

Université catholique de Louvain  
Ecole de santé publique  
Recherche sur les systèmes de santé

*SESA – Socio Economie de la Santé*

*Hoger Instituut voor de Arbeid*  
Katholieke Universiteit Leuven

Groupe de travail interuniversitaire établi auprès  
du SPF « Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement »  
en appui scientifique à sa mission de régulation de l'offre

Ressources humaines en santé  
Offre et besoins actuellement et à l'avenir

Phase 2

## **Perspectives d'offre de dentistes 2000-2050**

**Prof. ém. D. Deliège  
C. Artoisenet**

**3<sup>e</sup> édition revue et augmentée - Avril 2005**

## Table des matières

Introduction.....	1
1. Méthodologie (grandes lignes) .....	1
2. Paramètres pour le scénario initial (scénario 140Ap).....	2
3. Scénarios alternatifs .....	6
3.1. Scénarios à mortalité demeurant stable.....	6
3.2. Scénarios selon divers numerus clausus .....	6
3.3. Scénarios A et B : insertion dans les effectifs habilités INAMI .....	6
3.4. Scénarios p et q : volume d'activité selon l'âge et le genre.....	7
3.5. Autres scénarios éventuels .....	7
4. Principales perspectives par Communauté en graphiques .....	8
4.1. Ensemble des dentistes habilités INAMI : densités brutes et densités corrigées par 10 000 habitants .....	8
4.1.1. Scénario 140 A : .....	8
4.1.2. Scénario 1418 A : .....	9
4.1.3. Scénario 1620 B : .....	9
4.2. Dentistes prodiguant des soins INAMI : densités brutes / 10 000 habitants .....	10
4.2.1. Scénario 140 A et B : .....	10
4.2.2. Scénarios 1418 A et B : .....	11
4.2.3. Scénario 1620 B : .....	11
4.3. ETP (Prod) WTR pour les dentistes prodiguant des soins INAMI : activité potentielle ...	12
4.3.1. Scénarios 140 - Ap et Bp : .....	12
4.3.2. Scénarios 1418 - Ap et Bp : .....	12
4.3.3. Scénarios 1620 – Bp : .....	13
4.4. ETP (Prod) WTR pour les dentistes prodiguant des soins INAMI : activité croissante ...	13
4.4.1. Scénarios 140 Aq et Bq : .....	13
4.4.2. Scénarios 1418 Aq et Bq : .....	14
4.4.3. Scénario 1620 Bq : .....	14
5. Commentaires .....	15
5.1. Rappel et vraisemblance des divers scénarios .....	15
5.1.1. Scénarios 140 versus 1418 et 1620 .....	15
5.1.2. Scénarios A et B.....	15
5.1.3. Scénarios p et q.....	15
5.2. Les divers scénarios retenus sont prudents.....	16
5.3. Les perspectives en nombre d'individus et en densités .....	17
5.4. Les perspectives en équivalents temps-plein sont très différentes : .....	18
5.4.1. Pour les dentistes prodiguant des soins INAMI .....	18
5.4.2. Pour l'ensemble des dentistes.....	19
5.5. Les différences « Nord-Sud ».....	19
5.5.1. Les écarts de densités sont faibles .....	19
5.5.2. Les densités en Communauté flamande dépasseront celles de la Communauté française.....	20
5.5.3. Les écarts de production compensent les écarts de densités.....	20
5.5.4. La chute des ETP(prod) sera plus forte du côté francophone.....	20

5.6. La répartition selon les spécialités .....	21
5.7. Réalité du terrain en Communauté francophone.....	21
5.7.1. Les pertes perdurent .....	21
5.7.2. La spécialité en parodontologie est peu demandée .....	22
5.7.2. La spécialité en stomatologie attire des candidats .....	22
5.8. Questions en suspens .....	22
<b>6. Résultats - Nombres absolus et densités .....</b>	<b>23</b>
6.1. Scénario 140 : Numerus clausus à 140 jusqu'en 2050 .....	23
6.2. Scénario 1418 : Numerus clausus 140 (2010-14) ; 160 (2015-19) ; 180 (2020 et +).....	24
6.3. Scénario 1620 : Numerus clausus 160 (2010-14) ; 180 (2015-19) ; 200 (2020 et +).....	25
<b>7. Résultats - Equivalents temps-plein (Prod) + Réduction séculaire ..</b>	<b>26</b>
7.1. Equivalents temps-plein pour les scénarios 140, selon activité potentielle.....	26
7.2. Equivalents temps-plein pour les scénarios 140, selon activité croissante.....	27
7.3. Equivalents temps-plein pour les scénarios 1418, selon activité potentielle.....	28
7.4. Equivalents temps-plein pour les scénarios 1418, selon activité croissante.....	29
7.5. Equivalents temps-plein pour le scénario 1620B .....	30

*La présente étude a été réalisée pour le compte et grâce au soutien financier du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises (numéro de contrat : N05-51).*

*Nous tenons à remercier ce Service public de nous avoir confié cette tâche et de la large liberté académique dont nous avons bénéficié. Les résultats de l'étude présentée ci-dessous n'engagent que leurs auteurs et non le SPF.*

## Introduction

Ce document constitue une édition revue et augmentée de celle de février 2005. Comme nouveautés, il intègre désormais un troisième scénario dit « 1620 », des densités corrigées pour les migrations internes, une répartition par spécialités, un état des demandes d'agrément sur le terrain et quelques questions sur l'application des règles.

## 1. Méthodologie (grandes lignes)

- **Effectifs de départ** : Dentistes habilités INAMI<sup>1</sup> (y compris médecins dentistes, mais hors stomatologues<sup>2</sup>), à la fin de l'année 2000. Les projections porteront donc sur les habilités INAMI et non sur le total des diplômés (dont la pyramide d'âges est inconnue).
- Les **influx** de nouveaux diplômés seront établis selon trois scénarios de numerus clausus (scénarios dits 140, 1418 et 1620). Ils concernent les Belges et les étrangers.
- Parmi eux, **ceux habilités INAMI** sont à leur tour estimés selon deux scénarios, fournissant ainsi une fourchette des possibles :  
A : seule une fraction des nouveaux agréés se fait reconnaître par l'INAMI, conformément aux observations du passé ;  
B : on considère ensuite que tous les nouveaux agréés se font enregistrer à l'INAMI (scénario maximal).

Ces influx sont *répartis par âge et genre*.

- Les taux de **survie** par genre et classes d'âges sont appliqués à ces effectifs augmentés d'année en année par les influx.
- Pour les **retraites**, ceux atteignant 75 ans sont sortis des statistiques. Il est tenu compte des retraites plus précoces par le biais des « taux de rétention (voir § suivant).
- Parmi les survivants habilités INAMI, on estime ceux demeurant en pratique de soins, sur base des taux dits de **rétention en soins curatifs** (par âge, genre et régime linguistique), à savoir les rapports entre :
  - d'une part, les dentistes ayant presté au moins un acte (à partir des « profils » INAMI) et,
  - d'autre part, l'ensemble de ceux habilités INAMI de même catégorie.
- Les **équivalents temps-plein** sont estimés dans chaque régime linguistique à partir des pyramides d'âges et genre selon deux scénarios :
  - a) Sur base d'un index *d'activité potentielle* de l'offre et de l'évolution séculaire de la durée de travail (scénario p, cf. section 2.6).
  - b) Sur base d'un index *d'activité réelle de l'offre (en 2000), lequel rejoindrait graduellement l'activité potentielle maximale* aux âges inférieurs à 55 ans, cet index étant ensuite modulé par celui de l'évolution séculaire de la durée de travail (scénario q, cf. section 3.4).

