivent être dispensés par les maîtres de stage eux-même. Ces séminaires ne sont pas cadrés par les universités et se font donc au sein des cabinets dentaires privés et ne sont soumis à aucun contrôle. Il est donc aisé de contourner ces séminaires, ce qui est préjudiciable aux candidats spécialistes puisque cela fait partie intégrante de leur formation.

La formation clinique au sein des cabinets privés est, elle aussi, très peu contrôlée. Il n'y a pas de quota minimum de soins à atteindre par exemple. Les seuls contrôles connus à ce jour ont été menés suite à des plaintes des stagiaires ou des maîtres de stage. Si un candidat à la spécialisation dentaire effectue son stage pratique et est présent aux cours théoriques, son stage sera donc automatiquement validé et il obtiendra son agrément. Ce stage ne peut donc objectivement pas servir de contrôle de qualité sur la formation des dentistes candidats.

3.2. Intervention du quota en dentisterie

Le candidat dentiste spécialiste (dentiste généraliste, orthodontiste ou parodontologue) rentre dans le contingentement au moment de l'introduction de son plan de stage. Les quotas doivent être connus au moins cinq années à l'avance : cela permet aux futurs étudiants en dentisterie d'avoir connaissance des quotas avant d'entamer leurs études. C'est pourquoi la FEF (Fédération des étudiants francophones), le CIUM (Comité interuniversitaire des étudiants en médecine), l'AGL (Assemblée générale des étudiants de Louvain), l'AGE (l'Assemblée générale des étudiants de l'Université de Namur), le BEA (Bureau des étudiants administrateurs de l'ULB), la Fédé (Fédération des étudiants de l'Ulg), le BEM (Bureau des étudiants de médecine de l'ULB) et l'AGW (Assemblée générale des étudiants de l'UCL-Woluwe) ont assigné l'Etat belge en référé afin d'annuler le concours de juin 2017 en médecine et en dentisterie²⁵. En effet, les quotas fédéraux de 2021 pour les dentistes auraient dû être publiés avant la rentrée académique 2016-2017 et ce, afin que la Communauté française puisse également définir les quotas pour le concours de juin 2017. Les quotas fédéraux de 2021 n'ont pas encore été publiés à ce jour.

Les quotas sont répartis entre la Communauté flamande et française suivant la règle 60%-40%. Ensuite, les Communautés répartissent ces quotas en sous-quotas pour la dentisterie générale, l'orthodontie et la parodontologie suivant leurs besoins.

Il est important de noter que le quota ne concerne que les candidats spécialistes diplômés belges. Les dentistes formés à l'étranger qui souhaitent s'installer en Belgique n'y sont pas repris même s'ils doivent effectuer leur stage de spécialisation en Belgique. Par contre,

²⁵ *Faire un recours contre le concours en médecine et dentisterie : Pourquoi & comment ?*, fef.be, consulté le 01/07/2017.

comme nous allons le voir plus loin dans ce mémoire, l'afflux de dentistes formés à l'étranger est pris en compte par la Commission de planification afin de rendre son avis sur les quotas de dentistes formés en Belgique.

1.3 Compétences

Les compétences en matière de gestion des prestataires de soins de santé sont éclatées entre deux niveaux de pouvoir : le niveau fédéral et le niveau communautaire. La sixième réforme de l'État a donné de nouvelles prérogatives aux Communautés, mais l'État fédéral garde la main sur l'essentiel. Il fixe les règles mais délègue la mise en application aux Communautés, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 3.1: Compétences au 1er juillet 2014

Matière	Compétence des Communautés	Compétence de l'Etat fédéral
L'octroi de l'agrément des professionnels de la santé	x	
L'octroi du visa des professionnels de la santé		x
Les stages des médecins, dentistes et pharmaciens hospitaliers	Le suivi des stages est dorénavant effectué par les Communautés.	L'état fédéral est responsable de l'agrément des lieux de stage et des maîtres de stage.
La fixation des quotas pour les professions contingentées, à savoir actuellement : - médecins, - dentistes, - kinésithérapeutes		x
Le contingentement national	Le respect de l'application du contingentement est du ressort des communautés. Aujourd'hui, les communautés sont libres de définir au sein de leur quota des sous-quotas spécifiques en fonction de leurs besoins respectifs.	Est fixé par l'Etat fédéral.

Source : cellule de planification de l'offre des soins de santé en Belgique

Depuis 2014, l'octroi de l'agrément, le suivi des stages et le respect de l'application du contingentement national sont de la compétence des Communautés. Par contre, l'octroi du visa des dentistes, l'agrément des lieux de stage et des maîtres de stage et la fixation des quotas pour les dentistes sont de la compétence de l'État fédéral.

Cette imbrication des compétences peut poser souci. Par exemple, nous pouvons prendre le cas emblématique et médiatique du respect de l'application du contingentement par les

Communautés. En Communauté flamande, le contingentement des dentistes a toujours été respecté via la mise en place d'un examen d'entrée pour les études de dentisterie. Mais en Communauté française, cela n'a pas toujours été le cas. Jusqu'en septembre 2008 il l'était grâce à un *numerus clausus* pratiqué d'abord à la fin de la troisième année d'étude puis à la fin de la première année, tel que le fait la France. Après cette date, le *numerus clausus* a été supprimé. Il y a eu une tentative de remise en route de ce système pour l'année académique 2015-2016, qui s'est soldée par un échec suite à un arrêt du Conseil d'État²⁶. Pour l'année académique 2017-2018, il est prévu de mettre en place un examen d'entrée pour limiter l'accès aux études de dentisterie dès la première année.

²⁶ *Etudiants en médecine - suspension du numerus clausus*, Conseil d'Etat – Section du contentieux administratif, Arrêts n°235.543-235.552 du 26/07/2016, dans www.raadvst-consetat.be. Consulté le 07/05//2017.

Chapitre 4

Planification de l'offre médicale en Belgique

Ce chapitre a pour objectif dans un premier temps de présenter la Commission de planification en ce compris ses missions. Ensuite, nous analyserons les scénarii de base et alternatifs de la Commission de planification, publiés respectivement en 2016 et 2017. Ces scénarii se basent sur l'analyse de l'offre et la demande dentaire en 2012 et donnent une image de l'offre et de la demande dentaire jusqu'en 2037.

4.1. Présentation

Pour planifier l'offre médicale en Belgique, La commission de planification – offre médicale a été créée en 1996. *« Elle examine les besoins en matière d'offre médicale pour les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmières, les sages-femmes et les logopèdes. Le cadre législatif qui la définit est précisé aux articles 91 et 92 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.*

Pour déterminer ces besoins, elle tient compte:

- *de l'évolution des besoins en matière de soins médicaux ;*
- *de la qualité des prestations de soins ;*
- *de l'évolution démographique et sociologique des professions concernées.*

Elle évalue, de manière continue, l'incidence qu'a l'évolution de ces besoins sur l'accès aux études pour les professions visées.

Elle fournit chaque année un rapport au Ministre de la Santé publique sur son activité et sur le nombre de personnes qui auront accès à une profession de santé donnée. »²⁷

La commission de planification est composée d'experts issus des institutions universitaires, du Collège intermutualiste, de l'INAMI, des Communautés, du Ministère des Affaires sociales,

²⁷Commission de planification - offre médicale, *Fonctionnement, Mission*, organesdeconcertation.sante.belgique.be, 18/10/2007. Consulté le 07/05/2017.

du Ministère de la Santé publique, ainsi que de représentants des différentes organisations professionnelles²⁸.

La commission de planification utilise un modèle de planification « stock and flow » qui part du principe que pour chaque profession de santé il existe une demande et une offre. Le modèle puise dans plusieurs sources de données à savoir le Plan Cad Dentistes 2004-2012. Ce plan établit le nombre de dentistes en activité, leur répartition suivant le sexe et la nationalité ainsi que le nombre d'inscriptions en première année, le taux de réussite, la répartition des stagiaires par spécialité, le pourcentage de stages terminés, le pourcentage d'enregistrements auprès du SPF SPSCAE, la répartition du nouveau flux de dentistes selon le sexe et la nationalité (belge/non belge), le flux de dentistes étrangers formés à l'étranger, le taux de survie, le nombre d'individus, la structure de la population et la consommation de soins par segment de la population.

Un scénario de base a été publié en juin 2016 et des scénarios alternatifs ont été publiés en mars 2017. Le scénario de base prend en compte les tendances historiques observées tandis que les scénarios alternatifs permettent à la Commission de planification d'exprimer sa vision sur l'avenir de la profession de dentiste. Les résultats du scénario de base donnent une image de l'aspect que "pourra" revêtir dans le futur l'offre médicale en dentistes, « *si les conditions et la politique restent inchangées* »²⁹.

4.2. Analyse du scénario de base

4.2.1 Analyse de l'offre

L'analyse de l'offre se fait suivant 13 paramètres qui vont être décrits ci-après. Il est à noter que « *les teintes sombres dans les tableaux informent sur les résultats (pourcentages, proportions, nombres) obtenus sur base des données historiques disponibles. Les chiffres figurant dans les teintes plus claires sont des projections fondées au départ de ces séries temporelles. La représentation graphique répète la même palette de couleurs et reflète donc*

²⁸Voir Annexe 2 pour une description de la composition exacte et du fonctionnement de la commission

²⁹ VIVET V., MIERMANS P.-J., JOUCK P., DELVAUX A., MIMILIDIS H., STEINBERG P., SOMER A., *Scénario de base : Dentisterie Générale*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, 2016.

les valeurs numériques des colonnes de gauche³⁰ ».

Paramètre 1 : nombre d'étudiants inscrits pour la première fois en 1ère année de dentisterie

Tableau 4.1: Nombre d'étudiants inscrits en première année ventilés par nationalité

	Communauté flamande			Communauté française			Représentation graphique	
	Belge	Non-belge	Total	Belge	Non-belge	Total	Com. flamande	Com. française
2006	113	15	128	103	74	177		
2007	66	14	80	128	70	198		
2008	113	12	125	125	72	197		
2009	101	17	118	223	153	376		
2010	107	13	120	272	290	562		
2011	81	11	92	323	375	698		
2012	93	11	104	308	194	502		
2013	90	18	108	324	184	508		
2014	88	13	101	318	251	569		
2015	88	13	101	63	26	89		
2016	88	13	101	63	26	89		
2017	88	13	101	63	26	89		
2018	88	13	101	63	26	89		
2019	88	13	101	63	26	89		
2024	88	13	101	63	26	89		
2029	88	13	101	63	26	89		
2034	88	13	101	63	26	89		

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Les étudiants sont ventilés en fonction de leur inscription en Communauté flamande et française et en fonction de leur nationalité. En moyenne, 87,3% des étudiants en Communauté flamande sont de nationalité belge contre 56,1% en Communauté française (moyenne de 2006 à 2013). Le nombre d'étudiants en première année est plus élevé en Communauté française qu'en Communauté flamande. Ceci s'explique par le fait qu'en Communauté flamande un examen d'entrée limite l'accès aux études de dentisterie. Nous pouvons également observer une explosion du nombre d'inscriptions à partir de 2009 en Communauté française suite à la suppression du numerus clausus. La proportion d'étudiants non belges a d'ailleurs augmenté en proportion également à partir de 2009 pour atteindre un pic en 2011 et se stabiliser à partir de 2012 aux alentours de 37%. Cette stabilisation est à mettre en parallèle avec le décret non résidents de la Communauté française. A partir de 2014 on estime le nombre d'inscrits en Communauté flamande à 101, ce qui correspond à la moyenne des inscrits des trois années précédentes. En Communauté française, on gèle le nombre d'inscrits à 89 à partir de l'année académique 2015-2016 car un numerus clausus devait être réinstauré. Ce filtre concernait

³⁰ MIERMANS P.-J., VIVET V., DELVAUX A., JOUCK P., MIMILIDIS H., STEINBERG P., SOMER A., *Scénarios de base de l'évolution de la force de travail « dentistes » 2012-2037*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, 2016.

l'accès à la deuxième année de bachelier mais dans la simulation, la Commission de planification a décidé de l'appliquer plus tôt, dès le début des études. Ce filtre n'aura finalement pas lieu suite à une décision du Conseil d'État pour l'année académique 2015-2016.

Paramètre 2 : taux de réussite

Tableau 4.2: Taux de réussite

	Communauté flamande				Communauté française				Représentation graphique	
	Belge		Non-belge		Belge		Non-belge			
	Taux de succès	Nbre dipl.	Taux de succès	Nbre dipl.	Taux de succès	Nbre dipl.	Taux de succès	Nbre dipl.	Com. flamande	Com. française
2010		96		4	0,37	45	0,40	23		
2011	0,72	81	0,40	6	0,40	41	0,26	19		
2012	1,35	89	0,93	13	0,33	42	0,27	19		
2013	0,88	100	0,83	10	0,46	57	0,19	14		
2014	0,92	93	0,88	15	0,36	77	0,21	34		
2015	0,80	86	0,85	11	0,36	73	0,21	62		
2016	0,86	70	0,86	9	0,36	116	0,21	79		
2017	0,86	80	0,86	9	0,36	111	0,21	41		
2018	0,86	77	0,86	15	0,36	117	0,21	39		
2019	0,86	76	0,86	11	0,36	115	0,21	53		
2024	0,86	76	0,86	11	0,86	54	0,86	22		
2029	0,86	76	0,86	11	0,86	54	0,86	22		
2034	0,86	76	0,86	11	0,86	54	0,86	22		

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en *Belgique*

Le taux de succès correspond au nombre de diplômes obtenus par rapport au nombre de nouveaux inscrits cinq années plus tôt. Les taux de réussite sont beaucoup plus faibles en Communauté française (entre 36 et 46%) qu'en Communauté flamande (entre 72 et 135%³¹). Cela s'explique par le fait qu'en Communauté flamande un filtre à l'entrée est effectué. A partir de l'année académique 2020-2021 le taux de réussite est fixé à 86%. Cela correspond à la moyenne des trois derniers taux de réussite connus en Communauté flamande.

Paramètre 3 : le taux de stage

Le taux de stage correspond au nombre de personnes qui entament le stage par rapport au nombre de personnes qui ont obtenu le diplôme de dentiste délivré par une université belge. Celui-ci se situe entre 90 et 100% pour les diplômés belges alors qu'il se situe entre 0 et 31%

³¹ Ce taux de 135% pourrait s'expliquer par le fait que le taux de succès employé correspond au nombre de diplômes obtenus par rapport au nombre de nouveaux inscrits cinq années plus tôt. On ne tient donc pas compte du taux de redoublement dans ce calcul. Un taux de réussite plus bas lors d'une ou plusieurs années antérieures peut être compensé par un taux plus élevé de réussite en 2012. Une explication a été demandée aux membres de la Commission de planification à ce sujet mais celle-ci n'a pas été fournie.

pour les diplômés non belges en Communauté flamande et entre 57 et 84% pour les diplômés non belges en Communauté française. Cela signifie que plus de la moitié des dentistes non belges ayant suivi leur master en Belgique ne feront pas partie du système de sécurité sociale belge. Le tableau complet du taux de stage se trouve en annexe 3. Il est à noter que l'agrément des dentistes est un système typiquement belge. Dans les autres pays européens, il n'est pas nécessaire d'obtenir un agrément pour pouvoir prêter au sein de leur Assurance Soins de Santé, le diplôme de master ou licence en sciences dentaires suffit. Cela signifie qu'un étudiant français ou néerlandais effectuant ses études de dentisterie en Belgique et ne souhaitant pas y travailler dans un premier temps peut retourner dans son pays d'origine et y travailler directement grâce à la directive européenne 2045-36-CE. Une grande part des étudiants étrangers en Communauté française sont de nationalité française et effectuent majoritairement leur stage en vue d'obtenir l'agrément en Belgique car les conditions d'exercice y sont plus avantageuses qu'en France (honoraires globalement plus élevés en Belgique). A contrario, en Communauté flamande les étudiants étrangers, majoritairement de nationalité néerlandaise n'effectuent pas leur stage en Belgique car les conditions de travail y sont moins avantageuses qu'aux Pays Bas (horaires moins étendus qu'en Belgique, pratique de groupe dans cabinet super équipés)

D'après la commission de planification, le calcul du taux de stage moyen s'effectue par la moyenne des trois années d'inscription les plus récentes pour lesquelles les données sont disponibles. Cette information n'est vérifiée que pour les diplômés non belges d'universités en Communauté flamande. En effet, la moyenne pour les diplômés belges en Communauté flamande est de 98,6% (contre 96% annoncés), pour les diplômés belges en Communauté française 89% (contre 91% annoncés) et pour les diplômés non belges en Communauté française 63% (contre 67% annoncés). Nous obtenons ainsi le nombre de dentistes en formation (DEF).

Paramètre 4 : répartition par spécialités

1) Dentisterie générale

Tableau 4.3: Taux de spécialisation

application du taux de spécialisation pour: Dentisterie Générale										
	Communauté flamande				Communauté française				Représentation graphique	
	Dipl. Be	Dipl. Non-Be	% spécialité	Nbre stagiaires	Dipl. Be	Dipl. Non-Be	% spécialité	Nbre stagiaires	Com. flamande	Com. française
2010	89	2	0,91	81	63	0	0,87	55		
2011	83	0	0,82	68	53	2	0,81	43		
2012	84	1	0,88	74	56	2	0,86	48		
2013	103	5	0,85	88	60	7	0,88	53		
2014	93	10	0,90	84	94	22	0,90	85		
2015	90	11	0,87	78	100	25	0,92	92		
2016	70	9	0,88	69	159	18	0,89	158		
2017	80	9	0,88	78	128	18	0,89	131		
2018	79	9	0,88	78	132	18	0,89	134		
2019	77	9	0,88	75	140	18	0,89	141		
2020	77	9	0,88	75	64	18	0,89	74		
2024	77	9	0,88	75	64	18	0,89	74		
2029	77	9	0,88	75	64	18	0,89	74		
2034	77	9	0,88	75	64	18	0,89	74		

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Dans ce tableau nous retrouvons dans la colonne « dipl.be » la somme des colonnes DEF du tableau de l'annexe 3. Il s'agit donc du nombre de personnes ayant obtenu un master en Belgique et qui entament le stage de sixième année, quelle que soit leur nationalité. Le nombre de « dipl.non be » correspond aux personnes munies d'un diplôme de base non-belge. La formule appliquée pour connaître le nombre de stagiaires global est celle-ci: $(BEL_DIP \times SPEC_RATE) + (NONBEL_DIP \times SPEC_RATE) = NOMBRE \text{ de STAGIAIRES par SPÉCIALITÉ}$. Ces données proviennent du cadastre (Banque de données fédérale des professionnels des soins de santé).

La commission de planification nous dit calculer un « taux de spécialisation » moyen basé sur les trois années d'inscription les plus récentes pour lesquelles des données sont disponibles et sur des informations au sujet des réorientations. Nous constatons à la vue de ce tableau que le nombre de stagiaires non diplômés en Communauté française a tendance à augmenter depuis 2013. Cette tendance à l'augmentation n'est pas prise en compte par la méthode de planification puisqu'on estime que de 2016 à 2034 on aura 18 stagiaires non belges par an, ce qui est inférieur aux 25 stagiaires de 2015. Il en va de même pour la Communauté flamande.

2) Orthodontie et parodontologie

Les tableaux concernant l'évolution de la force vive des orthodontistes et parodontologues sont construits de la même manière que ceux concernant les dentistes généralistes. C'est pourquoi nous faisons le choix de ne mettre dans ce mémoire que les tableaux récapitulatifs pour ces deux spécialités.

Tableau 4.4: Taux de spécialisation en orthodontie et parodontologie

application du taux de spécialisation pour: Orthodontie										
Communauté flamande				Communauté française				Représentation graphique		
	Dipl. Be	Dipl. Non-Be	% spécialité	Nbre stagiaires	Dipl. Be	Dipl. Non-Be	% spécialité	Nbre stagiaires	Com. flamande	Com. française
2010	89	2	0,02	2	63	0	0,10	6		
2011	83	0	0,10	8	53	2	0,09	5		
2012	84	1	0,04	3	56	2	0,11	6		
2013	103	5	0,08	8	60	7	0,07	4		
2014	93	10	0,05	5	94	22	0,06	6		
2015	90	11	0,07	6	100	25	0,06	6		
2016	70	9	0,06	5	159	18	0,07	13		
2017	80	9	0,06	5	128	18	0,07	11		
2018	80	9	0,06	5	132	18	0,07	11		
2019	77	9	0,06	5	140	18	0,07	12		
2020	77	9	0,06	5	67	18	0,07	6		
2024	77	9	0,06	5	67	18	0,07	6		
2029	77	9	0,06	5	67	18	0,07	6		
2034	77	9	0,06	5	67	18	0,07	6		

application du taux de spécialisation pour: Parodontologue										
Communauté flamande				Communauté française				Représentation graphique		
	Dipl. Be	Dipl. Non-Be	% spécialité	Nbre stagiaires	Dipl. Be	Dipl. Non-Be	% spécialité	Nbre stagiaires	Com. flamande	Com. française
2010	89	2	0,07	6	63	0	0,03	2		
2011	83	0	0,08	7	53	2	0,09	5		
2012	84	1	0,08	7	56	2	0,04	2		
2013	103	5	0,07	7	60	7	0,05	3		
2014	93	10	0,04	4	94	22	0,03	3		
2015	90	11	0,07	6	100	25	0,02	2		
2016	73	9	0,07	5	159	18	0,03	6		
2017	84	9	0,07	6	128	18	0,03	5		
2018	83	9	0,07	6	132	18	0,03	5		
2019	80	9	0,07	6	140	18	0,03	5		
2020	80	9	0,07	6	67	18	0,03	3		
2024	80	9	0,07	6	67	18	0,03	3		
2029	80	9	0,07	6	67	18	0,03	3		
2034	80	9	0,07	6	67	18	0,03	3		

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Dans les tableaux précédents, nous remarquons que nous avons, comme pour la dentisterie générale, des stagiaires qui n'ont pas obtenu leur diplôme en Belgique. Il y a cependant une grande différence entre les stagiaires en dentisterie générale et les stagiaires en orthodontie et parodontologie. En effet, les stagiaires en orthodontie et parodontologie sont sélectionnés via

un concours au sein des universités. Le concours est ouvert à toute personne détentrice d'un diplôme en dentisterie reconnu en Belgique. Une personne détentrice d'un diplôme de dentisterie espagnol par exemple, peut donc se présenter au concours d'orthodontie ou de parodontologie organisé par les diverses universités belges. A l'issue du concours, un classement est effectué entre les divers candidats. En fonction du nombre de places de stage au sein des universités, les « n » premiers candidats accéderont à la formation universitaire en orthodontie et parodontologie. Il est à noter que seuls les candidats détenteurs d'un diplôme belge et qui n'ont pas encore de numéro INAMI entrent dans le quota. Un dentiste diplômé d'une université belge et ayant un numéro INAMI de dentiste généraliste par exemple (ce qui signifie soit qu'il a été diplômé avant 2002 soit qu'il a effectué son stage de spécialisation en dentisterie générale), qui souhaite se spécialiser en orthodontie, doit s'inscrire au concours et le réussir. Sa réussite au concours dépend de son classement à celui-ci et du nombre de places disponibles en stage d'orthodontie au sein du service universitaire d'orthodontie et pas du quota fédéral de spécialistes en orthodontie.

Paramètre 5: taux d'achèvement et paramètre 6 : taux d'enregistrement

Le taux d'achèvement correspond au nombre de stagiaires ayant réussi la formation pratique dans une spécialité donnée par rapport au nombre de stagiaires entrants dans cette même spécialité. La Commission de planification calcule un taux d'achèvement moyen basé sur la moyenne des taux d'achèvement des cinq années précédentes. La période d'observation est ici plus longue en raison de la variation individuelle existante au niveau de la durée du stage. Le taux d'achèvement est fixé arbitrairement à 0,97 afin d'éviter que celui-ci soit supérieur à 1. En Communauté flamande le taux moyen d'achèvement moyen est de 1,008 et en Communauté française de 0,998. Il serait donc plus logique d'appliquer un taux d'achèvement moyen de 1,00 afin de coller le plus possible à la réalité dans le modèle de planification. Ces taux d'achèvement proches de 1,00 reflètent bien le constat fait au chapitre précédent à savoir que la sixième année de stage est peu encadrée et fait l'objet de peu de contrôles.

Le taux d'enregistrement correspond au nombre de personnes enregistrées dans le cadastre et autorisées à pratiquer en tant que spécialistes par rapport au nombre de personnes qui ont réussi leur année de stage. Le taux d'enregistrement moyen a également été arbitrairement fixé à 0,97 ce qui est clairement sous-estimé. Dans ce cas, un taux moyen de 1,00 aurait été plus

réaliste. Il est à noter que le taux d'enregistrement est quasiment toujours supérieur à 1, ce qui nous semble anormal (voir tableau en annexe 4). Les personnes interrogées à ce sujet au sein de la commission de planification n'ont pas fourni de réponse. Un taux supérieur à 1 peut s'expliquer en cas de report de l'année précédente. Cela peut arriver l'une ou l'autre année et c'est censé être compensé par un taux plus faible une autre année, ce qui n'est pas le cas ici.

Paramètre 7 : répartition par nationalité et paramètre 8 : répartition par sexe

Nous pouvons observer dans le tableau en annexe 5 une ventilation des personnes nouvellement enregistrées au cadastre en fonction de leur nationalité et de leur sexe. Nous pouvons remarquer qu'une féminisation de la profession s'opère. En effet, la proportion de femmes est assez élevée, oscillant entre 63 et 70% en Communauté flamande contre 57 à 75% en Communauté française.

Paramètre 9 : l'influx de professionnels étrangers formés à l'étranger

Tableau 4.5: Influx de dentistes généralistes étrangers

Influx des professionnels étrangers pour: Dentisterie Générale													
	Communauté flamande						Communauté française						
	Nbr BE	Nbre N-BE	% F N-BE	H N-BE	F N-BE	Représentation graphique	Nbr BE	Nbre N-BE	% F N-BE	H N-BE	F N-BE	Représentation graphique	
2010	70	8	75,0	2	6		67	43	46,5	23	20		
2011	78	27	51,9	13	14		44	30	50,0	15	15		
2012	101	31	64,5	11	20		53	54	44,4	30	24		
2013	83	49	55,1	22	27		82	93	51,6	45	48		
2014	91	36	57,2	15	20		57	59	48,7	30	29		
2015	79	36	57,2	15	20		80	59	48,7	30	29		
2016	73	36	57,2	15	20		87	59	48,7	30	29		
2017	65	36	57,2	15	20		149	59	48,7	30	29		
2018	73	36	57,2	15	20		123	59	48,7	30	29		
2019	73	36	57,2	15	20		126	59	48,7	30	29		
2020	71	36	57,2	15	20		133	59	48,7	30	29		
2021	71	36	57,2	15	20		69	59	48,7	30	29		
2024	71	36	57,2	15	20		69	59	48,7	30	29		
2029	71	36	57,2	15	20		69	59	48,7	30	29		
2034	71	36	57,2	15	20		69	59	48,7	30	29		

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Dans ce tableau, nous reprenons les données obtenues précédemment et nous y ajoutons les personnes diplômées à l'étranger qui entrent au cadastre belge (« nbre n-be »). Il est à noter que la définition « nbre be » est modifiée. En effet, il s'agit ici du nombre de diplômés du

master en Belgique ayant réussi leur sixième année et étant enregistrés au cadastre, quelque soit leur nationalité, ajouté au nombre de personnes ayant un master non belge et qui ont suivi et réussi la sixième année de stage en Belgique et qui sont enregistrées au cadastre, quelque soit leur nationalité.

Pour la planification, la commission considère un influx pour les années à venir équivalent à la moyenne des trois années connues précédentes. Cela n'est pas représentatif : en effet, la tendance est à l'augmentation. En appliquant cette méthode, nous sous-estimons l'influx de dentistes étrangers à court terme : l'influx de dentistes étrangers de 2014 à 2034 est évalué à 59 personnes par an en Communauté française alors que l'influx de 2013 est de 93 personnes. Il en est de même en Communauté flamande avec une évaluation de l'influx à 36 personnes de 2014 à 2034 alors que l'influx est de 49 personnes en 2013. Il n'y a pas non plus d'étude des tendances à long terme.

Si l'on veut connaître la proportion de dentistes ayant suivi un master en Belgique par rapport au nombre de dentistes nouvellement enregistrés au cadastre, il faut reprendre le détail des tableaux précédents. En 2013, en Communauté flamande, nous avons 83 dentistes BE et 49 dentistes NON-BE. Dans les dentistes BE il y a 1 dentiste qui n'a pas suivi son master en Belgique et qui a effectué et réussi sa sixième année de stage en Belgique. Sur les dentistes nouvellement inscrits au cadastre en 2013 en Communauté flamande nous avons 62,12% de dentistes ayant un master de dentisterie belge ($83-1/83+49$). En 2013, en Communauté française, nous avons 82 dentistes BE et 93 dentistes NON BE. Dans les dentistes BE, il y a 2 dentistes qui n'ont pas suivi leur master en Belgique et qui ont effectué et réussi leur sixième année de stage en Belgique. Sur les dentistes nouvellement inscrits au cadastre en 2013 en Communauté française nous avons 45,71% de dentistes ayant un master de dentisterie belge ($82-2/82+93$). Nous remarquons qu'en Communauté française en 2012 et 2013 il y a eu plus d'inscriptions au cadastre de dentistes ayant suivi leur formation à l'étranger que de dentistes ayant suivi leur formation en Belgique (master+stage).

Si l'on utilise les données ci-dessus et que l'on considère que pour 2016 l'influx de dentistes étrangers en Communauté française sera équivalent à l'influx de 2013, nous avons 87 dentistes BE et 93 NON-BE. Dans les dentistes BE, il y a 22 dentistes qui n'ont pas suivi leur

master en Belgique et qui ont effectué et réussi leur sixième année de stage en Belgique (25x0,92 taux de spécialisation x0,97 taux d'achèvement x0,97 taux d'enregistrement). Sur les dentistes nouvellement inscrits au cadastre en 2016 en Communauté française nous aurions donc 36,11% de dentistes ayant un master de dentisterie belge (87-22/87+93). Ces pourcentages importants de dentistes n'ayant pas suivi leur master en Belgique posent la question de l'équivalence des formations de dentisterie en Europe. Nous y reviendrons un peu plus loin dans ce mémoire.

Paramètre 10 : taux de survie

A ce stade, nous ajoutons au stock de dentistes de 2012 (cadastre) l'influx des 5 années suivantes (2013 à 2017) pour arriver au stock de 2017. Le taux de survie (données du SPF économie, direction générale statistique) est appliqué afin d'estimer les pertes liées à la mortalité. Le même taux est appliqué pour les différentes nationalités (Voir tableau complet en annexe 6).

La majorité de la force vive des dentistes en Belgique a, en 2012, entre 55 et 65 ans. Ces personnes ont donc actuellement entre 60 et 70 ans et une partie de ce stock est donc certainement pensionnée.

Paramètre 10 bis : taux de survie bis

L'évolution du stock de 2012 à 2037 est effectuée dans le tableau en annexe 7. Nous appliquons de nouveau un taux de survie basé sur le risque de mortalité en 2012. Les dentistes de plus de 75 ans sont notés dans les deux tableaux ci-dessus mais n'ont pas été repris dans les calculs de stock afin de ne prendre en considération que la population en âge de travailler.

Il est à noter que d'après la commission de planification, en 2037, 48,47% des dentistes en Communauté française auront été formés à l'étranger contre 26,92% en Communauté flamande (sans compter les dentistes ayant obtenu un master étranger et qui effectuent leur stage de spécialisation en Belgique).

Paramètre 11: taux de participation

Ici nous mesurons le taux de participation du stock de dentistes généralistes. Il y a 3 catégories : les actifs en Belgique, les non actifs en Belgique domiciliés en Belgique et les non actifs en Belgique domiciliés à l'étranger (tableau en annexe 8). Nous observons que pour la tranche d'âge 25-29 ans, nous avons 96,67% de dentistes actifs pour la Communauté flamande. Pour la tranche d'âge 65-69 ans, nous avons 65,23% de dentistes actifs et pour la tranche d'âge 70-74 ans nous avons 35,46% de dentistes actifs en Communauté flamande. Nous observons que pour la tranche d'âge 25-29 ans, nous avons 95,88% de dentistes actifs pour la Communauté française. Pour la tranche d'âge 65-69 ans, nous avons 59,70% de dentistes actifs et pour la tranche d'âge 70-74 ans nous avons 37,5% de dentistes actifs en Communauté flamande. Nous remarquons donc que les dentistes en Communauté française ont tendance à stopper leurs activités plus tôt qu'en Communauté flamande (59,70% d'actifs en Communauté française pour la tranche d'âge 65-69 ans contre 65,23% en Communauté flamande). Par contre, dans la tranche d'âge 70-74 ans, le taux de participation est légèrement plus élevé en Communauté française (37,5% en Communauté française contre 35,46% en Communauté flamande).

Paramètre 12: répartition selon le secteur d'activité

Les stocks de dentistes actifs obtenus précédemment sont répartis suivant quatre catégories : actifs dans le cadre de l'INAMI, actifs dans le cadre de l'ONSS, actifs dans les deux cadres (comb.), actifs dans un autre cadre comme nous pouvons le voir dans le tableau 4.6.

Tableau 4.6: Taux de répartition de secteur des dentistes généralistes

Dentisterie Générale : Communauté flamande										
		Taux de répartition de secteur				Répartition individus				Représentation graphique
		Act.	INAMI	Comb.	ONSS	Autre	INAMI	Comb.	ONSS	Autre
2012		3.984	0,91	0,04	0,01	0,03	3.639	158	58	129
2017		4.141	0,90	0,04	0,01	0,05	3.740	156	56	189
2022		4.004	0,90	0,04	0,01	0,05	3.591	153	52	208
2027		3.705	0,89	0,04	0,01	0,06	3.309	144	44	208
2032		3.390	0,89	0,04	0,01	0,06	3.018	143	38	191
2037		3.277	0,89	0,04	0,01	0,06	2.907	145	37	187

Dentisterie Générale : Communauté française										
		Taux de répartition de secteur				Répartition individus				Représentation graphique
		Act.	INAMI	Comb.	ONSS	Autre	INAMI	Comb.	ONSS	Autre
2012		3.216	0,94	0,02	0,01	0,03	3.008	80	22	106
2017		3.569	0,93	0,03	0,01	0,04	3.313	90	25	141
2022		3.775	0,92	0,03	0,01	0,05	3.479	94	23	179
2027		3.656	0,92	0,02	0,01	0,05	3.359	80	20	187
2032		3.562	0,92	0,02	0,01	0,05	3.253	86	21	192
2037		3.571	0,91	0,02	0,01	0,05	3.256	87	22	196

Source: Commission de planification de l'offre dentaire)

Paramètre 13: taux d'activité

Ici, un taux d'activité est appliqué aux stocks obtenus précédemment. Cela permet d'évaluer le nombre d'équivalents temps plein (ETP), sur base du taux d'activité observé en 2012 au sein des différents segments de la population (tableaux en annexe 9) .

Pour les dentistes actifs en tant que salarié (actifs dans le système ONSS), les ETP sont calculés en fonction du volume total de travail réellement fourni au cours des quatre trimestres de l'année. Le calcul est effectué sur la base des informations dont disposent l'ONSS et l'ONSS-APL sur les journées de travail accomplies par chaque salarié.

Le calcul des ETP pour les dentistes actifs dans le système INAMI se base sur le montant médian des remboursements effectués annuellement par l'INAMI, lié aux prestations au sein

du groupe de référence des dentistes actifs dans la tranche d'âge 45-54ans. Ce groupe de référence a été choisi arbitrairement. L'activité médiane de ce groupe d'âge est mise en avant comme un niveau d'activité optimum. L'hypothèse est qu'à ce moment de sa carrière professionnelle, le dentiste atteint le stade optimal de son activité. Le groupe de travail dentiste considère qu'un dentiste plus jeune n'a pas encore suffisamment de patientèle et qu'un dentiste plus âgé peut envisager de réduire pour convenance personnelle son activité. Un ETP équivaut à 107.337€ de remboursement INAMI pour les dentistes généralistes. Des limites méthodologiques existent. En effet, les équivalents temps plein sont calculés sur base du montant des remboursements INAMI et pas sur base du temps de travail des praticiens (comme c'est le cas pour les employés). Si tous les membres d'une spécialité exercent une activité qui n'est pas prestée à la hauteur optimale (par exemple en raison de l'offre excédentaire de professionnels d'une spécialité donnée), ceci ne sera pas reflété dans le calcul des ETP: la valeur médiane choisie comme référence recevra la valeur 1 ETP, alors que dans une telle situation le profil de prestations médian ne correspond probablement pas à un temps plein. Ce raisonnement fonctionne également en sens inverse, dans le cas d'une surcharge d'activité des professionnels. L'unité 1 de l'ETP peut alors correspondre à une activité qui excède (largement) un temps plein. En pratique, la Commission de planification ne dispose d'aucun élément pour déterminer l'activité optimale. Par défaut l'activité de la tranche d'âge 45-54 ans est donc définie comme telle.