<sup>1</sup> Nous proposons le terme « habilités INAMI » au lieu de « agréés INAMI », afin d'éviter toute confusion avec les agréments du SPF Santé publique.

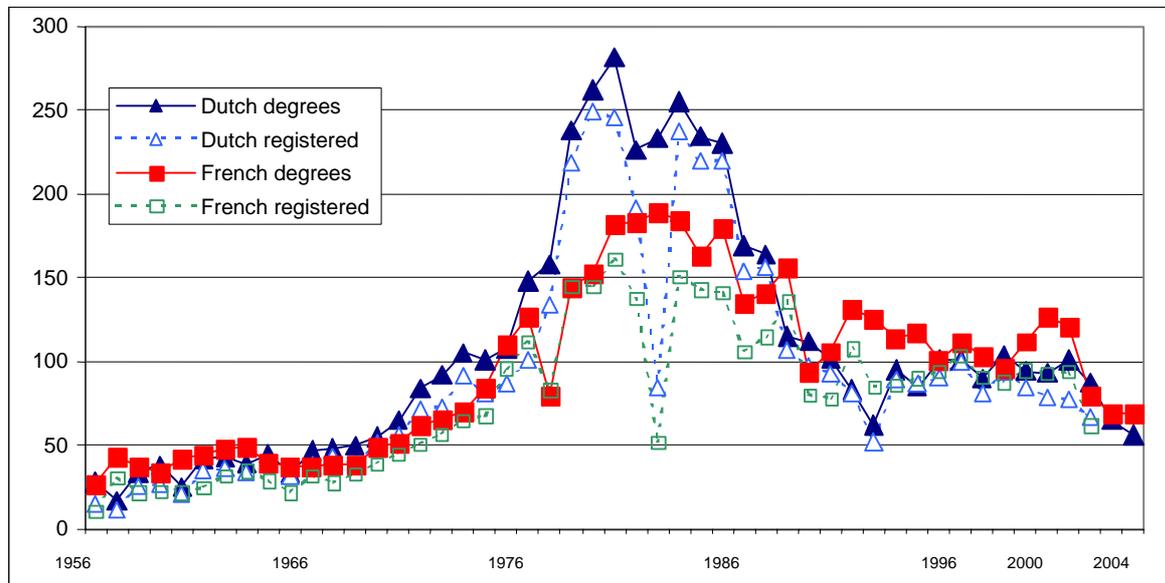
<sup>2</sup> On considère que les stomatologues sont déjà inclus dans les quotas de médecins ; toutefois, ceux-ci ont également besoin d'une habilitation INAMI comme dentiste, pour les actes prestés sous cette nomenclature ; ce problème n'est pas encore réglé.

## 2. Paramètres pour le scénario initial (scénario 140Ap)

**2.1. Les effectifs de départ (les habilités INAMI de moins de 75 ans)** sont au nombre de 7984, dont 3545 Francophones et 4439 Néerlandophones.

Dans ces effectifs, la *structure d'âges revêt une allure tout à fait particulière*: elle est actuellement hypertrophiée entre 35 et 50 ans, suite à l'afflux de diplômés au cours des années 1975 à 1990. A titre de vérification, on a comparé l'allure de ces courbes d'âges à celles des diplômés des cohortes correspondantes (l'âge modal au diplôme étant de 23 ans). La concordance est quasi parfaite, sauf pour une année (cf. Figure 1). Cette particularité aura un impact important sur l'offre disponible dans les vingt ans à venir : dès 2010 par la baisse d'activité des aînés et surtout vers 2015-2030, vu le nombre de départs prévisibles à cette époque, lorsque ces cohortes pléthoriques prendront leur retraite.

**Figure 1 - Degrees in dentistry and Dentists registered with the Health Fund (2002), according to year of degree**



Sources : National Health Fund and Agency for Academic Data – Graph UCL

### 2.2. Les influx

- Dans le scénario initial, **l'influx belge** est posé à 140 par an de 2005 à 2050 (quota officiels actuels prolongés).
- **L'influx étranger** est estimé de 19 praticiens étrangers du côté néerlandophone par groupe de cinq ans, 18 du côté francophone (selon moyennes observées au cours des années 2001-2004).
- Ces influx sont **répartis en trois groupes d'âges** selon l'âge atteint au moment de l'entrée dans le modèle (selon proportions observées en 2002 pour les promotions 1998-02).
- La **répartition par genre** est basée sur les taux de féminisation des diplômés pour les trois dernières années connues et est maintenue stable, car aucune tendance ne se dégage.

### 2.3. L'attractivité de l'INAMI pour les nouveaux diplômés

Quand on analyse les stocks actuels selon l'année de diplôme, on constate que tous les diplômés n'ont pas demandé leur habilitation INAMI (cf. Tableau 1, 15 cohortes récentes).

Dans le scénario initial, seule une partie des influx sont ajoutés aux effectifs habilités INAMI, sur base des taux observés en 2002 pour les cohortes 1993-97, comme suit :

**Tableau 1 - Habilités INAMI \* en % du total des diplômés des cohortes concernées**

	Com. Flam.		Com. Franç.	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1998-02	74,7%	90,0%	72%	87,9%
1993-97	<b>88,8%</b>	<b>97,8%</b>	<b>81,2%</b>	<b>88,8%</b>
1988-92	82,1%	97,1%	73%	87,1%
Différence taux 1998-02 <i>versus</i> taux 93-97**	<b>14,0%</b>	<b>7,7%</b>	<b>9,1%</b>	<b>0,9%</b>

\* Nombres estimés à l'année de diplôme, sur base des taux de survie

\*\* Ces taux sont utilisés pour compléter l'influx des cohortes 1996-00, encore incomplètes dans les effectifs habilités INAMI en 2000.

Source : calculs UCL sur base de données INAMI (dentistes habilités).

**2.4.** Les taux de *survie* (par âge et genre et croissant à travers le temps) sont estimés par Communauté, à partir des tables de mortalité de l'INS pour la période 2000-2050, et ils sont adaptés pour tenir compte de la moindre mortalité des catégories d'instruction supérieure<sup>3</sup>.

**2.5.** Parmi les dentistes habilités INAMI, *tous ne prodiguent pas des soins* remboursés par l'assurance soins de santé. On assiste en effet à une certaine perte, même parmi les jeunes

- Une certaine abstention existe au début de la carrière, probablement liée à des séjours à l'étranger et à des projets familiaux ; il s'agit probablement d'une abstention provisoire.
- A l'autre extrémité de la vie professionnelle, on assiste à des retraites définitives. Elles commencent vers 55 ans et sont plus fortes et plus rapides parmi les femmes.