Pour les dentistes actifs dans la tranche d'âge 65-69 ans dans le cadre de l'INAMI en Communauté flamande, le taux d'activité moyen est de 43,67% $(0,59+0,26+0,46/3)$. Pour la tranche d'âge 70-74 ans il est de 20% $(0,4+0,2/2)$. Pour les dentistes actifs dans la tranche d'âge 65-69 ans dans le cadre de l'INAMI en Communauté française, le taux d'activité moyen est de 32,25% $(0,55+0,37+0,22+0,15/4)$. Pour la tranche d'âge 70-74 ans il est de 20,40% $(0,45+0,15+1,22/3)$. On peut également noter que le taux d'activité des femmes est toujours inférieur au taux d'activité des hommes quelle que soit la catégorie d'âge (exception faite de la catégorie 25-29 ans N-BE) pour la catégorie actifs au sein de l'INAMI. Cela pose la question de l'évolution de la force vive des dentistes compte tenu de la féminisation de la profession.

En résumé, la Commission de planification prend en compte dans son analyse de l'offre dentaire tous les dentistes réellement actifs au sein de notre pays en 2012 auxquels elle ajoute l'influx de nouveau dentistes, qu'ils soient issus de nos universités nationales ou pas. Elle

prend également en compte le taux d'activité des différentes tranches de la population dentaire.

4.2.2. Analyse de la demande

La commission de planification prend en compte la densité de population pour les années à venir comme nous pouvons le voir dans la figure 4.1. Pour ce faire, la commission a utilisé des projections démographiques qui sont multipliées par un taux de consommation de soins. Le taux de consommation par tranche d'âge est obtenu en faisant la moyenne de la consommation de soins dans le cadre des remboursements de l'assurance soins de santé des années 2011, 2012 et 2013.

Figure 4.1: Densité de population, taux de consommation soins en dentisterie générale et population pondérée

Communauté flamande							
Catégorie d'âge	Population		Taux de consommation		Population pondérée		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
< 05	179.938	188.641	0,13	0,13	23.337	25.157	
05-09	169.526	177.954	1,11	1,11	187.964	197.630	
10-14	170.769	177.911	1,20	1,09	205.420	194.662	
15-19	181.571	189.038	0,96	0,89	174.038	168.032	
20-24	194.737	198.548	0,84	0,78	164.427	154.768	
25-29	199.159	199.888	0,94	0,88	186.718	175.475	
30-34	210.288	213.161	1,12	0,94	234.932	201.318	
35-39	205.472	210.480	1,16	0,99	237.346	208.900	
40-44	229.694	236.663	1,18	0,99	269.918	234.807	
45-49	247.621	256.234	1,12	0,96	276.773	246.705	
50-54	238.337	243.683	1,24	1,13	294.970	274.920	
55-59	215.024	217.323	1,24	1,09	265.681	237.042	
60-64	194.071	192.697	1,18	1,09	229.933	210.119	
65-69	168.027	160.725	1,16	1,18	195.590	189.588	
70-74	146.945	129.131	1,13	1,10	165.660	141.970	
75-79	141.464	111.352	1,12	1,11	158.112	123.291	
80-84	116.337	76.724	0,90	1,01	104.289	77.140	
85-89	72.829	37.667	0,71	0,84	51.509	31.505	
90-94	26.027	10.057	0,57	0,79	14.838	7.987	
> 95	6.996	1.662	0,20	0,32	1.366	534	
	3.314.831	3.229.539			3.442.821	3.101.549	
Communauté française							
Catégorie d'âge	Population		Taux de consommation		Population pondérée		
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
< 05	135.957	142.635	0,14	0,16	19.155	22.318	
05-09	130.443	136.000	1,22	1,26	159.718	171.592	
10-14	128.897	134.655	1,25	1,11	161.626	148.856	
15-19	131.010	136.230	0,97	0,83	127.149	113.593	
20-24	148.453	147.652	0,72	0,72	107.082	106.576	
25-29	148.991	146.460	0,94	0,81	139.496	118.255	
30-34	151.364	151.533	1,03	0,83	156.622	125.233	
35-39	153.231	156.673	1,10	0,90	168.665	140.224	
40-44	156.789	161.119	1,16	0,95	181.767	152.326	
45-49	159.702	161.509	1,11	0,92	176.564	149.088	
50-54	155.984	153.179	1,32	1,12	205.638	171.012	
55-59	144.744	138.204	1,29	1,19	186.202	165.153	
60-64	135.133	126.501	1,28	1,14	172.840	144.750	
65-69	102.867	90.393	1,34	1,33	138.099	120.131	
70-74	87.384	69.876	1,18	1,18	103.475	82.788	
75-79	84.608	59.188	1,09	1,15	92.349	68.342	
80-84	75.962	43.274	0,93	1,03	70.658	44.495	
85-89	51.495	22.077	0,81	0,95	41.512	21.067	
90-94	19.376	6.193	0,52	0,78	10.013	4.824	
> 95	4.926	911	0,35	0,66	1.719	605	
	2.307.316	2.184.262			2.420.351	2.071.227	

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

La consommation moyenne pondérée 2011-12-13 de la population totale de chaque Communauté linguistique est égal à 1. Dans le scénario de base, la commission de planification estime que la consommation de soins reste stable. La figure 4.1 reprend la population pondérée de 2012. Nous calculons ensuite l'évolution probable de la population pour les années 2017, 2022, 2027, 2032 et 2037 : la « population pondérée » est obtenue en multipliant la population attendue par le taux de consommation.

4.2.3. Récapitulatif

Nous voyons ci-dessous deux tableaux récapitulatifs reprenant les projections du nombre de dentistes généralistes actifs pour 10.000 habitants pour les années 2017, 2022, 2027, 2032 et 2037.

Tableau 4.7: Résultats du scénario de base en Communauté flamande

Communauté flamande						
	2012	2017	2022	2027	2032	2037
Population	6.544.370	6.708.210	6.842.599	6.951.595	7.033.998	7.101.730
Population pondérée	6.544.370	6.725.239	6.864.424	6.971.579	7.048.358	7.089.299
Total actif - nombre	3.855	3.952	3.795	3.497	3.198	3.090
Total actif - densité	5,89	5,89	5,55	5,03	4,55	4,35
Total actif - densité pondérée	5,89	5,88	5,53	5,02	4,54	4,36
ETP total - nombre	4.013	3.770	3.433	3.120	2.991	3.007
ETP total - densité	6,13	5,62	5,02	4,49	4,25	4,23
ETP total - densité pondérée	6,13	5,61	5,00	4,48	4,24	4,24
Actif INAMI - nombre	3.797	3.896	3.744	3.453	3.161	3.052
Actif INAMI - densité	5,80	5,81	5,47	4,97	4,49	4,30
Actif INAMI - densité pondérée	5,80	5,79	5,45	4,95	4,48	4,31
ETP INAMI - nombre	3.869	3.629	3.303	3.005	2.883	2.899
ETP INAMI - densité	5,91	5,41	4,83	4,32	4,10	4,08
ETP INAMI - densité pondérée	5,91	5,40	4,81	4,31	4,09	4,09
Actif ONSS - nombre	216	212	204	188	181	182
Actif ONSS - densité	0,33	0,32	0,30	0,27	0,26	0,26
Actif ONSS - densité pondérée	0,33	0,32	0,30	0,27	0,26	0,26
ETP ONSS - nombre	144	141	130	115	107	108
ETP ONSS - densité	0,22	0,21	0,19	0,16	0,15	0,15
ETP ONSS - densité pondérée	0,22	0,21	0,19	0,16	0,15	0,15

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Tableau 4.8: Résultats du scénario de base en Communauté française

Communauté française						
	2012	2017	2022	2027	2032	2037
Population	4.491.578	4.628.860	4.743.267	4.841.196	4.921.001	4.987.809
Population pondérée	4.491.578	4.654.929	4.779.925	4.888.449	4.970.126	5.026.158
Total actif - nombre	3.110	3.428	3.596	3.469	3.370	3.375
Total actif - densité	6,92	7,41	7,58	7,16	6,85	6,77
Total actif - densité pondérée	6,92	7,36	7,52	7,10	6,78	6,72
ETP total - nombre	2.935	2.956	2.984	2.840	2.825	2.880
ETP total - densité	6,54	6,39	6,29	5,87	5,74	5,77
ETP total - densité pondérée	6,54	6,35	6,24	5,81	5,68	5,73
Actif INAMI - nombre	3.088	3.403	3.573	3.449	3.349	3.353
Actif INAMI - densité	6,88	7,35	7,53	7,12	6,81	6,72
Actif INAMI - densité pondérée	6,88	7,31	7,48	7,05	6,74	6,67
ETP INAMI - nombre	2.854	2.862	2.886	2.760	2.742	2.796
ETP INAMI - densité	6,35	6,18	6,08	5,70	5,57	5,61
ETP INAMI - densité pondérée	6,35	6,15	6,04	5,65	5,52	5,56
Actif ONSS - nombre	102	115	117	100	107	109
Actif ONSS - densité	0,23	0,25	0,25	0,21	0,22	0,22
Actif ONSS - densité pondérée	0,23	0,25	0,25	0,20	0,22	0,22
ETP ONSS - nombre	82	94	98	80	82	84
ETP ONSS - densité	0,18	0,20	0,21	0,16	0,17	0,17
ETP ONSS - densité pondérée	0,18	0,20	0,21	0,16	0,17	0,17

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Nous remarquons que le nombre de dentistes actifs projetés ainsi que d'ETP par 10.000 habitants ne fait que chuter jusqu'en 2037. Cela montre que si les conditions actuelles sont maintenues, nous aurons moins de dentistes généralistes par 10.000 habitants alors que le besoin est supposé constant. Nous constatons une chute de 31% d'ETP-densité pondérée en Communauté flamande et de 12% en Communauté française en 2037 par rapport à la situation en 2012. La différence entre les deux Communautés peut s'expliquer par le fait qu'en Communauté française le contingentement n'a pas été respecté par les universités pendant quelques années et également par l'immigration qui est beaucoup plus importante du côté francophone que du côté flamand.

Figure 4.2: Projection de l'évolution du nombre de dentistes actifs, du nombre d'ETP et du nombre ETP-densité pondérée au sein de l'INAMI de 2012 à 2037

Spécialité	Communauté flamande											
	INAMI actif - nombre				INAMI ETP - nombre				INAMI ETP - densité pondérée			
	'12	'37	% '12-'37	% évol. '12-'37	'12	'37	% '12-'37	% évol. '12-'37	'12	'37	% '12-'37	% évol. '12-'37
Dentisterie générale	3.797	3.052	-19,62		3.869	2.899	-25,07		5,91	4,09	-30,83	
Parodontologie	93	202	116,74		92	151	65,16		0,14	0,22	59,66	
Orthodontie	226	265	17,32		282	195	-30,78		0,43	0,27	-36,60	

Spécialité	Communauté française											
	INAMI actif - nombre				INAMI ETP - nombre				INAMI ETP - densité pondérée			
	'12	'37	% '12-'37	% évol. '12-'37	'12	'37	% '12-'37	% évol. '12-'37	'12	'37	% '12-'37	% évol. '12-'37
Dentisterie générale	3.088	3.353	8,58		2.854	2.796	-2,02		6,35	5,56	-12,44	
Parodontologie	46	93	101,25		39	37	-4,80		0,06	0,05	-7,97	
Orthodontie	170	231	35,63		161	152	-5,54		0,25	0,21	-13,49	

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Nous remarquons également une diminution du nombre d'ETP-densité pondérée d'orthodontistes : 36,60% d'ETP-densité pondérée en Communauté flamande et 13,49% en Communauté française.

Pour ce qui est de la parodontologie, nous constatons une diminution de 7,97% d'ETP-densité pondérée en Communauté française contre une augmentation de 59,66% en Communauté flamande. Le cas de la parodontologie est quelque peu particulier : en effet, cette spécialisation est reconnue en Belgique depuis seulement 15 ans et la plupart des soins de parodontologie se font hors nomenclature, ce qui signifie que la plupart des soins de parodontologie ne sont pas remboursés par le système de sécurité sociale belge.

De manière globale, si l'on maintient le système tel qu'il est décrit dans le scénario de base, le nombre de praticiens de l'art dentaire va fortement diminuer dans les années à venir, créant par là-même, une pénurie par rapport à la situation actuelle.

Plusieurs autres éléments sont également à prendre en compte. Premièrement, la féminisation de la profession. D'après la Commission de planification, en 2037, 67% des dentistes en Communauté flamande et 57% en Communauté française seront des femmes contre 46% en 2012. D'après l'étude MAS de 2009 menée par la Commission de planification³², les dentistes de sexe féminin travaillent en moyenne 7 heures de moins par semaine que leur collègues de sexe masculin. Le modèle de planification utilisé permet de prendre en compte la féminisation de la profession dans le calcul du nombre d'ETP (et pas dans le calcul du nombre d'actifs puisqu'à ce moment aucune différence n'est faite entre les hommes et les femmes).

Deuxièmement, quel est le niveau de formation des dentistes n'ayant pas suivi leur master en Belgique ?

Troisièmement, quelle est la répartition des praticiens sur le territoire belge ? La commission de planification définit un quota global à atteindre mais aucune mesure n'est prise pour répartir de manière harmonieuse cette offre. Il est très difficile d'obtenir des chiffres exacts sur ce point. En effet, les différents organismes étatiques prennent en compte l'adresse de domiciliation des dentistes comme référence et pas le lieu d'exercice (adresse du cabinet dentaire). Il est vrai qu'il est plus difficile d'obtenir ces données, même si cela n'est pas impossible. En effet, tous les dentistes accrédités doivent recenser une fois par an leur lieu d'exercice. Pour ceux-là au moins, les données du lieu d'exercice sont disponibles. Il pourrait être envisageable d'imposer cette mesure pour le maintien de l'agrément. Comme l'agrément doit être maintenu obligatoirement pour pouvoir exercer en Belgique, nous connaîtrions ainsi tous les lieux de travail des praticiens actifs.

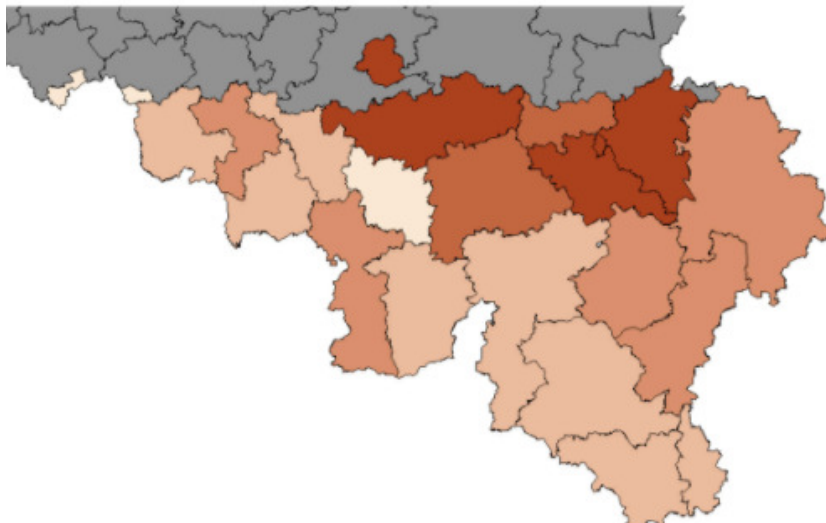
La SMD (Société de Médecine Dentaire), une association professionnelle a d'ailleurs publié une carte de la répartition des dentistes à Bruxelles et en Wallonie (figure 18). Cette carte se base sur les données de la Commission de planification. Elle prend donc en compte le nombre de dentistes actifs répartis selon leur lieu de domicile et pas de travail. Sur cette figure nous pouvons observer de grandes disparités quant à la densité de praticiens. Une densité plus importante est visible dans les arrondissement de Bruxelles, Nivelles-Brabant Wallon, Liège et Huy. La densité maximale est observée à Bruxelles avec un dentiste pour 1.110 habitants.

³² CLAES A. (dir.), *Modèles de planification des professions de santé – Groupe de professionnels : dentistes*, Service de planification des professions de la santé, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, Mai 2009.

L'arrondissement de Charleroi et de Mouscron sont les plus mal lotis avec respectivement un dentiste pour 2.260 et 2.489 habitants. La moyenne belge est de un dentiste pour 1.486 habitants tandis que la moyenne en Wallonie est de un dentiste pour 1.639 habitants (de 1.120 à 2.149) et la moyenne en Flandre de un dentiste pour 1.500 habitants (de 1.145 à 2001).

Ceci a d'ailleurs été le sujet d'une question parlementaire de Mme Gonzalez Moyano à Mr Prévot, Ministre des travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine avec la suggestion de mettre en place des incitants financiers, tels que des primes à l'installation pour promouvoir l'installation de dentistes dans ces régions à faible densité de dentistes³³. En effet, en vertu du principe de libre installation des dentistes en Belgique, aucune mesure restrictive ne peut être prise (sauf modification législative).³⁴

Figure 4.3: Répartition des dentistes à Bruxelles et en Wallonie



Source: SMD

Une étude plus poussée avec les données du lieu d'exercice plutôt que du lieu de domicile des dentistes devrait être effectuée pour valider le constat tiré de l'illustration 18. On pourrait également mettre en parallèle cette carte avec le nombre d'ETP prestés. Une politique d'incitation à l'installation des jeunes médecins se fait pour l'instant via le fonds Impulseo. Nous pourrions imaginer le même système pour les dentistes.

³³ Question d'actualité de Mme Gonzalez Moyano à Mr Prévot sur la « présence des dentistes en Wallonie », 27/01/2016

³⁴ Légende de la carte : plus la teinte est claire, plus la densité de dentistes par habitants est faible. En blanc la densité de dentistes est égale ou inférieure à un dentiste pour 2250 habitants ; en rose pâle la densité de dentistes est comprise entre un dentiste pour 2250 et un dentiste pour 1900 habitants ; en rose foncé la densité est comprise entre un dentiste pour 1900 et un dentiste pour 1600 habitants ; en rouge moyen la densité est comprise entre un dentiste pour 1600 et un dentiste pour 1300 habitants ; en rouge foncé la densité est égale ou supérieure à un dentiste pour 1300 habitants.

4.3. Scénario alternatif

Le scénario de base décrit ci-dessus ne reproduit que les tendances historiques, ce qui signifie que l'on considère que la politique et la situation restent inchangées. C'est pourquoi les scénarii alternatifs ont été étudiés afin d'exprimer la vision du futur de la profession de la part des membres du groupe de travail Dentistes de la Commission de planification. Tous les scénarii ont été élaborés par le même groupe de travail. Les scénarii alternatifs reposent sur des hypothèses de travail qui seront listées ci-dessous.

Plusieurs points ont été pris en compte dans ces scénarii à savoir :

- un filtre au commencement des études de dentisterie en Communauté française à partir de l'année académique 2018-2019. Le nombre d'étudiants est fixé à 89. Il est possible que le filtre soit déjà appliqué pour l'année académique 2017-2018 pour tenir compte d'éventuels litiges juridiques.
- Réduction progressive du temps de travail à partir des cohortes 1983-1987 en raison de la tendance sociétale visant un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Le groupe de travail décide de diminuer de 12,5% le taux d'activité de chaque dentiste à partir de la cohorte 1983-1987. Cette réduction est partiellement contrecarrée par une augmentation de l'efficacité via la mise en place d'une filière de formation d'assistants bucco-dentaires en Flandre et par l'organisation des praticiens en cabinet de groupe. La diminution du taux d'activité est finalement estimée à 7,5% pour les dentistes en Communauté flamande et à 10% en Communauté française.
- Prise en compte de la formation d'assistants bucco-dentaires en Communauté flamande à partir de l'année académique 2016-2017. Nous avons en ce moment 234 étudiants dans les deux écoles flamandes d'assistants bucco-dentaires. Vu le nombre important d'étudiants venant des Pays Bas et le faible taux de réussite en première session de la formation (20%), le groupe de travail décide de prendre en compte l'arrivée de 50 assistants bucco-dentaires par an sur le marché du travail et considère que seule une petite partie de l'activité des assistants bucco-dentaires se substituera aux soins dentaires réalisés par les dentistes généralistes. Leurs principales tâches couvriront de nouveaux besoins ou des besoins non couverts actuellement. Une

estimation basse et prudente a donc été choisie : ¼ des diplômés, soit 12 personnes (50/4). Ainsi, chaque année, 12 hygiénistes bucco-dentaires sont ajoutés à la force de travail des dentistes généralistes et ce, de façon cumulative, à partir de 2020 ; 10 en Communauté flamande et 2 en Communauté française pour la région de Bruxelles-Capitale.

- Allongement de la carrière et report de l'âge de la pension. Pour tenir compte de la prolongation de la carrière et de l'augmentation de l'âge de la pension, il a été décidé de décaler le taux d'activité des catégories d'âges plus âgées. Ainsi, dans le scénario alternatif, le taux d'activité des femmes de 55 à 60 ans a été appliqué à la catégorie d'âge supérieure soit aux femmes de 60 à 65 ans, et ainsi de suite pour les tranches d'âges suivantes. De même, le taux d'activité des hommes de 55 à 60 ans a été appliqué aux hommes âgés de 60 à 65 ans, et le taux d'activité des hommes âgés de 60 à 65 ans a été appliqué à celui de 65-70 ans, et ainsi de suite pour les tranches d'âges suivantes.³⁵

4.3.1. En Flandre

Le tableau 4.9 nous présente une projection de l'évolution de l'effectif pour les dentistes généralistes en Communauté flamande.

Tableau 4.9: Résultats du scénario alternatif dentiste généraliste en Communauté flamande

Dentiste généraliste - Communauté flamande – Scénario alternatif													
Inscript.	Taux de réussite	Diplômés	Taux de stage	DEF dip bel	DEF dip non-bel	Total DEF	% Spécialité	DEF spécialité	Infl. prof. étrangers				
101	x 0,86	= 87	x 0,88	= 76	+ 9	= 85	x 85,42	= 73	36				
INAMI													
Projections	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	
Actif - nombre	3.568	3.370	2.916	-5,56	-18,27		216	215	208	-0,35	-3,60		
Actif - densité pondérée	5,45	4,91	4,11	-9,97	-24,55		0,33	0,31	0,29	-5,00	-11,01		
ETPs - nombre	3.851	3.161	2.739	-17,92	-28,88		137	120	108	-11,97	-21,31		
ETPs - densité pondérée	5,88	4,60	3,86	-21,75	-34,35		0,21	0,18	0,15	-16,07	-27,36		

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

³⁵ STEINBERG P. (dir.), *Scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail « dentiste » 2012-2037*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Bruxelles, Mars 2017.

Nous remarquons que le nombre de dentistes actifs chute fortement de 2012 à 2037, avec une diminution de 18,27% du nombre de dentistes actifs au sein de l'INAMI et une chute de 28,88% du nombre d'ETPs. Cette diminution plus importante du nombre d'ETPs s'explique par le fait que le modèle utilisé prend en compte une réduction du temps de travail des dentistes à partir de la cohorte 1983-1987.

On peut s'interroger sur cette réduction du temps de travail : conceptuellement c'est tout à fait acceptable. Mais dans les faits, si le nombre d'actifs chute de 18% entre 2012 et 2037, les dentistes sur le marché du travail vont-ils réussir à limiter leurs activités ? Si tel est le cas, les délais de rendez-vous risquent de fameusement augmenter, ce qui n'est pas pour servir le patient. Dans le cas contraire, les dentistes actifs vont maintenir voire augmenter leurs horaires de consultation et ainsi leurs ETPs. Si nous prenons en compte le nombre d'ETPs-densité pondérée, la diminution est encore plus importante et s'élève à 34,35% de 2012 à 2037. De plus, le nombre d'actifs-densité pondérée en 2012 (5,45) est déjà nettement inférieur à la moyenne européenne qui était en 2008 de 7,1. Cette chute importante des effectifs de dentistes en Communauté flamande est alarmante et impose que l'on adapte les quotas à la hausse dans cette Communauté.

4.3.2. En Communauté française

La situation pour les dentistes généralistes en Communauté française est moins problématique qu'en Communauté flamande comme nous pouvons le voir dans le tableau 4.10. Nous observons une hausse de 11,89% du nombre de dentistes actifs mais une diminution de 4,20% du nombre d'ETPs et de 14,39% du nombre ETPs-densité pondérée. Cette différence s'explique également par le modèle utilisé, comme décrit ci-dessus. Cette hypothèse de la diminution du nombre d'ETP presté par dentiste devra être vérifiée lors des années à venir afin de valider ce modèle.

Tableau 4.10: Résultats du scénario alternatif dentiste généraliste en Communauté française

Dentiste généraliste - Communauté française - Scénario alternatif													
Inscript.	Taux de réussite	Diplômés	Taux de stage	DEF dip bel	DEF dip non-bel	Total DEF	% Spécialité	DEF spécialité	Infl. prof. étrangers				
89	x 0,86	= 77	x 0,83	= 64	+ 18	= 82	x 86,36	= 71	59				
INAMI							ONSS						
Projections	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	
Actif - nombre	2.895	3.366	3.239	16,26	11,89		102	125	116	23,02	13,86		
Actif - densité pondérée	6,45	7,04	6,44	9,25	-0,01		0,23	0,26	0,23	15,60	1,75		
ETPs - nombre	2.840	2.846	2.721	0,18	-4,20		78	98	85	25,50	8,26		
ETPs - densité pondérée	6,32	5,95	5,41	-5,86	-14,39		0,17	0,21	0,17	17,93	-3,26		

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

La relative stabilité observée a pu exister par le non-respect des quotas fixés au niveau de la Communauté française (suppression du numerus clausus depuis 2008 et annulation du concours pour l'année académique 2015-2016) et également par l'afflux important de dentistes formés en dehors de la Belgique. Cet afflux important pose la question de l'équivalence des diplômes d'une part mais également de la justice ou plutôt de l'injustice à l'égard de nos propres étudiants.

4.3.3. Dentistes-spécialistes

Tableau 4.11: Résultats du scénario alternatif dentiste en parodontologie en Belgique

Dentiste-spécialiste en Parodontologie - Communauté flamande - Scénario alternatif													
Inscript.	Taux de réussite	Diplômés	Taux de stage	DEF dip bel	DEF dip non-bel	Total DEF	% Spécialité	DEF spécialité	Infl. prof. étrangers				
101	x 0,86	= 87	x 0,88	= 76	+ 9	= 85	x 7,72	= 7	0				
INAMI							ONSS						
Projections	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	
Actif - nombre	90	150	214	66,23	137,99		23	39	60	71,27	159,49		
Actif - densité pondérée	0,14	0,22	0,32	60,53	130,08		0,04	0,06	0,09	65,40	150,85		
ETPs - nombre	92	131	188	42,30	104,80		15	19	26	20,62	65,86		
ETPs - densité pondérée	0,14	0,19	0,28	37,43	97,99		0,02	0,03	0,04	16,49	60,34		

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Tableau 4.11: Résultats du scénario alternatif dentiste en parodontologie en Belgique

Dentiste-spécialiste en Parodontologie - Communauté française – Scénario alternatif												
Inscript.	Taux de réussite	Diplômés	Taux de stage	DEF dip bel	DEF dip non-bel	Total DEF	% Spécialité	DEF spécialité	Infl. prof. étrangers			
89	x 0,85	= 77	x 0,83	= 64	+ 18	= 82	x 5,67	= 5	0			
INAMI							ONSS					
Projections	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37
Actif - nombre	44	84	134	91,82	204,70		8	17	28	112,86	248,93	
Actif - densité pondérée	0,10	0,18	0,27	78,71	172,43		0,02	0,04	0,06	98,31	211,98	
ETPs - nombre	39	49	94	25,59	143,02		8	4	8	-49,57	-5,68	
ETPs - densité pondérée	0,09	0,10	0,19	17,00	117,28		0,02	0,01	0,01	-53,02	-15,66	

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Ci-dessus nous pouvons observer les tableaux récapitulatifs de l'évolution du nombre de dentistes spécialistes en parodontologie. Dans les deux Communautés, le nombre d'actifs ainsi que les ETPs-densité pondérée augmentent fortement. Ceci peut s'expliquer par le fait que la spécialité de parodontologie est reconnue depuis peu de temps (seulement depuis 2001). La formation universitaire de parodontologie existe depuis bien plus longtemps et les diplômés exerçaient la parodontologie avec un numéro INAMI de généraliste. Lorsque la spécialisation a été reconnue, les diplômés en parodontologie ont eu le choix de garder leur numéro INAMI de dentiste généraliste ou de demander sa transformation en numéro INAMI de spécialiste en parodontologie. Beaucoup de parodontologues ont conservé leur numéro INAMI de dentiste généraliste pour continuer à avoir accès à toute la nomenclature dentaire car peu d'entre eux exerçaient une activité exclusive de parodontologie. Ceci explique le nombre de parodontologues actifs particulièrement faible en 2012 et l'augmentation importante de celui-ci. De plus, la parodontologie rencontre un réel besoin de la population au moment où la non-invasivité des traitements dentaires est de plus en plus recherchée.

Tableau 4.12: Résultats du scénario alternatif dentiste spécialiste en orthodontie en Belgique

Dentiste-spécialiste en Orthodontie - Communauté flamande – Scénario alternatif												
Inscript.	Taux de réussite	Diplômés	Taux de stage	DEF dip bel	DEF dip non-bel	Total DEF	% Spécialité	DEF spécialité	Infl. prof. étrangers			
101	x 0,86	= 87	x 0,88	= 76	+ 9	= 85	x 6,86	= 6	3			
INAMI							ONSS					
Projections	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37
Actif - nombre	218	268	247	22,73	13,46		20	27	21	36,01	5,73	
Actif - densité pondérée	0,33	0,38	0,35	15,37	3,91		0,03	0,04	0,03	27,86	-3,17	
ETPs - nombre	282	257	229	-8,85	-18,57		9	6	5	-32,31	-46,42	
ETPs - densité pondérée	0,43	0,37	0,32	-14,32	-25,42		0,01	0,01	0,01	-36,37	-50,93	

Dentiste-spécialiste en Orthodontie - Communauté française – Scénario alternatif												
Inscript.	Taux de réussite	Diplômés	Taux de stage	DEF dip bel	DEF dip non-bel	Total DEF	% Spécialité	DEF spécialité	Infl. prof. étrangers			
89	x 0,86	= 77	x 0,83	= 64	+ 18	= 82	x 7,97	= 7	1			
INAMI							ONSS					
Projections	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37	2012	2022	2037	% '12-'22	% '12-'37	% évol. '12-'37
Actif - nombre	163	219	246	34,64	51,20		7	10	10	46,49	37,90	
Actif - densité pondérée	0,36	0,46	0,50	26,45	37,58		0,02	0,02	0,02	37,58	25,48	
ETPs - nombre	159	181	192	14,01	20,95		5	3	3	-27,73	-43,85	
ETPs - densité pondérée	0,35	0,38	0,39	7,08	10,05		0,01	0,01	0,01	-32,12	-48,91	

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Pour l'orthodontie, nous observons une augmentation du nombre d'actifs dans les deux Communautés (tableau 4.12). En Communauté française le bilan total est positif avec une augmentation du nombre d'ETPs-densité pondérée de 10,05% entre 2012 et 2037. En Communauté flamande par contre, les ETPs-densité pondérée chute de 25,42% ce qui, de nouveau, semble alarmant.

De manière globale, le scénario alternatif, publié en 2017, présente une situation moins alarmante que le scénario de base, publié en 2014 sauf pour les dentistes généralistes, surtout en Communauté flamande.

Les hypothèses posées pour l'élaboration des scénarii alternatifs devront être validées dans les années à venir afin d'estimer si celles-ci s'avèrent exactes. Une réévaluation pourrait par exemple, être effectuée sur base des données collectées jusqu'en 2022, dix ans après la

première collecte de données (publication 2024-25 le temps d'effectuer l'analyse de ces données). Nous pourrions déjà ainsi valider la première et la troisième hypothèse concernant le respect du quota fixé à 89 pour la Communauté française ainsi que l'entrée sur le marché du travail d'hygiénistes dentaires. La deuxième et la quatrième hypothèse concernant la réduction des ETPs par dentiste ainsi que l'allongement des carrières devront également être validées. En effet, les dentistes nouvellement diplômés sont au fait des dernières techniques et sont perméables aux nouvelles technologies, qui permettent une diminution du temps de travail sans diminution du nombre d'actes prestés (augmentation de l'efficacité). Les ETPs par dentiste risquent donc de rester stationnaires alors que la charge horaire diminue. De plus, l'allongement de la carrière est rendu partiellement caduque par l'organisation en groupe des prestataires de soins. Les propriétaires des cabinets de dentisterie de groupe sont, en général, des dentistes plus âgés (avec plus de moyens financiers ou de capacité de financement), qui souhaitent diminuer leurs activités à court ou moyen terme en la substituant par des dentistes plus jeunes, dont ils assurent éventuellement la formation en tant que maître de stage.

En résumé, les scénarii alternatifs offrent une vision de l'avenir assez radieuse pour les dentistes spécialistes en parodontologie dans les deux Communautés avec une augmentation de 100% des ETPs-densité pondérée (alors que le scénario de base prévoyait une augmentation de 60% en Communauté flamande et une chute de 8% en Communauté française) et pour les spécialistes en orthodontie en Communauté française avec une augmentation de 10% des ETPs-densité pondérée (contre une chute de 13,5% dans le scénario de base). Pour ce qui est de la dentisterie générale, la Communauté française devrait voir une chute de ces ETPs-densité pondérée de près de 15% (contre une chute de 12,5% dans le scénario de base). Par contre, pour la Communauté flamande la situation est plus alarmante car malgré les hypothèses optimistes de la Commission de planification, nous devrions nous attendre à une chute de près de 35% des ETPs-densité pondérée pour la dentisterie générale et de 25% pour l'orthodontie (contre une chute 31% pour le scénario de base en dentisterie générale et 37% pour l'orthodontie). Il est également important de confirmer ou d'infirmer au plus vite par des études scientifiques la véracité des hypothèses sur lesquelles s'appuie le scénario alternatif. Il est d'ailleurs étonnant que ces hypothèses n'aient pas été vérifiées avant la publication officielle de ces scénarii.

Chapitre 5

Qualité des soins dentaires

Dans ce chapitre nous allons nous intéresser au maintien de la qualité des soins dentaires en Belgique et aux moyens possibles pour y parvenir. Comme mentionné dans la première partie de ce mémoire, le numerus clausus a été instauré en Belgique en partie dans le but d'assurer un standard de qualité aux soins de santé dispensés. Comment ces standards peuvent-ils être atteints ? Premièrement nous nous intéresserons à la formation universitaire des dentistes pratiquant en Belgique. Deuxièmement, nous détaillerons les mesures déjà mises en place par l'État belge afin d'assurer un standard de qualité aux soins de santé. Troisièmement, nous évoquerons l'adéquation entre l'offre dentaire et la qualité des soins dentaires.

5.1. Formation universitaire de base

Le constat que l'on peut poser à la suite de la lecture des scénarii de base et alternatifs de l'offre dentaire en Belgique c'est que le numerus clausus va provoquer une baisse drastique de l'offre dentaire en Communauté flamande à moyen terme. Cette diminution serait d'autant plus importante si elle n'était pas compensée en partie par l'afflux de dentistes formés à l'étranger (38% des dentistes généralistes nouvellement inscrits à l'INAMI en 2013 ont obtenu leur master à l'étranger). En Communauté française, le constat est moins alarmant qu'en Communauté flamande : nous constatons une chute d'ETPs-densité pondérée pour toutes les spécialités dentaires dans le scénario de base alors que cette chute est limitée aux dentistes généralistes dans le scénario alternatif. De nouveau, cette chute serait d'autant plus importante si elle n'était pas compensée par l'afflux important de dentistes formés à l'étranger (55% des dentistes généralistes nouvellement inscrits à l'INAMI en 2013 ont obtenu leur master à l'étranger).