Ces phénomènes sont mesurés par les *taux de rétention en soins curatifs* (à savoir le % des dentistes habilités INAMI ayant effectué au moins un acte connu de l'INAMI), comme suit :

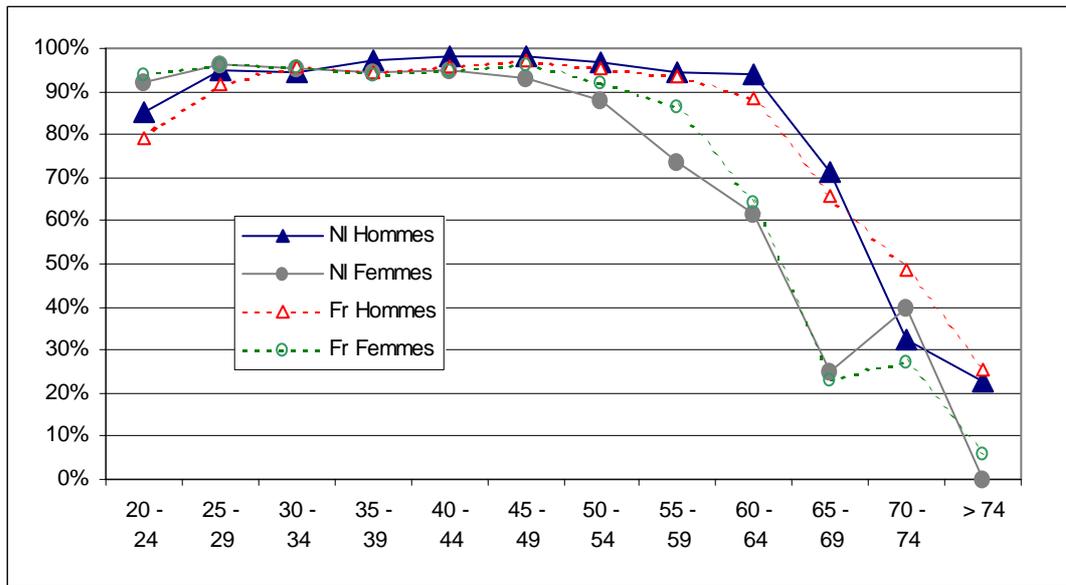
**Tableau 2 - % dentists practising care among those registered with National Health Fund**

Age	Belgium			French-speaking			Dutch-speaking		
	Men	Women	Total	Men	Women	Total	Men	Women	Total
20 - 24	82%	93%	90%	79%	94%	89%	85%	92%	90%
25 - 29	93%	96%	95%	92%	96%	95%	95%	96%	96%
30 - 34	95%	96%	95%	96%	96%	96%	94%	95%	95%
35 - 39	96%	94%	95%	95%	94%	94%	97%	94%	96%
40 - 44	97%	95%	96%	96%	95%	96%	98%	95%	97%
45 - 49	98%	95%	97%	97%	96%	97%	98%	93%	96%
50 - 54	100%	90%	94%	100%	92%	94%	100%	88%	94%
55 - 59	94%	81%	91%	93%	87%	91%	94%	74%	91%
60 - 64	92%	63%	86%	88%	65%	82%	94%	62%	89%
65 - 69	68%	24%	61%	66%	23%	55%	71%	25%	68%
70 - 74	40%	31%	39%	49%	27%	45%	32%	40%	33%
> 74	24%	4%	21%	25%	6%	22%	23%	0%	21%
<b>Total</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>	<b>92%</b>	<b>90%</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>	<b>92%</b>	<b>93%</b>	<b>92%</b>

<sup>3</sup> Sur base de travaux de Gadeyne S, Deboosere P (2001), "Sterftetafels naar geslacht, gewest en onderwijsniveau in België, 1991-1996", Steunpunt Demografie, Vrije Universiteit Brussel, Working Paper 2001-2, 21 p.+ Annex.

Source : calculs UCL sur base de données INAMI (profils et habilités)

**Figure 2 - Taux de rétention en soins curatifs, selon le genre, l'âge et le régime linguistique**



Source : calculs UCL sur base de données INAMI (profils et habilités)

## 2.6. Les équivalents temps-plein selon l'activité

Pour ceux qui prodiguent des soins, le volume de leur activité évolue avec l'âge. Mesurée à partir du volume d'actes INAMI, cette activité croît en début de carrière, à mesure que la patientèle se forme, jusqu'à un sommet (vers la quarantaine), puis décroît, probablement sous la pression de la fatigue, du souci de qualité de vie (et aussi de la mortalité de la patientèle).

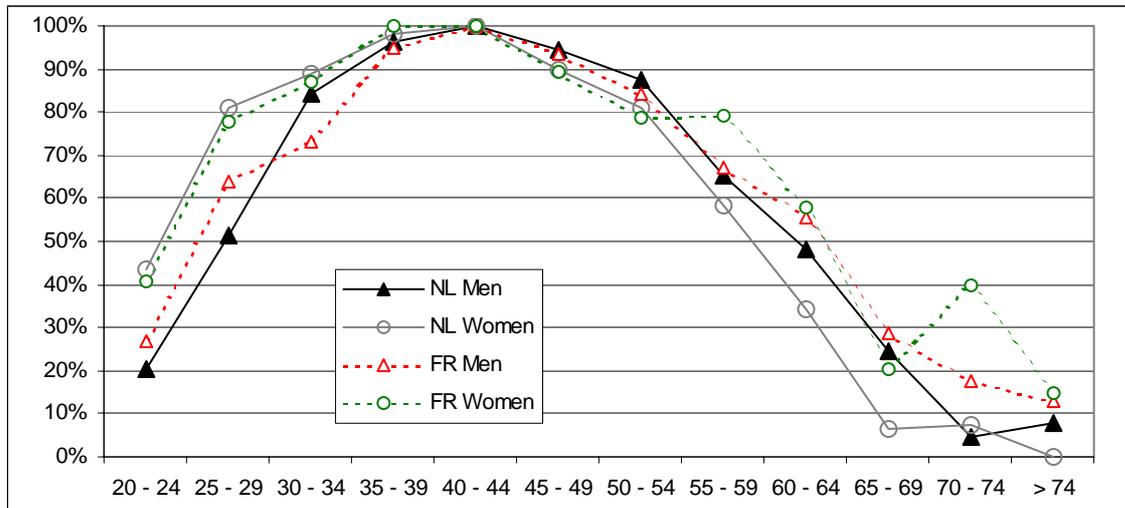
Les « profils » des prestations INAMI par âge et genre nous renseignent à ce sujet. On peut ensuite convertir les moyennes par catégorie d'âges en index par rapport à la catégorie d'activité maximale (par genre et par régime linguistique). Pour ceux ayant presté au moins un acte connu de l'INAMI, ces index se présentent comme suit (cf. Tableau 3, partie droite) ; ils sont utilisés uniquement pour certains scénarios alternatifs (cf. sections 3.3 à 3.5).