Cette proportion importante de dentistes formés à l'étranger pose question quant à l'équivalence effective, et non administrative, des masters en sciences dentaires dans le monde et particulièrement en Europe (la majorité des dentistes formés à l'étranger sont des

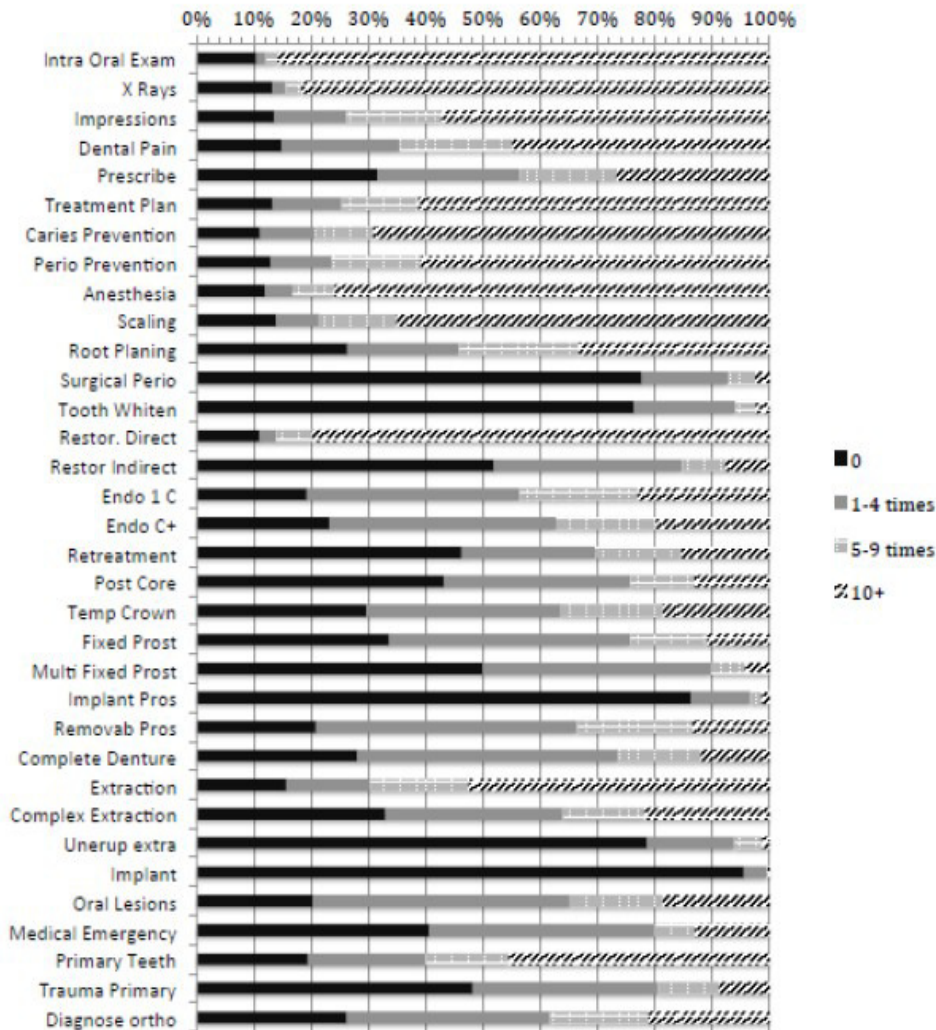
ressortissants européens). Il est à noter que le pays de formation ainsi que la nationalité des dentistes formés hors Belgique et s'y installant ne sont pas disponibles. Ces données sont connues par la Commission de planification mais ne sont pas publiées. Nous savons que 7 à 17% des agréments sont octroyés à des dentistes diplômés en France pour la Communauté française. Entre 21 et 37% sont des dentistes provenant d'autres pays de l'Union Européenne et entre 2 et 4% viennent d'en dehors de l'Union Européenne. En Communauté flamande, entre 2 et 13% des agréments distribués le sont à des dentistes provenant des Pays Bas et entre 3 et 9% sont des dentistes provenant d'autres pays de l'Union Européenne. Entre 0 et 5% des agréments en Communauté flamande sont distribués à des dentistes venant de pays ne faisant pas partie de l'UE. Tous ces pourcentages sont calculés pour la période 2010-2013.

Le docteur Marco Mazevet a consacré sa thèse de doctorat en sciences dentaires à l'Université de Rennes à évaluer la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne. Cette thèse nous éclaire quant aux disparités énormes concernant la formation pratique des étudiants en dentisterie en Europe. Le docteur Mazevet a fait le choix de présenter des résultats globaux, sur l'ensemble de l'Union Européenne, pour trois raisons : la population large de l'Union Européenne permet d'obtenir des résultats statistiquement fiables, la stigmatisation des organismes de formation « déficients » n'était pas le but de l'étude et la mise en difficulté d'une faculté particulière ou d'un État aurait pu avoir un effet désastreux sur l'honnêteté des répondants. Un dixième des personnes ayant répondu à l'étude a déclaré avoir une activité clinique en tant qu'observateur exclusivement au cours de leur cursus ce qui signifie que 10% des étudiants en dentisterie en Europe n'ont jamais réalisé de soins sur un patient à l'issue de leur formation³⁶. Ceci est contraire aux règles européennes relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles.³⁷

³⁶ MAZEVET M., *Op. Cit.*

³⁷ Voir la Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil européen du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Figure 5.1: Fréquence de réalisation des actes investigués



Source : thèse du Dr Mazevet, évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne

Deux tiers des actes dentaires repris dans l'étude ont été réalisés moins de cinq fois par 50% des étudiants (les actes pour lesquels le professionnel doit être compétent et les actes pour lesquels le professionnel doit avoir des connaissances tels que décrits dans le Profile and Competences for the graduating european dentist, document approuvé par l'ADEE, l'association for dental education in Europe).

Nous pouvons également observer que « l'objectif de compétence dans les actes « de base » ne semble pas pouvoir être raisonnablement atteint, compte tenu de la faible réalisation de certains traitements, pourtant élémentaires dans une pratique quotidienne.

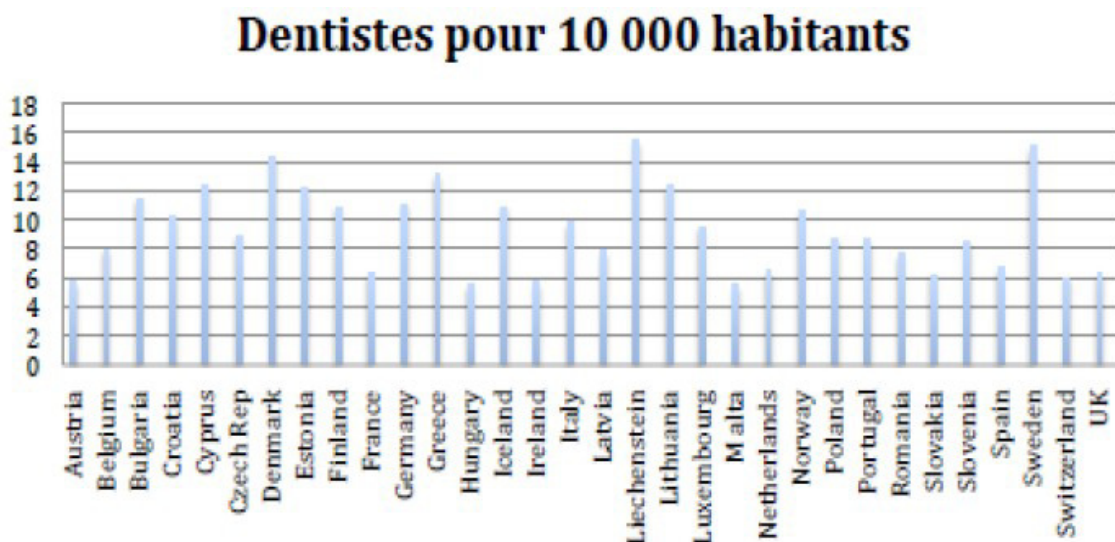
-Environ un étudiant sur trois n'a jamais réalisé de prothèse fixée.

-Près d'un étudiant sur deux n'a jamais réalisé de retraitement endodontique ou de gestion d'un traumatisme en denture temporaire.

-La faible fréquence d'actes d'interdisciplinarité est également frappante, voire préoccupante : près d'un étudiant sur trois n'aurait jamais prescrit de traitement médicamenteux en fonction de l'historique médical du patient.

Ces différents résultats peuvent, au delà du constat évident du manque d'harmonisation, soulever des questions légitimes quant au risque de santé publique posé eu égard à la faible pratique clinique des étudiants dans certains, voire tous les champs de la dentisterie.³⁸ »

Graphique 5.2: Nombre de dentistes pour 10.000 habitants en 2013



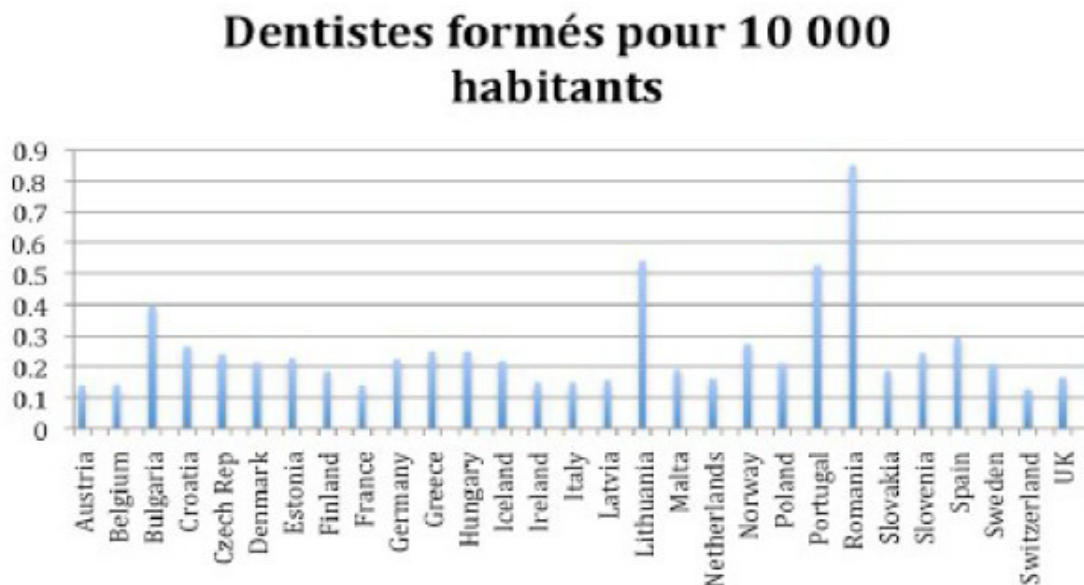
Source : EU manual for dental practice

La moyenne européenne en 2013 est de 9,3 dentistes par 10.000 habitants. Ce ratio a augmenté de manière importante depuis 1990. En effet, en 1990 la moyenne européenne était à 5,8 et en 2008 à 7,1. Il est à noter qu'il ne s'agit pas du nombre de dentistes actifs mais bien du nombre de dentistes enregistrés. Ces données sont donc surévaluées puisqu'une partie de ces dentistes enregistrés ne sont plus en activité. En Belgique, nous sommes sous la moyenne européenne en 2013 avec un ratio de 8 alors que nous étions tout juste à la moyenne en 2007 avec un ratio de 7 et au dessus de la moyenne en 1990 avec un ratio de 7 et une moyenne européenne de 5,8. Cette augmentation du ratio concerne les pays de manière inégale. Certains pays ont un ratio très élevé, comme le Danemark, la Grèce et la Suède avec plus de 13 dentistes par 10.000 habitants en 2013 alors que d'autres pays ont un ratio nettement plus faible, comme l'Autriche, la France, la Hongrie, l'Irlande, Malte, les Pays-Bas, la Slovaquie,

³⁸ MAZEVET M., *Op. Cit.*

l'Espagne, la Suisse et le Royaume Uni avec un ratio proche de 6 dentistes par 10.000 habitants.

Graphique 5.3: Nombre de dentistes formés pour 10.000 habitants en 2013



Source : thèse du Dr Mazevet, évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne

Le nombre de dentistes formés par 10.000 habitants est très disparate d'un pays européen à l'autre. La moyenne européenne est de 0,25. En Belgique, nous nous plaçons bien en dessous de la moyenne avec un ratio avoisinant les 0,13. Nous sommes dans une situation qui est assez proche de la France, de l'Irlande, l'Italie et la Suisse. Certains pays, comme la Bulgarie, la Lituanie, le Portugal et la Roumanie atteignent des ratio allant de 0,4 à 0,85. Le record étant attribué à la Roumanie avec un ratio de 0,85, ce qui est plus de trois fois supérieur à la moyenne européenne. « La « production » croissante de dentistes a bouleversé la mobilité au sein de la profession, ainsi que les projections démographiques prévues par les différents conseils de l'ordre (ou équivalents) nationaux. »³⁹ Au vu de ces informations, nous pouvons légitimement nous poser la question du maintien de la qualité des soins dentaires en Belgique par l'application d'un numerus clausus qui est limité aux étudiants formés en Belgique. En effet, l'équivalence des diplômes étant automatique en Europe et la libre circulation étant acquise, il est impossible de pouvoir garantir la qualité des prestations tant qu'une harmonisation des études de dentisterie n'aura pas été réalisée.

³⁹ Idem.

5.2. Mesures prises par l'État belge pour assurer un standard de qualité des soins dentaires

L'INAMI propose un système d'accréditation aux dentistes belges afin de promouvoir la qualité des soins dentaires. Les dentistes doivent remplir les conditions d'obtention et de maintien de l'agrément et prouver avoir suivi un minimum de 100 unités d'accréditation (soit 15 heures de cours de formation continue reconnus brassant tous les domaines de la dentisterie) par an ainsi que deux peer-review. Le praticien doit également avoir effectué au minimum 300 prestations au sein de l'ASSi par an. S'il remplit les conditions le dentiste se voit octroyer un honoraire forfaitaire d'accréditation dont le montant était fixé à 2.834,75€ imposables pour l'année 2017. L'accréditation n'est pas obligatoire en Belgique.

Il est à noter que pour maintenir son agrément, le dentiste doit suivre une formation continue d'un minimum de 20 heures par période de deux ans. Cette formation continue est, contrairement à l'accréditation, obligatoire afin de pouvoir continuer à prester au sein de l'ASSi. Malheureusement, la commission d'agrément n'effectue pas encore de contrôles afin de vérifier si ces conditions sont bien remplies. Pour l'instant il n'est donc pas possible de savoir si les praticiens s'y conforment.

5.3. Adéquation entre offre dentaire et qualité de soins

Comme nous l'avons vu dans la première partie, seule une adéquation entre l'offre dentaire et la demande peut permettre d'assurer une qualité de soins dentaires optimale. En effet, dans le cas d'une pénurie de dentistes en Belgique (ou dans certaines régions de Belgique), le risque est grand que les agenda des praticiens soient surchargés, avec des horaires dépassant l'entendement ou avec des plages horaire comportant plusieurs dizaines de rendez-vous, comme c'était le cas dans les années 60. Feu mon grand-père, dentiste des années 60 aux années 90 prenait en moyenne 50 patients par jour et travaillait du lundi au vendredi de 8h à 21h et le samedi jusque 15h (son record étant de 73 patients sur une journée). Ces horaires sont bien sûr trop élargis avec un rythme de consultations trop soutenu pour la dentisterie actuelle. Et c'est évidemment aux dépens de la santé du praticien. Dans ces conditions de

travail, les standards de qualité de soins dentaires actuels ne peuvent évidemment pas être maintenus. Il faut garder à l'esprit qu'une pénurie de dentistes pourrait nous ramener à ce genre de situation.

En cas de déréglementation des professions de santé, le risque est grand également que la qualité des prestations baisse par une marchandisation du secteur, comme nous l'avons explicité dans la partie 1 chapitre 2 de ce mémoire.

En résumé, l'État belge œuvre depuis plusieurs années à la promotion de la qualité des soins dentaires. Il reste cependant des efforts à faire : en effet, tant qu'une équivalence effective ne sera pas obtenue par l'harmonisation des études de dentisterie (à tout le moins en Europe), de hauts standards de qualité ne peuvent être maintenus. De plus, un contrôle du respect des règles de maintien de l'agrément par les dentistes semble être nécessaire à mettre en place rapidement puisque celles-ci obligent les praticiens à suivre une formation continue. Le contingentement doit également être effectué en bonne conscience, afin de rencontrer la demande en soins de santé de la population pour éviter de vivre une situation de pénurie ou de pléthore de dentistes, néfaste à la qualité des soins.

Chapitre 6

Modalités du contingentement en Belgique

Dans ce chapitre nous allons nous intéresser aux modalités du contingentement en Belgique à savoir la fixation des quotas annuels de dentistes, le respect de ceux-ci par les Communautés à l'issue des études de dentisterie ainsi que le nombre de plans de stage introduits en comparaison au numerus clausus.

La planification de l'offre dentaire remonte à l'A.R. du 29 août 1997 qui fixe le nombre global de dentistes, réparti par Communauté, ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers. Cet arrêté ne porte que sur les étudiants en dentisterie en Belgique. Un dentiste détenteur d'un diplôme étranger n'est pas concerné par ces quotas.

Ci-dessous nous pouvons observer les quotas fixés de 2008 à 2020.

Tableau 6.1: Quota annuel des dentistes, AR du 19/08/2011

		Années	2008 à 2010	2011 à 2013	2014 à 2016	2017 à 2020
Accès à la formation (art.1 - 4)	Nombre global	Belgique	140	150	160	180
		Communauté flamande	84	90	96	108
		Communauté française	56	60	64	72
Accès à la formation (art. 1-4)	Communauté flamande	Dentistes généralistes	70	74	80	92
		Dentistes spécialistes en parodontologie	7	7	7	7
		Dentistes spécialistes en orthodontie	7	9	9	9
	Communauté française	Dentistes généralistes	46	48	52	60
		Dentistes spécialistes en parodontologie	5	5	5	5
		Dentistes spécialistes en orthodontie	5	7	7	7

Source : Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

La Commission de planification a également publié un avis concernant les quotas de 2021 en 2016 et les quotas de 2022 à 2027 en 2017. Il n'existe pas encore d'Arrêté royal publié à ce sujet à ce jour, ce qui a provoqué le dépôt d'un recours à l'encontre du concours organisé en Communauté française pour l'année académique 2016-2017 par des étudiants en médecine et dentisterie.

Pour l'année 2021, la Commission de planification propose d'élever les quotas à 188 pour le nombre global de dentistes en Belgique avec comme répartition : 116 dentistes pour la Communauté flamande dont 100 généralistes, 6 parodontologues et 10 orthodontistes et 72 dentistes pour la Communauté française dont 60 généralistes, 5 parodontologues et 7 orthodontistes.

Pour les années 2022 à 2024, la Commission de planification propose d'élever les quotas à 228 pour le nombre global de dentistes en Belgique avec comme répartition : 141 dentistes pour la Communauté flamande dont 125 généralistes, 5 parodontologues et 11 orthodontistes et 87 dentistes pour la Communauté française dont 75 généralistes, 5 parodontologues et 7 orthodontistes.

Pour les années 2025 à 2027, la Commission de planification propose d'élever les quotas à 232 pour le nombre global de dentistes en Belgique avec comme répartition : 136 dentistes pour la Communauté flamande dont 120 généralistes, 5 parodontologues et 11 orthodontistes et 96 dentistes pour la Communauté française dont 84 généralistes, 5 parodontologues et 7 orthodontistes.

Nous remarquons que les quotas globaux de dentistes en Belgique ne font qu'augmenter depuis 2008. Les avis de la Commission de planification pour les années à venir vont également dans ce sens. Pour 2021, la Commission propose d'augmenter le quota de la Communauté flamande et de stabiliser celui de la Communauté française. Pour les années 2022 à 2024, le quota global augmente avec une augmentation des quotas pour les deux Communautés. Pour les années 2025 à 2027, le quota global augmente toujours avec une baisse du quota de la Communauté flamande et une augmentation de celui de la Communauté française. Ces deux avis ont été approuvés à l'unanimité par les membres de la Commission de planification.

Le tableau 6.2 reprend un comparatif entre les quotas légaux et le nombre d'étudiants réellement diplômés.

Tableau 6.2: Situation du contingentement des dentistes en Communauté flamande

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

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Nous pouvons observer que de 2003 à 2009 le nombre de diplômés était nettement inférieur au quota fixé. En effet, sur cette période, 438 étudiants ont été diplômés en dentisterie en Communauté flamande alors que le quota pour cette période était de 588 personnes, soit 25% de moins que le quota fixé. Le nombre de diplômés de 2013 à 2015 sont maintenant connus et sont respectivement de 110, 108 et 97. De 2002 à 2015 les universités flamandes ont donc diplômés 1132 dentistes alors que le quota était fixé à 1206, soit 6,2% de moins que le quota. Ce non-respect des quotas à la baisse en Communauté flamande est souvent un élément mis en avant par la Commission de planification afin d'expliquer la diminution importante du nombre de dentistes actifs-densité en Communauté flamande. Mais c'est un raccourci simpliste : la Communauté flamande a un manque de 74 jeunes dentistes par rapport à la planification dentaire. La diminution du nombre de dentistes actifs généralistes-densité est estimée à 25% entre 2012 et 2037 sur une base de 3588 dentistes généraliste actifs en 2012. Les 74 dentistes manquant à l'appel ne représentent que 2% de cette base de dentistes généralistes.

Il serait tout de même opportun de s'intéresser aux raisons qui ont causé cette diminution du nombre de diplômés en Communauté flamande pour ces 7 années afin que cette situation ne se reproduise plus: y a-t-il eu une augmentation des exigences au niveau de l'examen d'entrée, ou s'agit-il d'un désintérêt pour les études de dentisterie ?

En Communauté française, le constat est tout autre : le nombre de diplômés est souvent supérieur au quota (même pour les années où le numerus clausus était encore d'application)

sauf en 2005, 2007, 2008 et 2011. A partir de 2013, après la suppression du numerus clausus en Communauté française, le nombre de diplômés explose. Toutefois, les projections figurant dans le tableau ci-dessus sont surestimées. Le nombre de diplômés était de 71 en 2013, 111 en 2014 et 135 en 2015⁴⁰.

Tableau 6.3: Situation du contingentement des dentistes en Communauté française

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

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

Nous avons donc de 2002 à 2015 en Communauté française, 1032 dentistes diplômés alors que le quota était fixé à 804, soit un surplus de 28,35%.

Nous avons vu précédemment que le candidat dentiste spécialiste (dentiste généraliste, orthodontiste ou parodontologue) rentre dans le contingentement au moment de l'introduction de son plan de stage. Dans les tableaux 6.4 et 6.5 nous pouvons observer le nombre de plans de stage introduits en fonction du nombre de diplômés dans les deux Communautés.

⁴⁰ VIVET V., MIERMANS P.-J., JOUCK P., DELVAUX A., MIMILIDIS H., STEINBERG P., SOMER A., Scénario de base : Dentisterie Générale, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, 2016.

Tableau 6.4: Nombre de plans de stage des dentistes diplômés à partir du 1/01/2008 et réalisation de la planification de l'offre par lissage en Communauté flamande

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

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

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

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

En Communauté flamande nous avons un déficit cumulé qui ne fait que s'accroître depuis 2008 et qui passe de 17 unités en 2008 à 43 unités en 2012. Ce déficit répond à la règle des 20% de l'AR du 19/08/2011 qui définit un système de débit et de crédit si le nombre de candidats à la formation n'est pas atteint (ou dépassé). Le déficit réel est donc supérieur et s'élève à 54 unités.

Sur les 430 étudiants diplômés en dentisterie en Communauté flamande entre 2008 et 2012, seulement 378 ont introduit un plan de stage en Belgique. Ce qui présuppose que 52 étudiants ont entamé leur carrière professionnelle ailleurs qu'en Belgique.

Les quotas des dentistes spécialistes en parodontologie ne sont atteints qu'à partir de 2011 tandis que ceux des orthodontistes ne sont jamais atteints.

Tableau 6.5 Nombre de plans de stage des dentistes diplômés à partir du 1/01/2008 et réalisation de la planification de l'offre par lissage en Communauté française

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

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

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

Source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique

En Communauté française nous avons un déficit cumulé de 12 unités en 2012. Ce déficit répond à la règle des 20% de l'AR du 19/08/2011 qui définit un système de débit et de crédit si le nombre de candidats à la formation n'est pas atteint (ou dépassé). Le déficit réel est donc supérieur et s'élève à 17 unités.

Sur les 321 étudiants diplômés en dentisterie en Communauté française entre 2008 et 2012, seulement 271 ont introduit un plan de stage en Belgique. Ce qui présuppose que 50 étudiants ont entamé leur carrière professionnelle ailleurs qu'en Belgique.

Les quotas des dentistes spécialistes en parodontologie ne sont jamais atteints tandis que ceux des orthodontistes ne sont atteints qu'en 2008.

Il est intéressant de mettre ces données en corrélation avec les projections réalisées dans les scénarios de base et alternatifs. En effet, dans ces scénarii, la Communauté flamande connaît une chute importante du nombre de dentistes actifs-densité ainsi que d'ETP-densité (surtout en dentisterie générale) alors que la situation est assez stable en Communauté française.

Or les quotas jusqu'en 2020 ont été fixés sans tenir compte de la migration dentaire (dentistes formés à l'étranger s'installant en Belgique et dentistes formés en Belgique s'installant à l'étranger). Nous savons qu'en Communauté française, nous avons diplômé 321 dentistes entre 2008 et 2012 (ce qui est supérieur au quota de 33 unités) et pourtant au décompte, nous avons

un déficit réel de 17 unités.

C'est donc grâce au non-respect des quotas au niveau du nombre de diplômés dentistes en Communauté française et à l'arrivée importante de dentistes formés à l'étranger que le maintien partiel de l'offre dentaire estimé dans les scénarii proposés par la Commission de planification a été possible. Les quotas fixés étaient donc inférieurs à ce qu'ils auraient dû être pour maintenir l'offre dentaire au niveau observé en 2012. Ce constat se confirme lorsque l'on prend la situation de la Communauté flamande. Le nombre de diplômés légèrement inférieur au quota fixé n'explique pas la diminution importante du nombre de dentistes actifs-densité.

En résumé, la Communauté flamande a mis en place un examen d'entrée limitant l'accès aux études de dentisterie. Cette limitation semble cependant trop importante puisque la Flandre présente un déficit effectif accumulé de 54 unités pour la période de 2008 à 2012. En Communauté française un *numerus clausus* en fin de première année de dentisterie a été respecté lors de cette période. Nous remarquons cependant également un déficit effectif accumulé de 17 unités. Ceci peut s'expliquer par le fait que la limitation s'opère en début ou fin de première année alors que l'entrée dans le quota se fait au moment de l'introduction du plan de stage (au début de la sixième année), une partie des diplômés n'en introduisant pas.

Chapitre 7

Pistes d'amélioration

Nous allons détailler dans ce chapitre les différentes pistes d'amélioration au système de planification de l'offre dentaire actuel à savoir l'instauration d'un test linguistique, d'une formation universitaire complémentaire, du quota national et l'harmonisation européenne des études de dentisterie et du contingentement.

7.1. L'instauration d'un test linguistique

Afin d'assurer une qualité minimale pour les prestations de soins dentaires il semble nécessaire qu'une maîtrise suffisante d'une des trois langues nationales soit assurée. Certains pays de l'Union Européenne, comme les Pays-Bas récemment, ont instauré un test linguistique afin de juger de la capacité des dentistes étrangers voulant s'installer aux Pays-Bas à comprendre et à pratiquer la langue néerlandaise⁴¹. Le Royaume uni a également instauré ce système et impose aux postulants d'atteindre la note de 7,0 au test IELTS (International English Language Testing System, test payant d'une valeur de 215\$) avec un minimum de 6,5 à chaque module (4 modules évaluant la compréhension orale, la compréhension écrite, la rédaction de textes et l'expression orale). Ce test doit être effectué au maximum deux ans avant de postuler comme dentiste au sein du Royaume Uni. Pour pratiquer au sein du NHS (National Health Service, système de santé publique du Royaume Uni) les conditions d'admission sont encore plus strictes : le postulant doit soit prouver une expérience professionnelle d'au moins trois mois endéans les deux ans dans un pays dont l'Anglais est la première langue et où les capacités linguistiques en Anglais sont nécessaires pour ce travail ou soit réussir un test oral dans un contexte clinique effectué par un clinicien agréé. Une bonne maîtrise de la langue nationale permet au praticien de comprendre les attentes du patient, de pouvoir le conseiller et le traiter au mieux. Ce test pourrait être organisé par l'État fédéral, avant l'octroi du visa. Nous pourrions utiliser un test de Français international déjà existant comme le fait la Grande Bretagne afin de limiter les coûts liés à l'instauration du test de langue tels que le TEF (test d'évaluation de Français), le CNaVT (Certificaat Nederlands als

⁴¹ *Test linguistique obligatoire pour les dentistes étrangers aux Pays-Bas*, dentistnews.be. Consulté le 22/07/2017.

Vreemde Taal) ou le test Goethe ou DaF (test d'évaluation de l'Allemand). Ceux-ci sont composé de quatre épreuves, comme le test IELTS pour l'Anglais. Le praticien devrait réussir le test en Allemand, Français ou Néerlandais en fonction de la Communauté dans laquelle il souhaite s'installer.

L'agrément pourrait être donné par la Communauté dans laquelle le praticien a réussi le test de langue. Cet agrément serait limité à cette Communauté. Cette mesure serait plus difficile à mettre en place : en effet, pour l'instant l'agrément est délivré par les Communautés mais n'est pas limitatifs à celles-ci. L'instauration d'un tel système signifierait que les étudiants diplômés des universités francophones en Belgique devraient réussir également le test CNaVT par exemple, pour pouvoir s'installer en Communauté flamande. La Communauté germanophone ne délivre par d'agrément pour l'instant. Une collaboration avec la Communauté française pour la délivrance des agréments germanophones pourrait être envisagée.

7.2. Formation universitaire complémentaire

Comme nous l'avons vu dans le troisième chapitre, le stage de sixième année permettant l'obtention de l'agrément est très peu cadré. Or ce stage permet la formation des dentistes diplômés à la pratique privée ou hospitalière en Belgique. La partie théorique commune aux trois spécialités est organisée par divers intervenants, à savoir les universités et les organisations professionnelles représentatives. Cela conduit à une non-homogénéité de l'enseignement apporté. Nous pourrions envisager que cette formation théorique soit dispensée par les deux universités de la Communauté flamande et les trois universités de la Communauté française. Un examen permettant de tester la connaissance et la compréhension des notions enseignées lors de la formation théorique pourrait également être organisé par les universités.

Pour ce qui est des séminaires relatifs à l'approche intégrée du patient, ceux-ci sont dispensés par les maîtres de stage eux-même. La formation clinique au sein des cabinets privés est, elle aussi, très peu contrôlée. Il n'y a pas de quota minimum de soins à atteindre par exemple. Ces parties séminaires et clinique pourraient également être évaluées via l'organisation de rencontres entre les maîtres de stage, les stagiaires et les enseignants des facultés de

dentisterie ainsi que par un examen final au sein des universités mettant l'accent sur l'approche intégrée du patient.

Dans ces conditions, le stage pourrait objectivement servir de contrôle de qualité sur la formation des dentistes candidats. La collaboration des différentes universités du pays permettrait également une harmonisation des études de dentisterie en Belgique. L'accès à la formation universitaire complémentaire pourrait être conditionné par la réussite à l'examen linguistique pour les dentistes formés en dehors de la Belgique.

La principale difficulté à mettre en place ce système est que les universités ne sont pas autorisées, ni intéressées à organiser elles-même la sixième année de stage. En effet, si celui-ci devait être entièrement organisé par les facultés de dentisterie, cela supposerait la mise en place d'une équipe s'occupant, au moins à temps partiel, uniquement de cela. Il faudrait dès lors envisager un financement de la part des Communautés. Or le contingentement est imposé par l'État fédéral. Cette imbrication de pouvoirs typiquement belge ne facilite pas les choses.

7.3. Quota national

L'instauration d'un quota national permettrait de sélectionner un certain nombre de dentistes en fonction du nombre d'agrément disponibles chaque année en Belgique. Cela permettrait d'opérer une sélection au sein du pool complet (dentistes formés en Belgique et dentistes formés à l'étranger souhaitant s'installer en Belgique) plutôt que de sélectionner uniquement dans le pool des étudiants formés en Belgique (situation actuelle). Cette sélection pourrait s'opérer en fonction des résultats de l'évaluation continue et des examens à l'issue du stage, proposés dans le point précédent.

Il est vrai que pour les étudiants ayant suivi la formation en dentisterie en Belgique cette option peut paraître injuste car l'incertitude plane pendant six années mais comme le précise la Directive européenne 2005/36/CE du 7 septembre 2005⁴², tout dentiste diplômé en Belgique peut quitter le pays en faisant reconnaître ses qualifications professionnelles par les autorités nationales des pays européens précisés dans la directive européenne. Si le dentiste diplômé en

⁴² Directive européenne 2005/36/CE du Parlement et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, eur-lex.europa.eu. Consulté le 22/07/2017.

Belgique ne parvient pas à se qualifier au sein du quota national en vue de l'obtention de l'agrément, il peut travailler au sein d'un autre pays européen et éventuellement repasser l'examen l'année suivante ou s'installer ailleurs qu'en Belgique. Le praticien peut également choisir de travailler en dehors du système INAMI en Belgique (les patients n'auraient alors pas de remboursement de mutuelle pour les soins effectués). Si l'on constate que le nombre d'inscrits en première année de dentisterie est fort important on pourrait coupler cette sélection de fin de sixième année avec un examen d'entrée en première année afin de permettre aux universités belges de dispenser leur formation de la manière la plus efficiente possible.

Le quota national permettrait de sélectionner de manière équitable les dentistes ayant accès à l'agrément en Belgique. La discrimination envers les étudiants belges telle qu'on la connaît aujourd'hui n'aurait alors plus lieu d'être. Cette mesure serait également difficile à mettre en œuvre car d'un point de vue politique elle est difficile à soutenir. La population trouverait certainement cette mesure injuste car elle ne connaît pas les tenants et aboutissants du contingentement tel qu'il est appliqué pour l'instant. Il faudrait que cette mesure soit prise par l'État fédéral et que les Communautés la mettent en application. Et on connaît maintenant la capacité de la Communauté française à mettre en application le contingentement...

7.4. Harmonisation des études de dentisterie et du contingentement en Europe

Une des motivations à l'instauration du *numerus clausus* en Belgique a été le maintien de prestations de soins dentaire de qualité. Or, comme nous l'avons vu précédemment, dans le système actuel d'enseignement de la dentisterie en Europe, il existe de grandes disparités dans les formations cliniques dispensées. Une harmonisation des études de dentisterie en Europe semble donc indispensable afin d'assurer une libre circulation des dentistes la plus saine possible. Comme le souligne le Dr Mazevet, cela passe par la « *modification de la directive 2005/36/CE qui contient les sujets devant être abordés lors de la formation des praticiens de l'art dentaire. Une spécification que le travail sur patient doit être nécessaire, pourrait permettre la fin de la dérive la plus évidente à savoir diplômer des étudiants sans aucune pratique clinique sur patients en tant qu'opérateurs pendant leur cursus*⁴³ ». La modification

⁴³ MAZEVET M., *Op. Cit.*.

de la directive 2005/36/CE pourrait aller plus loin en fixant les modalités du travail sur patient (pratique hospitalière ou privée, détermination d'une liste de soins et fixation de quotas de soins devant être réalisés durant la formation clinique universitaire).

L'harmonisation du contingentement des dentistes en Europe pourrait également être envisagée. En effet, l'Union Européenne pourrait imposer que ses membres mettent en place une Commission de planification de l'offre dentaire telle que nous la connaissons en Belgique. Cela permettrait à chaque pays d'évaluer ses besoins, d'instaurer des quotas nationaux en fonction de ceux-ci et d'imposer aux universités nationales de respecter ces quotas. La libre circulation ne poserait alors plus de problème de discrimination puisque les dentistes formés en Europe pourraient s'installer dans n'importe quel pays européen à partir du moment où ils réussissent le concours national (linguistique et qualification) permettant l'accès au système de remboursement des soins de santé dans ce pays. Cela engendrerait une chaîne vertueuse car chaque pays devrait mettre en place une politique de soins de santé attractive afin de conserver les effectifs qu'il a formés à la pratique de l'art dentaire.

En résumé, plusieurs mesures peuvent être prises pour améliorer le contingentement actuel. Malheureusement, comme nous pouvons le constater, l'imbroglio des compétences ne facilite pas la mise en place de ces mesures. La mesure la plus simple à mettre en place est l'instauration du test linguistique. En effet, cela nécessite peu de moyens et permet d'accueillir dans notre pays des praticiens de santé maîtrisant une ou plusieurs langues nationales, ce qui semble être une condition minimale à la bonne pratique de la médecine et de la dentisterie en Belgique. Cette mesure est d'ailleurs déjà d'application dans plusieurs pays européens tels que les Pays Bas, la Grande Bretagne et la Finlande.

Conclusion

Ce qui ressort de ce mémoire est que le contingentement est primordial en dentisterie, cette discipline faisant partie du secteur non marchand et ne répondant pas aux lois du marché. Pourtant, ce contingentement est actuellement effectué de manière partielle en limitant uniquement les étudiants issus de nos universités nationales. C'est une situation discriminatoire : un étudiant belge a une probabilité plus grande d'obtenir un numéro INAMI en effectuant ses études dans un autre pays en Europe et en revenant en Belgique une fois le diplôme en poche plutôt qu'en effectuant ses études en Belgique. Cette situation d'injustice pèse sur les étudiants de dentisterie, que l'on voit souvent manifester à la rentrée académique. Cette situation est similaire pour les étudiants en médecine.