**Tableau 3 - Volume relatif d'activité de soins de ceux ayant au moins un acte INAMI**

Age	Volume relatif d'activité potentielle Scénario initial (p) (posé à « un » avant 50 ans)				Volume relatif d'activité réelle en 2000 utilisé pour les Scénarios alternatifs (q) (pour les hommes seulement)			
	FR		NL		FR		NL	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
20 – 24	1,00	0,80	1,00	0,80	0,27	0,41	0,20	0,43
25 – 29	1,00	0,80	1,00	0,80	0,64	0,78	0,51	0,81
30 – 34	1,00	0,80	1,00	0,80	0,73	0,87	0,84	0,89
35 – 39	1,00	0,80	1,00	0,80	0,95	1,00	0,96	0,98
40 – 44	1,00	0,80	1,00	0,80	1,00	1,00	1,00	1,00
45 – 49	1,00	0,80	1,00	0,80	0,94	0,90	0,94	0,90
50 – 54	0,84	0,67	0,87	0,70	0,84	0,79	0,87	0,81
55 – 59	0,67	0,54	0,65	0,52	0,67	0,79	0,65	0,58
60 – 64	0,56	0,44	0,48	0,39	0,56	0,58	0,48	0,34
65 – 69	0,28	0,23	0,25	0,20	0,28	0,20	0,25	0,07
70 – 74	0,17	0,14	0,05	0,04	0,17	0,40	0,05	0,07
>74 p.m.	0,13	0,11	0,08	0,06	0,13	0,15	0,08	0,00

Source : calculs UCL sur base de données INAMI (profils)

**Figure 3 - Volume relatif d'activité de soins de ceux ayant au moins un acte INAMI**  
Par rapport au maximum de chaque catégorie



Source : calculs UCL sur base de données INAMI (profils)

On constate une montée en puissance jusqu'à un maximum atteint vers la quarantaine, puis un déclin progressif et rapide, s'accroissant vers 55 ans. On voit, ici encore, à quel point les nombres absolus et les densités masquent d'importantes différences de production. L'allure générale de la courbe est la même pour les deux genres, ainsi que pour les deux régimes linguistiques. Seules nuances : par rapport au maximum de leur catégorie, la croissance est plus forte pour les hommes que pour les femmes et, dès la soixantaine, les Néerlandophones diminuent leur activité un peu plus précocement. Cependant l'interprétation de ce tableau est difficile, du fait que les maxima atteints et les moyennes sont plus élevés tant pour les hommes par rapport à leurs consœurs que pour les Néerlandophones comparé à leurs concitoyens du Sud (chiffres non montrés) ; par conséquent, les % mis en évidence peuvent correspondre à des montants différents).

Pour le scénario initial, on considère **l'activité dite potentielle**, comme suit (cf. Tableau 3, gauche) :

**- Le volume relatif d'activité professionnelle des hommes :**

- avant 50 ans, les index sont posés à « un », estimant qu'avant cet âge, le volume d'activité dépend plus de la demande que de la volonté de travail des praticiens ;
- à partir de 50 ans : on utilise les index d'activité réelle par rapport à la catégorie d'âges où l'activité est maximale, tenant compte ainsi des retraites précoces et des baisses d'activité volontaires.

**- Le volume relatif d'activité professionnelle des femmes :**

- il est posé à 80% de celui des hommes (soit plus que leur niveau relatif de production qui est d'environ 75 % en moyenne), probablement plus proche de la différence en termes de temps de travail (en effet, en médecine, il a été constaté que la durée des prestations était plus longue pour les femmes).

**2.7. La réduction séculaire de la durée de travail** est estimée à – 0.03 % par an.

La combinaison de l'index d'activité potentielle et de cette réduction séculaire de la durée de travail, permet de calculer des index en équivalents temps-plein [ dits ETP (Prod) WTR ].

### 3. Scénarios alternatifs

#### 3.1. Scénarios à mortalité demeurant stable

Dans ces scénarios, les taux de mortalité par âge et genre sont maintenus fixes pour toute la période et concernent ceux prévalant au cours des années 1999-2003

**Tableau 4 - Différence entre les perspectives de nombres de dentistes estimés à mortalité décroissante et celles à mortalité stable**

Nombre de dentistes habilités INAMI	2010	2020	2030	2040	2050
Scénario bas (140)	16	107	205	150	165
Scénario haut (1620)	16	108	329	489	735
<b>Idem en % du total</b>					
Scénario bas (140)	0%	1%	2%	2%	3%
Scénario haut (1620)	0,2%	1,1%	3,3%	5,3%	7,6%

Source : Calculs UCL

Les différences entre les deux scénarios sont relativement faibles en début de période, mais elles s'élargissent à mesure que les perspectives s'éloignent dans le temps et que le nombre de nouveaux diplômés est plus élevé.

En utilisant dans la suite de l'étude des taux de mortalité diminuant avec le temps, on adopte donc une attitude prudente : celle où l'offre prévisible est la plus élevée.

#### 3.2. Scénarios selon divers numerus clausus

On a testé l'impact de trois niveaux de numerus clausus :

- Les scénarios « 140 » concernent le numerus clausus actuel (140) prolongé pendant près d'un demi-siècle.
- Les scénarios « 1418 »
  - o maintiennent le numerus clausus de **140** jusque 2014,
  - o puis l'augmentent à **160** de 2015 à 2019
  - o puis le portent à **200** à partir de 2020
- Les scénarios « 1620 » accélèrent et amplifient les modifications :
  - o le numerus clausus est **porté à 160 par an** dès 2011,
  - o est porté à **180** de 2015 à 2019,
  - o est porté à **200** ensuite.

#### 3.3. Scénarios A et B : insertion dans les effectifs habilités INAMI

- Les **scénarios A** (considèrent que seule une fraction des agréés se font enregistrer à l'INAMI, selon les taux observés dans le passé pour l'ensemble des diplômés).

- Selon les **scénarios B**, la totalité des influx belges agréés, augmentée des étrangers admis, est censée rejoindre les habilités INAMI.

Les scénarios A et B fournissent des bornes minimales et maximales pour les perspectives d'avenir ; tous deux peuvent être jugés improbables. En effet, il se peut que la fraction d'agrés qui se feront reconnaître par l'INAMI dépassera celle observée dans le passé pour l'ensemble des diplômés, car les agrés seront concerneront surtout ceux d'entre eux qui restent au pays (à l'exclusion donc des étrangers). Quant au scénario B, il est douteux aussi, car il est probable que, tout comme pour l'ensemble des diplômés, certains agrés modifient leur cours de carrière pour embrasser d'autres voies : recherche, projet parental, départs à l'étranger, voire soient très prématurément écartés du marché par maladie ou décès.

### 3.4. Scénarios p et q : volume d'activité selon l'âge et le genre

Ces scénarios concernent le passage du nombre de diplômés à celui des équivalents temps-plein, compte tenu des évolutions d'activité par âge et genre.

Les **scénarios « p »** reproduisent un scénario déjà utilisé dans le passé, basé sur **l'activité potentielle aux âges jeunes**, celle où tous les diplômés masculins de moins de 55 ans sont posés à « un » ETP (et les femmes à 0.8).

Les **scénarios « q »** partent d'une réflexion sur les évolutions possibles dans le temps des volumes d'activité, compte tenu des évolutions de densités.