La seule manière efficace de contingerer est de limiter le nombre total de dentistes pouvant accéder à un numéro INAMI par an. Il n'y a que l'instauration d'un quota national qui permettra d'atteindre cet objectif. Pour ce faire, la mise en place d'un programme universitaire encadrant la sixième année ainsi qu'un concours final pour définir les dentistes ayant accès à un numéro INAMI. Cette méthode, bien que brutale, est la plus équitable. Elle permet également d'assurer un niveau de compétence maximal des dentistes nouveaux entrants et d'instaurer une chaîne vertueuse : en effet, nos universités nationales auront tout intérêt à garantir un niveau élevé quant à la qualité de formation puisque seuls les meilleurs éléments pourront accéder à un numéro INAMI afin que leurs étudiants soient sélectionnés. De plus, vis-à-vis des pouvoirs subsidiaires, les facultés seraient contraintes à des résultats.

L'État belge a dans ses mains un très bel outil, la Commission de planification. Elle nous a permis de connaître avec précision le nombre de dentistes actifs ainsi que le nombre d'ETP-densité. Les premières données de ce type ont été publiées en 2014 sur base de la situation en 2012. Pour rappel, la Commission de planification a été créée en 1996. Il aura donc fallu 18 ans pour avoir une base scientifique au contingentement en Belgique. Mais il ne faut pas se contenter de cela: comme nous avons pu le voir, la rigueur scientifique n'est pas présente à tous les stades. Les scénarii alternatifs par exemple, se basent sur l'avis des membres de la Commission de planification et non sur des études evidence based. Un certain nombre

d'études épidémiologiques doivent également être réalisées pour vérifier la véracité de certaines hypothèses. Nous avons une base de travail, qu'il est important maintenant d'étayer par des éléments objectifs.

Il est important également que l'État belge se positionne clairement : si l'instauration du contingentement a réellement pour but d'assurer un standard de qualité important aux soins dentaires, il est temps de prendre des mesures en ce sens. En effet, comme nous avons pu le constater, nous avons peu (voire pas) de contrôle sur l'afflux de dentistes formés en dehors de la Belgique. Pour l'instant les dentistes formés à l'étranger sont majoritairement de nationalité non belge. Mais peut-être connaîtrons-nous un jour une situation équivalente à la France, où les étudiants déboutés au concours de fin de première année s'inscriront dans des universités privées étrangères dispensant leurs cours en Français ou en Anglais ? Ces mêmes universités qui sont, assez souvent, sous le feu des projecteurs médiatiques : scandales de pots de vin à l'université de Iasi en Roumanie en 2015 et plus récemment, en juillet de cette année, huit professeurs de deux universités roumaines de médecine sont poursuivis pour avoir aidé des étudiants étrangers à obtenir leur diplôme. Malheureusement ces situations risquent de se multiplier au vu de la manière dont le contingentement est appliqué en Belgique et au vu de la non harmonisation des études de dentisterie en Europe. Des mesures fortes doivent être prises afin de permettre à tous les citoyens belges de bénéficier de soins de santé de qualité, en accord avec le principe d'équilibre entre coût-qualité et universalité des soins de santé.

Bibliographie

Articles

DANIEL F., *L'histoire du Numerus Clausus depuis 1971. Entretien avec Daniel Wallach*, dans *l'Internat de Paris* n°64, Mars 2011, pp. 4-5.

DEVOUE E. M., *Démographie professionnelle des dentistes en France*, dans *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2012/5 (Vol. 30), p. 298-311.

DEVOUE E. M. , *Les enjeux de la régulation spatiale des dépenses de santé bucco-dentaire en France*, dans *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 2004/1 (février), p. 107-124.

DE WEVER A., BENAHMED N., *Le Numerus Clausus*, dans *Esprit Libre* n°10, ULB, Mars 2013.

FARGEON V., *Introduction à l'économie de la Santé*, Presses Universitaires de Grenoble.

GRIGNON M., PARIS V., POLTON D., *L'influence du mode de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins*, CREDES, Paris, Novembre 2002.

MARCHAND M., PESTIEAU P., *Le numerus clausus en médecine : pourquoi et comment ?*, dans *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2003/1 (Tome XLII), p. 59-70.

PELLET S., *Les professions réglementées, des gisements d'emploi ?*, dans *Regards croisés sur l'économie*, 2013/1 (n° 13), p. 246-251.

ROCHAIX L., JACOBZONE S., *L'hypothèse de demande induite : un bilan économique*, dans *Économie & prévision*, n°129-130, 1997/3-4.

VILANOVA J., *La démographie des chirurgiens-dentistes. Synthèse de l'étude de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé – Décembre 2013*, La Médicale, Avril 2014.

CLOSE X., *Numerus Clausus et discrimination à rebours*, dans *avocatclose.be*, 30/10/2014. Consulté le 22/07/2017.

FORCARI Ch., *Les médecins libéraux poussés à la retraite. Une prime annuelle de 260.000 F. les incitera à cesser leurs prescriptions à 56 ans*, dans *liberation.fr*, 13/02/1997. Consulté le 22/07/2017.

GERARD F., *Un manque criant de dentistes en certains endroits de Wallonie*, dans *rtbf.be*, 25/02/2016. Consulté le 22/07/2017.

WALLACH D., *A-t-on besoin d'un Numerus Clausus*, dans *lemonde.fr*, 08/12/2011. Consulté le 22/07/2017.

Faire un recours contre le concours en médecine et dentisterie : Pourquoi & comment ?, dans *fef.be*, consulté le 01/07/2017.

Illégalité du numerus clausus en médecine : quelles conséquences ?, dans *fef.be*, 28/06/2016. Consulté le 07/05/2017.

Language Requirements for Dentists, dans *www.jobsfordentists.co.uk*. Consulté le 06/08/2017.

Etudes et données statistiques

CLAES A. (dir.), *Modèles de planification des professions de santé – Groupe de professionnels : dentistes*, Service de planification des professions de la santé, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, Mai 2009.

DEVRIESE M. (dir.), *Rapport de synthèse Dentistes sur le marché du travail, 2004-2012*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, 2015.

KOLETSI-KOUNARI H., PAPAIOANNOU W., STEFANIOTIS Th., *Greece's High Dentist to Population Ratio: Comparisons, Causes, and Effects*, Journal of Dental Education, Novembre 2011.

KRAVITZ A., BULLOCK A., COWPE J., *Manual of Dental Practice 2015 (Edition 5.1)*, Cardiff University, Février 2015.

MIERMANS P.-J., VIVET V., DELVAUX A., JOUCK P., MIMILIDIS H., STEINBERG P., SOMER A., *Scénarios de base de l'évolution de la force de travail « dentistes » 2012-2037*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, 2016.

MIERMANS P.-J., VIVET V., Dentistes sur le marché du travail 2004-2012, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, 2015.

SOMER A. (dir.), *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique 2016*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, 2017.

SOMER A. (dir.), *Dentistes : mobilités internationales*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, 2015.

SOMER A., *Schéma du parcours des professionnels de soins de santé pour exercer en Belgique (après la 6e réforme de l'Etat)*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, Juillet 2014.

SOMER A. (dir.), *La Planification de l'offre médicale en Belgique - 2012*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, SPF Santé Publique, Bruxelles, Avril 2014.

STEINBERG P., DELVAUX A., DUMONT G., MIEREMANS P.-J., SOMER A., VIVET V., *Schéma du parcours des professionnels de soins de santé pour exercer en Belgique*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, 2014.

STEINBERG P. (dir.), *Scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail « dentiste » 2012-2037*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Bruxelles, Mars 2017.

VIVET V., MIERMANS P.-J., JOUCK P., DELVAUX A., MIMILIDIS H., STEINBERG P., SOMER A., *Scénario de base : Dentisterie Générale*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé Publique, 2016.

Eurostat, *Dentists, pharmacists and physiotherapists, 2012*, dans ec.europa.eu. Consulté le 22/07/2017

Répartition des Dentistes à Bruxelles et en Wallonie, dans www.dentiste.be. Consulté le 22/07/2017.

La Santé dentaire. Eurobaromètre 72.3, Direction Générale de la Santé et des consommateurs, Direction Générale de la Communication, Février 2010.

Avis et textes juridiques

Arrêté Ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, publié le 31/05/2002 dans ejustice.just.fgov.be. Consulté le 07/05/2017.

Arrêté royal du 19 août 2011 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire, publié le 13 septembre 2011, dans ejustice.just.fgov.be. Consulté le 22/07/2017.

Commission de planification - offre médicale, *Avis concernant le contingentement des dentistes (fixation quota 2014 – 2015)*, organesdeconcertation.sante.belgique.be, 18/10/2007. Consulté le 07/05/2017.

Commission de planification - offre médicale, *Avis concernant le contingentement des dentistes (fixation quota 2016 – 2020)*, organesdeconcertation.sante.belgique.be, 18/05/2020. Consulté le 07/05/2017.

Commission de planification - offre médicale, *Avis concernant le contingentement des dentistes (fixation quota 2021)*, organesdeconcertation.sante.belgique.be, 26/05/2016. Consulté le 07/05/2017.

Commission de planification - offre médicale, *Avis concernant le contingentement des dentistes (fixation quota 2022 – 2027)*, organesdeconcertation.sante.belgique.be, 07/03/2017. Consulté le 07/05/2017.

Etudiants en médecine - suspension du numerus clausus, Conseil d'Etat – Section du contentieux administratif, Arrêts n°235.543-235.552 du 26/07/2016, dans [87](http://www.raadvst-</p></div><div data-bbox=)

consetat.be. Consulté le 07/05//2017.

Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé,
publiée le 18/06/2015 dans ejustice.just.fgov.be. Consulté le 07/05/2017.

Annexes

Annexe 1 : modalités d'obtention et de conservation de l'agrément

Le stage comprend une partie théorique d'au moins 250 heures « charge horaire » et une partie clinique pratique d'au moins 1250 heures.

La partie théorique est organisée par les universités en concertation avec les organisations professionnelles représentatives. Elle « englobe des séminaires relatifs à des approches intégrées du patient. Il s'agit de discussions de plans de traitement et de rapports de cas dans lesquels l'interaction éventuelle avec les autres disciplines spécialisées et avec les disciplines médicales générales, sera impliquée.

La formation théorique comprend également la partie commune à toutes les formations visant à l'obtention d'un titre professionnel particulier en dentisterie. Cette partie comprend la formation à l'exercice professionnel autonome ainsi que les séminaires interactifs sur les sujets suivants : aspects économiques des soins bucco-dentaires, organisation et gestion d'un cabinet dentaire, réglementation et responsabilité professionnelle, informatique dentaire, analyse critique de la littérature scientifique, introduction à la dentisterie légale, introduction à la communication, aspects ergonomiques, compléments de radiodiagnostic y compris la radioprotection, aspects éthologiques des soins de santé, relation entre les soins de première et de deuxième ligne.

La partie clinique comprend au moins 1250 heures " charge horaire ". Les candidats reçoivent une formation complémentaire en dentisterie intégrée. Un carnet de stage tenu régulièrement à jour pendant l'année reprend l'ensemble des prestations effectuées. Plus particulièrement, dans l'esprit de la dentisterie intégrée, le candidat effectue un nombre suffisant de traitements préventifs et de réhabilitation chez un nombre suffisant de patients et en constitue les dossiers. Les soins intégrés effectués par le candidat incluent un maximum des disciplines de la formation de base. Le candidat doit être capable de sélectionner les cas dont le traitement relève d'un confrère ayant une compétence particulière dans ce domaine et de traiter les autres. Il coordonne les aspects administratifs et cliniques du traitement dans le

cadre du renvoi »⁴⁴.

Le stagiaire doit également rendre un mémoire d'au moins 10 pages. Le sujet du mémoire doit avoir été validé par la commission d'agrément.

Pour conserver son agrément, le dentiste généraliste doit participer à un service de garde répondant aux dispositions de l'article 9 de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Il doit également tenir à jour les dossiers de ses patients et suivre des formations continues.

⁴⁴Arrêté Ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste

Annexe 2 : Composition et fonctionnement de la commission de planification

La commission de planification se compose de deux experts proposés par les recteurs des institutions universitaires en Communauté flamande, deux experts proposés par les recteurs d'institutions universitaires en Communauté française, trois membres proposés par le collège intermutualiste, un membre proposé par chaque Communauté linguistique, un fonctionnaire de l'Inami, un expert proposé par le Ministère des Affaires sociales, deux experts proposés par le Ministre de la Santé publique, ainsi que de représentants des différentes organisations professionnelles. Les organisations professionnelles représentées sont celles des médecins généralistes, médecins spécialistes, des dentistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers et aides soignants, des logopèdes et des sages-femmes. Chaque profession a deux représentants. Quatre experts du ministère de la santé publique pour les kinésithérapeutes, infirmiers, logopèdes et sages femmes siègent également à la Commission. Un secrétaire est également nommé. Il s'agit d'un fonctionnaire du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'environnement. La commission de planification se réunit en séances plénières ou en groupes de travail. Elle prend ses décisions à la majorité simple des membres présents.

Annexe 3 : taux de stage

	Communauté flamande				Communauté française				Représentation graphique	
	Belge		Non-belge		Belge		Non-belge			
	Taux de stage	Nbre DEF	Taux de stage	Nbre DEF	Taux de stage	Nbre DEF	Taux de stage	Nbre DEF	Com. flamande	Com. française
2010	0,92	88	0,25	1	1,00	45	0,78	18		
2011	1,02	83	0	0	0,90	37	0,84	16		
2012	0,90	80	0,31	4	0,98	41	0,79	15		
2013	1,00	100	0,30	3	0,91	52	0,57	8		
2014	0,97	90	0,20	3	0,91	70	0,71	24		
2015	0,99	85	0,45	5	0,85	62	0,61	38		
2016	0,96	67	0,32	3	0,91	106	0,67	53		
2017	0,96	77	0,32	3	0,91	101	0,67	27		
2018	0,96	75	0,32	5	0,91	106	0,67	26		
2019	0,96	73	0,32	4	0,91	104	0,67	35		
2024	0,96	73	0,32	4	0,91	49	0,67	15		
2029	0,96	73	0,32	4	0,91	49	0,67	15		
2034	0,96	73	0,32	4	0,91	49	0,67	15		
2039	0,96	73	0,32	4	0,91	49	0,67	15		

Taux de stage (source: Commission de planification de l'offre dentaire en *Belgique*)

Annexe 4 : taux d'achèvement du stage et taux d'enregistrement en dentisterie générale

Dentisterie Générale												
Année fin stage	Communauté flamande					Communauté française					Représentation graphique	
	Début stage	Taux achèv.	Fin stage	Taux enreg.	Nbre enreg.	Début stage	Taux achèv.	Fin stage	Taux enreg.	Nbre enreg.	Com. flamande	Com. française
2010	55	1,00	55	1,27	70	57	0,93	53	1,26	67		
2011	81	0,91	74	1,05	78	55	1,00	55	0,80	44		
2012	68	1,01	69	1,46	101	43	0,95	41	1,29	53		
2013	74	1,05	78	1,06	83	48	1,00	48	1,71	82		
2014	88	1,07	94	0,97	91	53	1,11	59	0,97	57		
2015	84	0,97	81	0,97	79	85	0,97	82	0,97	80		
2016	78	0,97	76	0,97	73	92	0,97	89	0,97	87		
2017	69	0,97	67	0,97	65	158	0,97	153	0,97	149		
2018	78	0,97	76	0,97	73	131	0,97	127	0,97	123		
2019	78	0,97	75	0,97	73	134	0,97	130	0,97	126		
2020	75	0,97	73	0,97	71	141	0,97	137	0,97	133		
2024	75	0,97	73	0,97	71	74	0,97	71	0,97	69		
2029	75	0,97	73	0,97	71	74	0,97	71	0,97	69		
2034	75	0,97	73	0,97	71	74	0,97	71	0,97	69		

Taux d'achèvement du stage et taux d'enregistrement (source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique)

Annexe 5 : répartition par sexe et par lieu d'obtention du diplôme des dentistes généralistes

Dentisterie Générale : Communauté flamande									Représentation graphique		
	Nbre enreg.	% N-BE	% F BE	% F N-BE	H BE	F BE	H N-BE	F N-BE			
2010	70	1,82	70,37	100,00	20	48	0	1			
2011	78	1,23	65,00	100,00	27	50	0	1			
2012	101	0,00	63,24	0,00	37	64	0	0			
2013	83	5,41	64,29	50,00	28	50	2	2			
2014	91	3,41	65,88	66,67	30	58	1	2			
2015	79	3,53	73,17	100,00	20	56	0	3			
2016	73	2,56	61,84	100,00	27	44	0	2			
2017	65	2,00	66,97	88,89	21	43	0	1			
2018	73	2,00	66,97	88,89	24	48	0	1			
2019	73	2,00	66,97	88,89	24	48	0	1			
2020	71	2,00	66,97	88,89	23	46	0	1			
2025	71	2,00	66,97	88,89	23	46	0	1			
2030	71	2,00	66,97	88,89	23	46	0	1			
2035	71	2,00	66,97	88,89	23	46	0	1			

Dentisterie Générale : Communauté française									Représentation graphique		
	Nbre enreg.	% N-BE	% F BE	% F N-BE	H BE	F BE	H N-BE	F N-BE			
2010	67	19,30	73,91	27,27	14	40	9	4			
2011	44	27,27	67,50	60,00	10	22	5	7			
2012	53	25,58	75,00	45,45	10	30	7	6			
2013	82	25,00	58,33	41,67	26	36	12	9			
2014	57	12,96	76,60	57,14	12	38	3	4			
2015	80	23,53	60,00	25,00	24	37	14	5			
2016	87	35,87	57,63	45,45	24	32	17	14			
2017	149	20,32	64,74	42,53	42	77	17	13			
2018	123	20,32	64,74	42,53	35	63	14	11			
2019	126	20,32	64,74	42,53	35	65	15	11			
2020	133	20,32	64,74	42,53	37	68	15	11			
2025	69	20,32	64,74	42,53	19	36	8	6			
2030	69	20,32	64,74	42,53	19	36	8	6			
2035	69	20,32	64,74	42,53	19	36	8	6			

Répartition des dentistes par sexe et par lieu d'obtention du diplôme (source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique)