En 2002, la force potentielle de travail n'est pas utilisée à plein : l'activité réelle est relativement faible à des âges où elle pourrait être utilisée au maximum. Des enquêtes seraient nécessaires pour en identifier l'origine : choix volontaire, autre activité connexe, ou manque de patientèle ? On peut supposer que, au moins en partie, cette activité est basse en raison d'une offre trop abondante par rapport à la demande actuellement solvable.

On suppose dès lors qu'elle pourrait augmenter (du moins avant 55 ans) ; en effet, les comportements pourraient s'adapter à mesure que se raréfient les forces de travail potentielles par suite du vieillissement et de la féminisation ; grâce à un surcroît d'activité, les « jeunes » (< 55 ans) pourraient ainsi compenser, au moins en partie, la perte de force de travail de leurs aînés.

Retenant cette hypothèse, nous avons établi de nouveaux scénarios (Aq et Bq), comme suit :

- . L'index d'activité servant à calculer les Equivalents temps-plein est basé au départ sur l'activité réelle par âge des hommes en 2002 (cf. Tableau 3, partie droite) et non posée à « un » avant 50 ans et
- . Pour les âges avant 55 ans, cette activité est censée augmenter à partir de 2005 : on interpole dès lors les index de volume d'activité en faisant évoluer l'activité des jeunes à partir de 2005, de façon à les faire tendre vers le potentiel de « un » en 2035 (époque où se stabiliserait une force de travail calculée à partir de l'activité potentielle).

Les index des femmes sont posés à 80 % de ceux des hommes.

La réduction habituelle de la durée de travail (-0.03 % par an) est appliquée aux équivalents temps-plein ainsi calculés et le résultat s'indique par : ETP (Prod) WTR

### 3.5. Autres scénarios éventuels

Le modèle est conçu de façon à pouvoir facilement intégrer d'autres scénarios de quota.

## 4. Principales perspectives par Communauté en graphiques

Les résultats chiffrés relatifs aux divers scénarios sont reportés dans les tableaux en annexe (sections 6 et 7). Nous proposons ici une vue synthétique sous forme de graphiques. Tous les résultats seront commentés à la section 5.

Nous fournirons successivement les indicateurs en *densités*, puis les index d'évolution en *équivalents temps-plein*, selon les deux scénarios d'activité évoqués

Pour les densités, nous traiterons d'abord l'ensemble des *dentistes habilités INAMI* (section 4.1), pour nous concentrer ensuite sur les *dentistes prodiguant des soins INAMI* (section 4.2), plus pertinents par rapport aux préoccupations de concurrence et de maîtrise des dépenses INAMI. Seuls ceux-ci seront évoqués dans les graphiques relatifs aux équivalents temps-plein (sections 4.3 et 4.4).

Dans chaque cas, nous montrons les résultats à attendre en cas de quota inchangés (140) et selon les scénarios dits « 1418 » et « 1620 ».

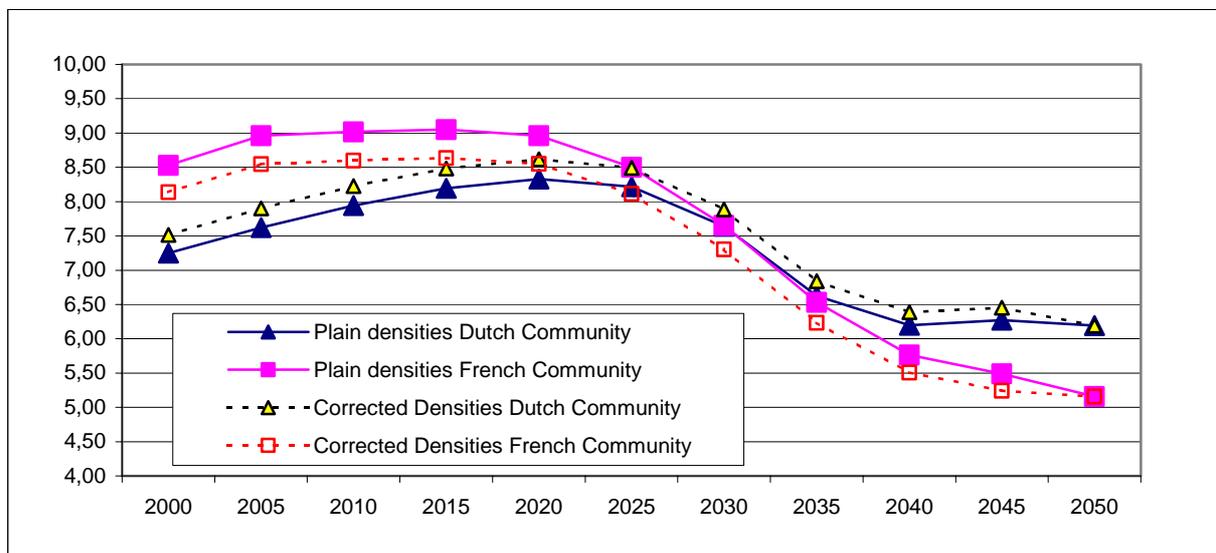
### 4.1. Ensemble des dentistes habilités INAMI : densités brutes et densités corrigées par 10 000 habitants

Sont concernés ici l'ensemble des « habilités INAMI », qu'ils prodiguent ou non des soins.

Les densités brutes attribuent la totalité des diplômés d'un régime linguistique à la Communauté de même langue. Les densités « corrigées » tiennent compte des migrations internes. Pour alléger le texte, nous nous limitons ici aux scénarios A (i.e. seule une fraction des diplômés s'inscrivent à l'INAMI), sauf pour le scénario 1620, où la variante B fournit la vue maximale. Pour des résultats plus détaillés : voir section 6

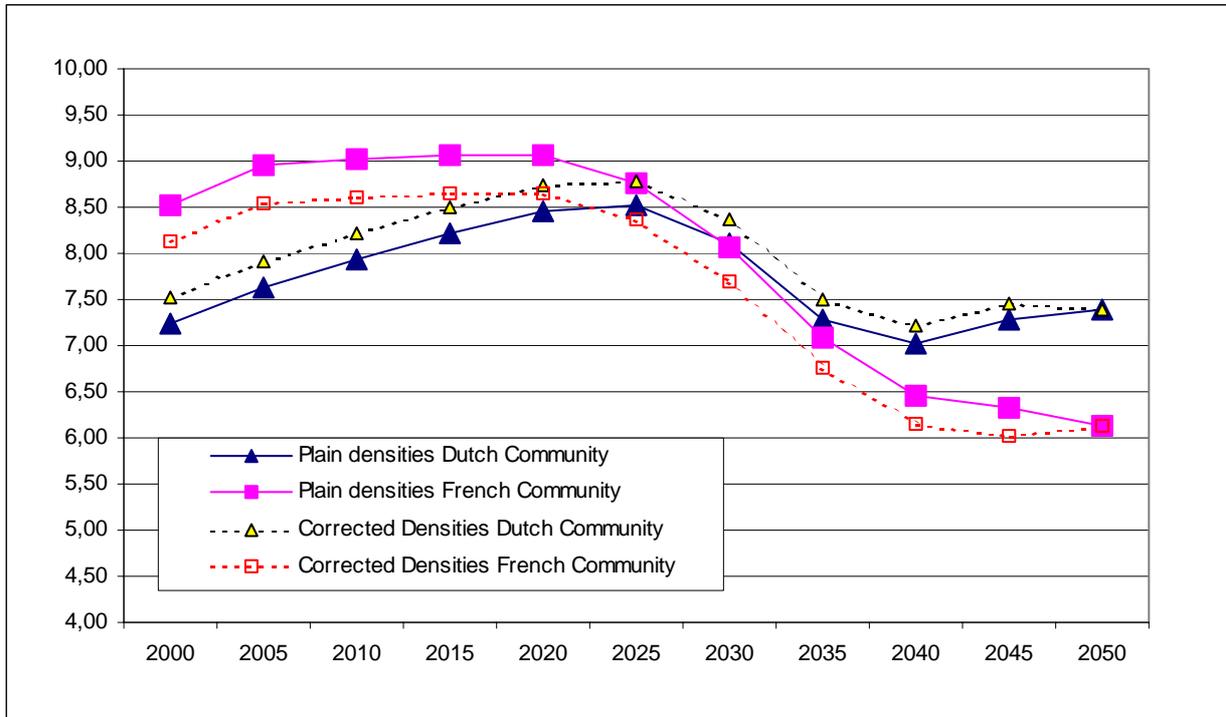
#### 4.1.1. Scénario 140 A :