Annexe 6 : taux de survie des dentistes généralistes

Dentisterie Générale : Communauté flamande																	
		Stock 2012		Infl. 2013		Infl. 2014		Infl. 2015		Infl. 2016		Infl. 2017		Taux de survie	Stock 2017		Représentation graphique
Age 2017		BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE		BE	N-BE	
25-29	H	12		28		30		20		27		21	0	0,999	139	0	
	F	28		50		58		56		44		43	1	1,000	279	1	
30-34	H	79	5		2		1						15	0,999	79	24	
	F	190	12		2			3		2			20	1,000	190	41	
35-39	H	60	3		22		2		15		15			0,999	60	71	
	F	110	11		27		20		20		20			0,999	110	99	
40-44	H	108	10											0,999	108	10	
	F	226	11											0,999	226	11	
45-49	H	78	5											0,998	78	5	
	F	250	5											0,998	250	5	
50-54	H	180	12											0,996	179	12	
	F	264	7											0,997	263	7	
55-59	H	515	15											0,993	512	15	
	F	373	4											0,996	371	4	
60-64	H	652	3											0,989	645	3	
	F	368	7											0,994	366	7	
65-69	H	279	2											0,984	274	2	
	F	118	1											0,991	117	1	
70-74	H	215	4											0,974	209	4	
	F	70												0,986	69		

Dentisterie Générale : Communauté française																	
		Stock 2012		Infl. 2013		Infl. 2014		Infl. 2015		Infl. 2016		Infl. 2017		Taux de survie	Stock 2017		Représentation graphique
Age 2017		BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE		BE	N-BE	
25-29	H	3	1	26		12		24		24		42	17	0,999	130	18	
	F	5	3	36		38		37		32		77	13	1,000	224	16	
30-34	H	43	24		12		3		14		17		30	0,999	43	100	
	F	128	31		9		4		5		14		29	1,000	128	91	
35-39	H	77	43		45		30		30		30			0,999	77	179	
	F	101	40		48		29		29		29			0,999	101	174	
40-44	H	83	32											0,998	83	32	
	F	165	28											0,999	165	28	
45-49	H	110	33											0,996	110	33	
	F	154	31											0,998	154	31	
50-54	H	193	37											0,994	192	37	
	F	206	26											0,996	205	26	
55-59	H	410	37											0,990	406	37	
	F	286	23											0,995	286	23	
60-64	H	367	30											0,985	362	30	
	F	274	14											0,992	272	14	
65-69	H	229	24											0,978	224	23	
	F	144	8											0,989	142	8	
70-74	H	152	11											0,968	147	11	
	F	57	2											0,982	56	2	

Taux de survie appliqué au stock de 2017 (source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique)

Annexe 7 : tableau taux de survie bis

Dentisterie Générale: Communauté flamande																		
		Stock Y1		INFL. Y1+1		INFL. Y1+2		INFL. Y1+3		INFL. Y1+4		INFL. Y1+5		Stock Y1+5				
Y1		BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	+75	Taux survie	BE	N-BE	Représentation graphique
2012	H	2.295	60	28	24	30	16	20	15	27	15	21	15	199	0,987	2.283	145	
	F	2.025	59	50	29	58	22	56	23	44	22	43	22	38	0,994	2.241	177	
2017	H	2.283	145	24	15	24	15	23	15	23	15	23	15	118	0,984	2.164	218	
	F	2.241	177	48	22	48	22	46	22	46	22	46	22	29	0,993	2.397	284	
2022	H	2.164	218	23	15	23	15	23	15	23	15	23	15	213	0,982	1.983	292	
	F	2.397	284	46	22	46	22	46	22	46	22	46	22	69	0,991	2.501	391	
2027	H	1.983	292	23	15	23	15	23	15	23	15	23	15	269	0,981	1.461	365	
	F	2.501	391	46	22	46	22	46	22	46	22	46	22	116	0,990	2.364	492	
2032	H	1.461	365	23	15	23	15	23	15	23	15	23	15	621	0,979	1.082	427	
	F	2.364	492	46	22	46	22	46	22	46	22	46	22	364	0,989	2.226	595	
2037	H	1.082	427	23	15	23	15	23	15	23	15	23	15	499	0,978	1.021	490	
	F	2.226	595	46	22	46	22	46	22	46	22	46	22	365	0,988	2.194	694	

800 1600 2400 3200

Dentisterie Générale: Communauté française																		
		Stock Y1		INFL. Y1+1		INFL. Y1+2		INFL. Y1+3		INFL. Y1+4		INFL. Y1+5		Stock Y1+5				
Y1		BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	+75	Taux survie	BE	N-BE	Représentation graphique
2012	H	1.762	276	26	57	12	33	24	44	24	47	42	48	127	0,984	1.772	499	
	F	1.545	207	36	57	38	33	37	33	32	43	77	42	34	0,991	1.734	413	
2017	H	1.772	499	35	45	35	45	37	46	19	38	19	38	99	0,981	1.747	697	
	F	1.734	413	63	39	65	40	68	40	36	35	36	35	24	0,989	1.936	598	
2022	H	1.747	697	19	38	19	38	19	38	19	38	19	38	158	0,978	1.602	862	
	F	1.936	598	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	58	0,988	1.963	762	
2027	H	1.602	862	19	38	19	38	19	38	19	38	19	38	240	0,976	1.337	1.020	
	F	1.963	762	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	148	0,986	1.867	920	
2032	H	1.337	1.020	19	38	19	38	19	38	19	38	19	38	370	0,975	1.044	1.171	
	F	1.867	920	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	278	0,985	1.762	1.068	
2037	H	1.044	1.171	19	38	19	38	19	38	19	38	19	38	413	0,973	956	1.320	
	F	1.762	1.068	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	298	0,984	1.736	1.212	

800 1600 2400 3200

Taux de survie appliqué au stock de 2012 à 2037 (source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique)

Annexe 8 : tableau de taux de participation des dentistes généralistes

Dentisterie Générale : Communauté française																
Taux de participation										Répartition individus						
Stock		ACTIF		N-ACT Dom BE		N-ACT Dom N-BE		ACTIF		N-ACT Dom BE		N-ACT Dom N-BE		Représentation graphique		
		BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	
																ACTIF N-ACT DOM-BE N-ACT DOM-NBE
25-29	H	130	18	0,98	0,67	0,02	0,04	0,00	0,29	127	12	3	1	0	5	
	F	224	16	0,98	0,77	0,02	0,10	0,00	0,13	221	12	4	2	0	2	
30-34	H	43	100	0,95	0,79	0,01	0,07	0,04	0,14	41	79	1	7	2	14	
	F	128	91	0,96	0,70	0,02	0,05	0,02	0,25	123	64	3	5	3	23	
35-39	H	77	179	0,94	0,56	0,01	0,03	0,05	0,41	72	100	1	6	4	73	
	F	101	174	0,92	0,64	0,02	0,04	0,06	0,32	93	112	2	6	6	56	
40-44	H	83	32	0,93	0,52	0,00	0,03	0,07	0,45	77	16	0	1	6	15	
	F	165	28	0,86	0,58	0,04	0,10	0,10	0,32	141	16	6	3	17	9	
45-49	H	110	33	0,92	0,59	0,02	0,03	0,06	0,38	101	20	2	1	6	12	
	F	154	31	0,92	0,38	0,01	0,08	0,07	0,54	141	12	1	2	11	17	
50-54	H	192	37	0,93	0,65	0,01	0,05	0,05	0,30	179	24	3	2	10	11	
	F	205	26	0,90	0,52	0,05	0,04	0,06	0,43	184	14	10	1	11	11	
55-59	H	406	37	0,95	0,53	0,01	0,07	0,04	0,40	385	20	6	2	15	15	
	F	286	23	0,91	0,64	0,05	0,07	0,04	0,29	260	15	16	2	10	7	
60-64	H	362	30	0,93	0,54	0,03	0,04	0,04	0,42	336	16	11	1	14	12	
	F	272	14	0,85	0,63	0,13	0,25	0,02	0,13	230	9	36	3	6	2	
65-69	H	224	23	0,63	0,73	0,35	0,00	0,03	0,27	140	17	78	0	6	6	
	F	142	8	0,53	0,61	0,39	0,08	0,09	0,31	75	5	55	1	12	2	
70-74	H	147	11	0,38	0,62	0,60	0,05	0,02	0,33	56	7	88	1	3	3	
	F	56	2	0,30	0,61	0,70	0,08	0,00	0,31	17	1	39	0	0	1	

Dentisterie Générale : Communauté flamande																
Taux de participation										Répartition individus						
Stock		ACTIF		N-ACT Dom BE		N-ACT Dom N-BE		ACTIF		N-ACT Dom BE		N-ACT Dom N-BE		Représentation graphique		
		BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	BE	N-BE	
																ACTIF N-ACT DOM-BE N-ACT DOM-NBE
25-29	H	139	0	0,96	0,56	0,03	0,10	0,01	0,34	134	0	4	0	2	0	
	F	279	1	0,97	0,58	0,03	0,08	0,01	0,33	270	1	7	0	1	0	
30-34	H	79	24	0,95	0,56	0,02	0,10	0,03	0,34	75	13	1	2	3	8	
	F	190	41	0,94	0,73	0,02	0,09	0,05	0,18	178	30	3	4	9	8	
35-39	H	60	71	0,89	0,70	0,07	0,10	0,04	0,20	53	50	4	7	2	14	
	F	110	99	0,95	0,55	0,04	0,18	0,01	0,27	105	54	4	18	1	27	
40-44	H	108	10	0,97	0,56	0,01	0,10	0,01	0,34	105	6	1	1	1	3	
	F	226	11	0,94	0,56	0,02	0,10	0,04	0,34	212	6	4	1	10	4	
45-49	H	78	5	0,93	0,42	0,03	0,00	0,04	0,58	72	2	2	0	3	3	
	F	250	5	0,94	0,56	0,03	0,10	0,02	0,34	235	3	9	1	6	2	
50-54	H	179	12	0,96	0,80	0,01	0,00	0,03	0,20	172	10	2	0	5	2	
	F	263	7	0,94	0,56	0,05	0,10	0,02	0,34	247	4	12	1	4	2	
55-59	H	512	15	0,97	0,56	0,02	0,10	0,02	0,34	494	8	8	1	9	5	
	F	371	4	0,95	0,56	0,04	0,10	0,01	0,34	353	2	16	0	2	1	
60-64	H	645	3	0,94	0,56	0,05	0,10	0,01	0,34	608	2	32	0	5	1	
	F	366	7	0,75	0,56	0,22	0,10	0,03	0,34	276	4	81	1	9	2	
65-69	H	274	2	0,73	0,56	0,26	0,10	0,01	0,34	200	1	70	0	4	1	
	F	117	1	0,47	0,56	0,51	0,10	0,01	0,34	55	1	60	0	2	0	
70-74	H	209	4	0,38	0,56	0,58	0,10	0,03	0,34	81	2	122	0	7	1	
	F	69	0	0,25		0,75		0,00		17	0	52		0		

Taux de participation des dentistes généralistes (source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique)

Annexe 9 : taux d'activité des dentistes généralistes en équivalents temps plein

Dentisterie Générale : Communauté flamande														
			Nbre actifs			Taux d'activité (ETP)			ETP Total			Représentation graphique		
2017			INAMI	Comb.	ONSS	INAMI	Comb.	ONSS	INAMI	Comb.	ONSS	INAMI	Comb.	ONSS
25-29	BE	H	118	14	2	0,95	0,80	0,94	111,7	11,2	1,6			
		F	243	22	4	0,98	1,03	1,00	238,2	22,7	4,4			
	N-BE	H	0	0	0	0,66	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0			
		F	0	0	0	0,40	0,00	0,00	0,2	0,0	0,0			
30-34	BE	H	66	9	0	1,16	1,24	0,00	76,5	11,4	0,0			
		F	157	21	0	1,08	1,13	0,00	169,5	23,4	0,0			
	N-BE	H	11	0	0	0,57	0,00	0,00	6,2	0,0	0,0			
		F	15	0	0	0,67	0,00	0,00	10,1	0,0	0,0			
35-39	BE	H	46	6	0	1,33	1,52	0,00	61,1	9,3	0,0			
		F	95	5	2	0,97	1,43	0,63	92,7	6,9	1,2			
	N-BE	H	42	0	0	0,90	0,00	0,00	38,4	0,0	0,0			
		F	54	0	0	0,75	0,00	0,00	40,4	0,0	0,0			
40-44	BE	H	102	1	0	1,16	1,78	0,00	118,7	2,5	0,0			
		F	199	9	1	1,04	1,26	0,35	206,9	11,4	0,3			
	N-BE	H	5	0	0	2,70	0,00	0,00	12,6	0,0	0,0			
		F	4	0	0	0,98	0,00	0,00	4,4	0,0	0,0			
45-49	BE	H	70	2	0	1,41	1,93	1,00	98,4	3,3	0,4			
		F	217	9	6	1,00	1,04	0,76	217,8	8,8	4,3			
	N-BE	H	2	0	0	1,46	0,00	0,00	3,0	0,0	0,0			
		F	2	0	0	1,27	0,00	0,00	2,6	0,0	0,0			
50-54	BE	H	164	4	3	1,27	2,31	0,84	208,2	8,8	2,3			
		F	223	6	8	0,96	1,57	0,83	213,3	10,0	6,4			
	N-BE	H	9	1	0	1,02	1,59	0,00	8,9	1,3	0,0			
		F	3	0	0	1,00	0,00	0,00	2,9	0,0	0,0			
55-59	BE	H	463	16	5	1,12	1,92	0,67	517,7	31,7	3,7			
		F	308	13	10	0,76	1,06	0,78	232,8	14,0	7,9			
	N-BE	H	7	0	0	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0			
		F	2	0	0	0,97	0,94	0,00	1,6	0,1	0,0			
60-64	BE	H	564	14	2	0,94	1,86	1,00	528,7	25,8	2,3			
		F	217	0	9	0,61	0,00	0,60	133,4	0,0	5,5			
	N-BE	H	1	0	0	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0			
		F	3	0	0	0,05	0,00	0,00	0,1	0,0	0,0			
65-69	BE	H	185	3	1	0,59	0,83	0,45	109,7	2,1	0,6			
		F	50	0	2	0,26	0,00	1,08	12,9	0,0	1,8			
	N-BE	H	1	0	0	0,46	0,00	0,00	0,4	0,0	0,0			
		F	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0			
70-74	BE	H	75	0	0	0,40	0,00	0,00	30,3	0,0	0,0			
		F	15	0	0	0,20	0,00	0,00	2,9	0,0	0,0			
	N-BE	H	2	0	0	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0			
		F	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0			

Taux d'activité converti en ETP, dentistes généralistes en Communauté flamande (source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique)

Dentisterie Générale : Communauté française														
			Nbre actifs			Taux d'activité (ETP)			ETP Total			Représentation graphique		
2017			INAMI	Comb.	ONSS	INAMI	Comb.	ONSS	INAMI	Comb.	ONSS	INAMI	Comb.	ONSS
25-29	BE	H	118	6	3	0,89	1,02	1,00	104,3	6,1	3,0			
		F	200	16	4	0,87	1,46	1,00	173,8	23,1	3,5			
	N-BE	H	8	0	1	0,38	0,00	0,56	3,2	0,0	0,4			
		F	11	0	0	0,66	0,00	0,00	7,4	0,0	0,0			
30-34	BE	H	38	2	0	1,22	2,38	0,00	46,2	4,0	0,0			
		F	120	1	0	0,95	1,17	0,00	113,8	1,5	0,0			
	N-BE	H	70	5	0	0,80	1,11	0,00	56,3	5,2	0,0			
		F	50	2	2	0,59	1,06	1,00	29,7	2,4	2,3			
35-39	BE	H	70	1	0	1,23	1,00	0,00	86,3	0,9	0,0			
		F	89	4	0	0,97	1,47	0,00	86,7	5,4	0,0			
	N-BE	H	100	0	0	0,81	0,00	0,00	81,2	0,0	0,0			
		F	112	0	0	0,73	0,00	0,00	81,6	0,0	0,0			
40-44	BE	H	73	3	0	1,21	2,21	0,00	88,4	6,6	0,0			
		F	134	4	2	0,92	1,69	0,77	123,2	7,2	1,6			
	N-BE	H	15	0	0	0,88	0,00	0,00	12,7	0,0	0,0			
		F	14	1	0	0,71	1,02	0,00	9,6	0,9	0,0			
45-49	BE	H	97	1	1	1,15	1,80	1,00	111,7	2,0	0,6			
		F	131	7	1	0,88	1,80	0,90	114,8	12,1	1,3			
	N-BE	H	17	1	1	0,75	0,91	0,38	12,6	0,8	0,3			
		F	11	0	0	0,66	0,00	0,00	7,1	0,0	0,0			
50-54	BE	H	172	2	2	1,14	2,38	0,75	195,4	4,5	1,7			
		F	177	2	1	0,91	1,11	1,00	161,2	2,4	0,7			
	N-BE	H	19	1	0	1,06	2,22	0,00	20,1	2,2	0,0			
		F	12	0	0	0,63	0,00	0,00	7,8	0,0	0,0			
55-59	BE	H	364	11	1	0,98	1,04	1,00	358,4	11,5	1,1			
		F	247	6	1	0,77	1,53	0,62	191,1	9,6	0,6			
	N-BE	H	17	0	0	0,73	0,00	0,00	12,5	0,0	0,0			
		F	13	0	0	0,70	0,00	0,00	9,1	0,0	0,0			
60-64	BE	H	306	13	5	0,84	1,40	0,93	257,5	17,7	4,4			
		F	198	2	0	0,45	1,82	0,00	90,0	3,4	0,0			
	N-BE	H	15	0	0	0,66	0,00	0,00	9,8	0,0	0,0			
		F	9	0	0	0,50	0,00	0,00	4,3	0,0	0,0			
65-69	BE	H	137	0	0	0,55	0,00	0,00	74,9	0,0	0,0			
		F	60	0	0	0,37	0,00	0,00	22,0	0,0	0,0			
	N-BE	H	15	0	0	0,22	0,00	0,00	3,3	0,0	0,0			
		F	4	0	0	0,15	0,00	0,00	0,6	0,0	0,0			
70-74	BE	H	51	0	0	0,45	0,00	0,00	23,1	0,0	0,0			
		F	12	0	0	0,15	0,00	0,00	1,8	0,0	0,0			
	N-BE	H	6	0	0	1,22	0,00	0,00	6,9	0,0	0,0			
		F	1	0	0	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0			

Taux d'activité converti en ETP, dentistes généralistes en Communauté française (source: Commission de planification de l'offre dentaire en Belgique)