Figure 4



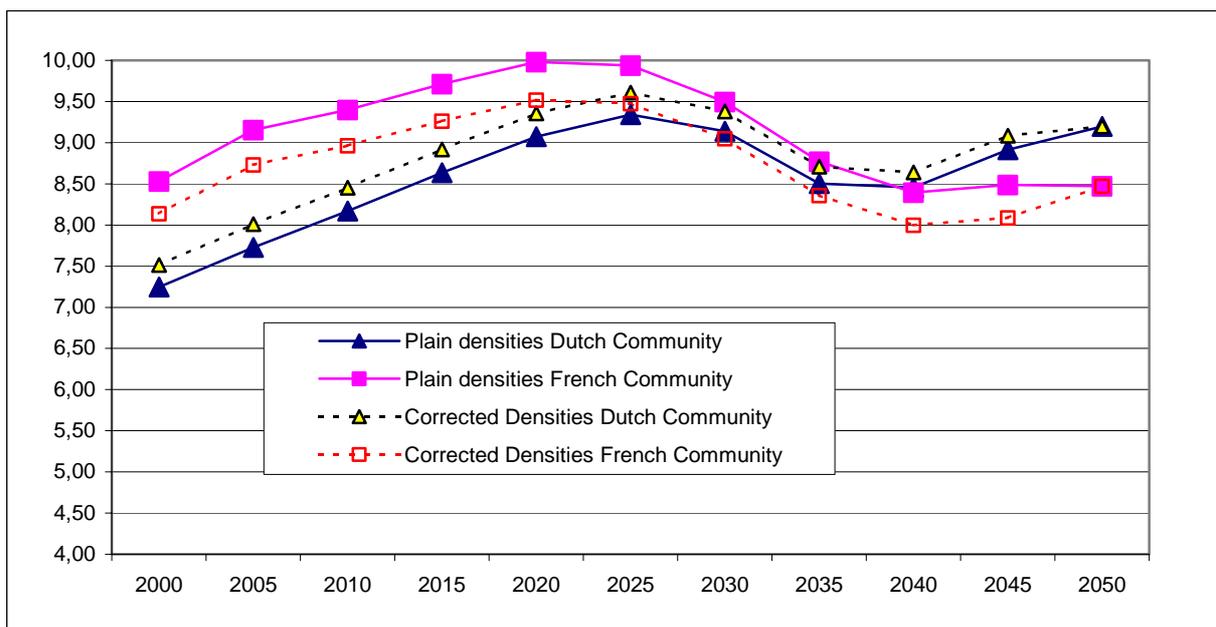
4.1.2. Scénario 1418 A :

Figure 5



4.1.3. Scénario 1620 B :

Figure 6



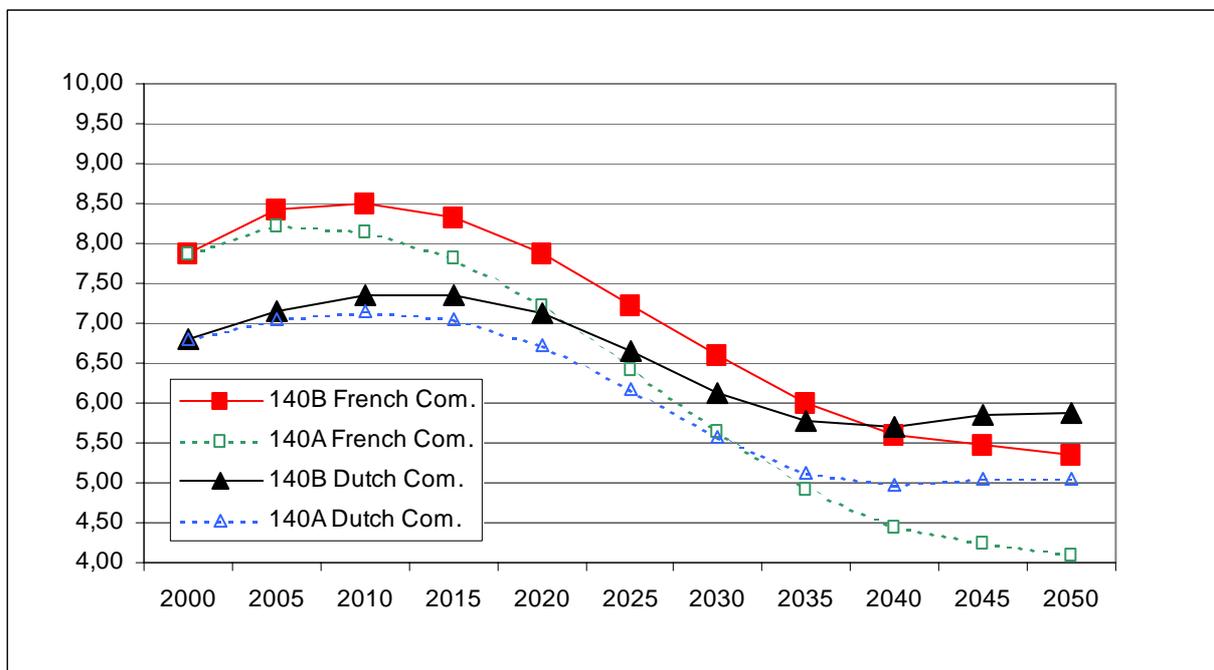
## 4.2. Dentistes prodiguant des soins INAMI : densités brutes / 10 000 habitants

On se limite ici aux dentistes prodiguant des soins INAMI, en montrant les différences selon les scénarios A ou B (i.e. % d'habilités INAMI). On se limite aux densités brutes, sans tenir compte des migrations internes, accentuant ainsi les différences possibles entre Communautés.

NB : Visuellement, les différences apparaissent amplifiées, vu que, pour faciliter la lecture, les échelles ne commencent pas à zéro.

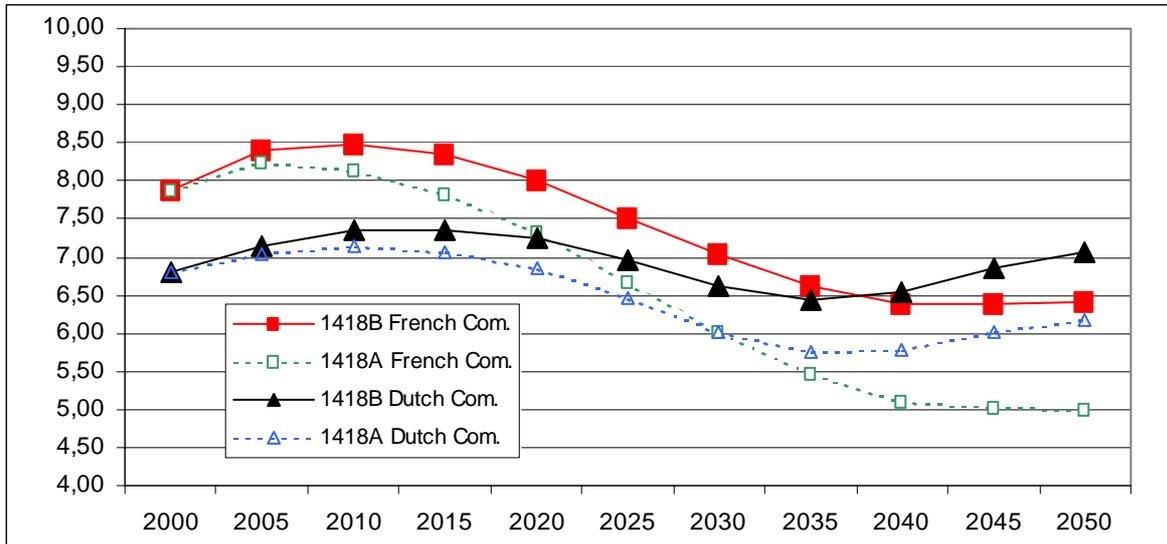
### 4.2.1. Scénario 140 A et B :

Figure 7



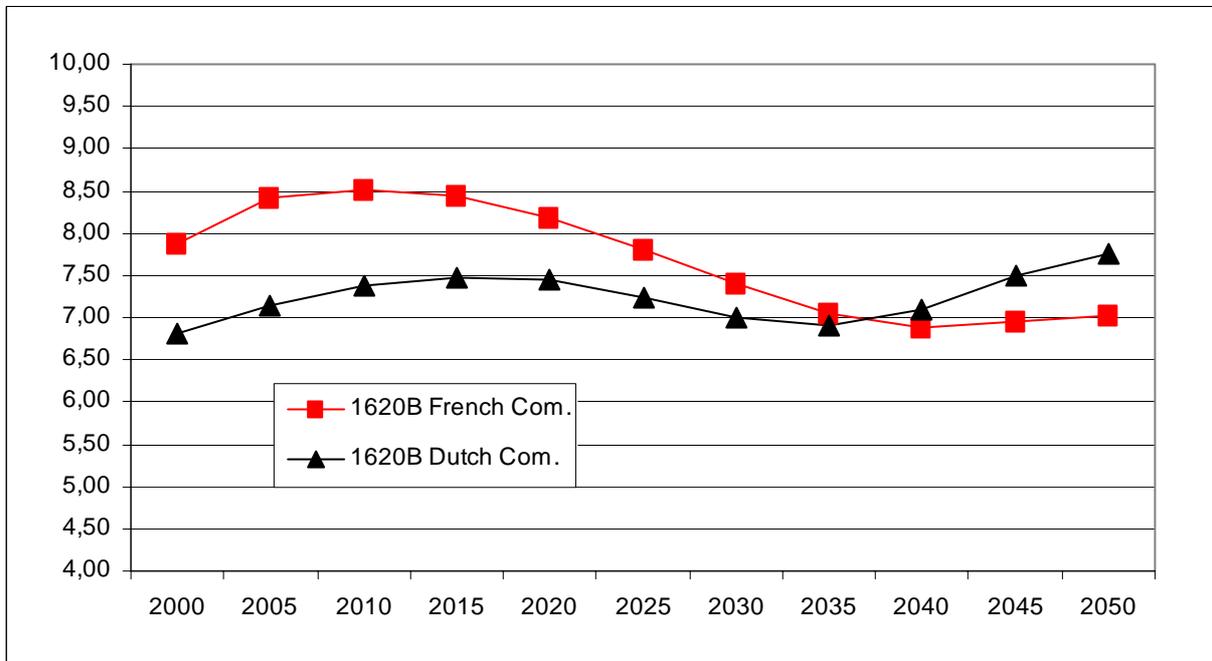
4.2.2. Scénarios 1418 A et B :

Figure 8



4.2.3. Scénario 1620 B :

Figure 9



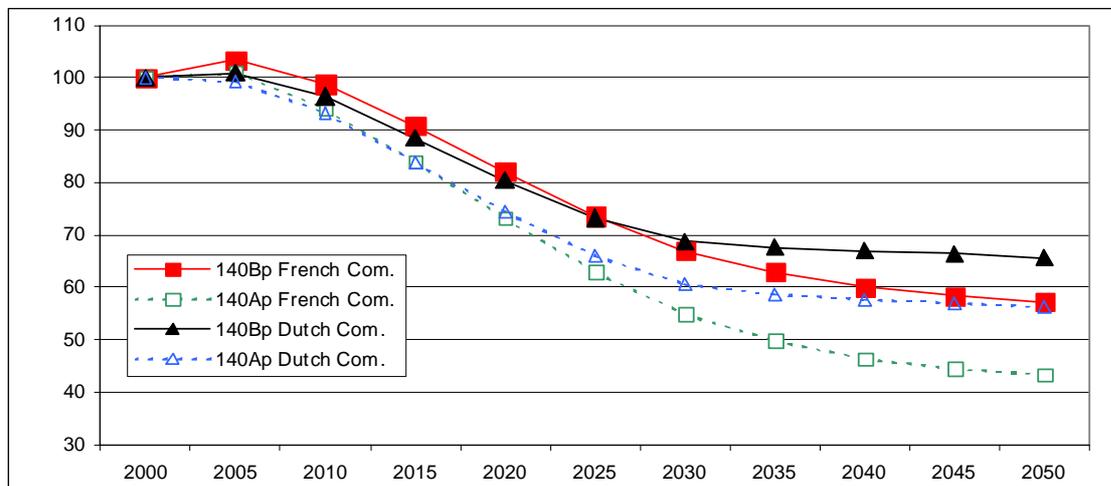
### 4.3. ETP (Prod) WTR pour les dentistes prodiguant des soins INAMI

#### Index d'évolution de la force de travail selon index d'activité potentielle aux âges jeunes - Index pour 2000 = 100

Voici l'évolution attendue de la force de travail des praticiens prodiguant des soins INAMI, selon l'activité potentielle aux âges jeunes (scénarios « p » : un homme < 50 ans = 1), successivement en cas de quota inchangés (140) et selon les scénarios dits 1418 et 1620. Les résultats partent d'une base 100, propre à chaque Communauté (vu la quasi étanchéité des deux marchés) ; ils permettent de comparer les scénarios A et B (selon niveau d'insertion à l'INAMI). Les index à activité croissante seront présentés à la section suivante (4.4).

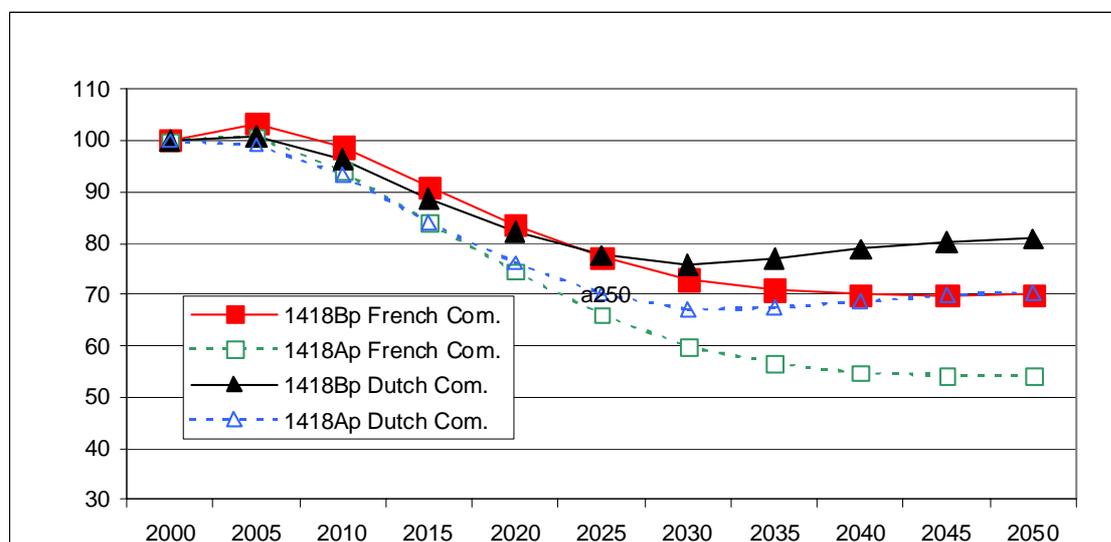
#### 4.3.1. Scénarios 140 - Ap et Bp :

Figure 10



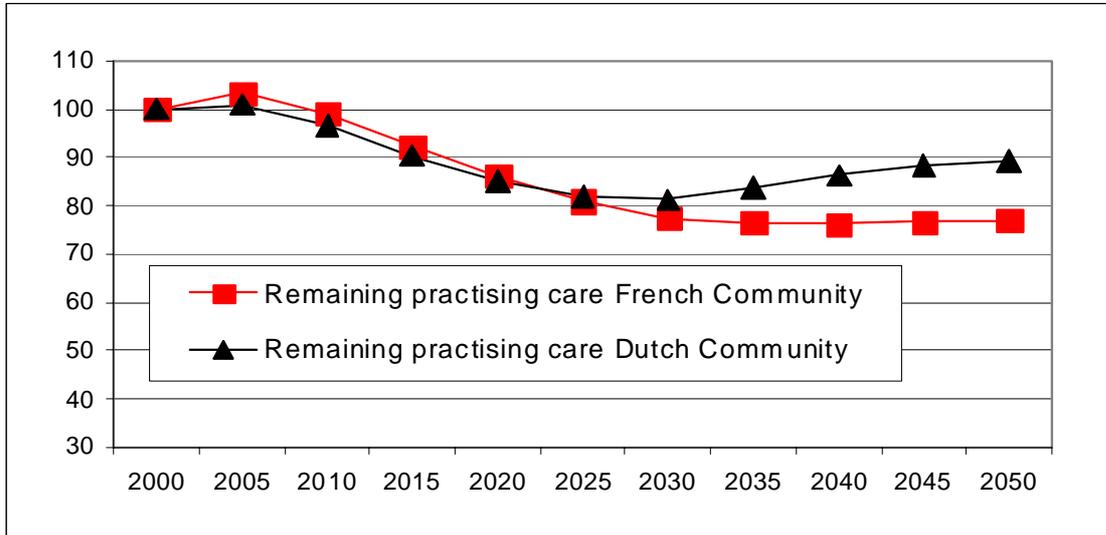
#### 4.3.2. Scénarios 1418 - Ap et Bp :

Figure 11



4.3.3. Scénarios 1620 – Bp :

Figure 12



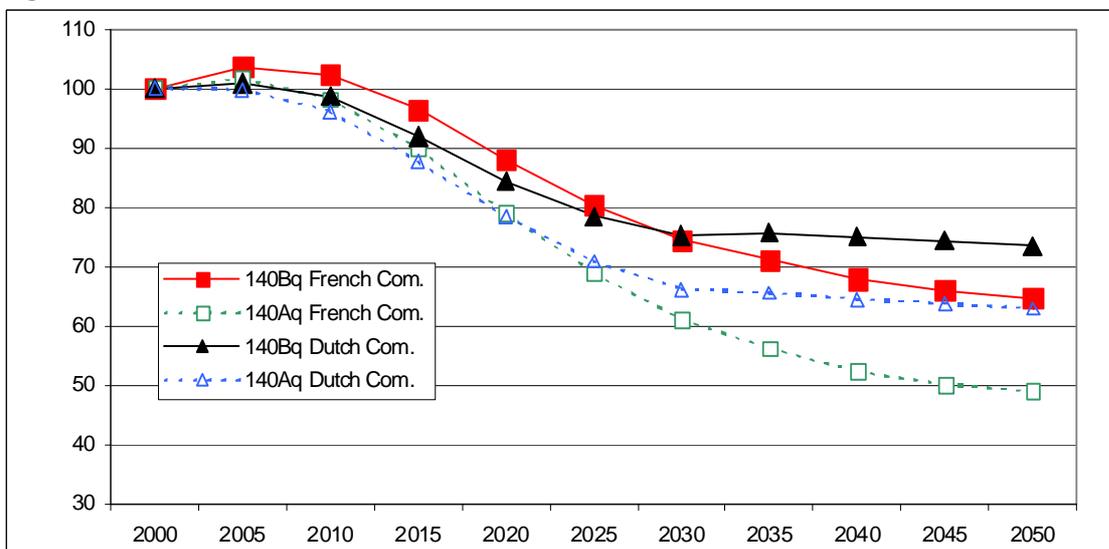
4.4. ETP (Prod) WTR pour les dentistes prodiguant des soins INAMI

**Index d'évolution de la force de travail selon index d'activité réelle croissante aux âges jeunes - Index pour 2000 = 100**

Voici l'évolution attendue de la force de travail des praticiens prodiguant des soins INAMI, en cas de modification des comportements, l'activité réelle des jeunes s'accroissant à mesure que les densités diminuent (= scénarios « q »), et ce successivement pour les quota inchangés (140) et selon les scénarios dits 1418 et 1620.

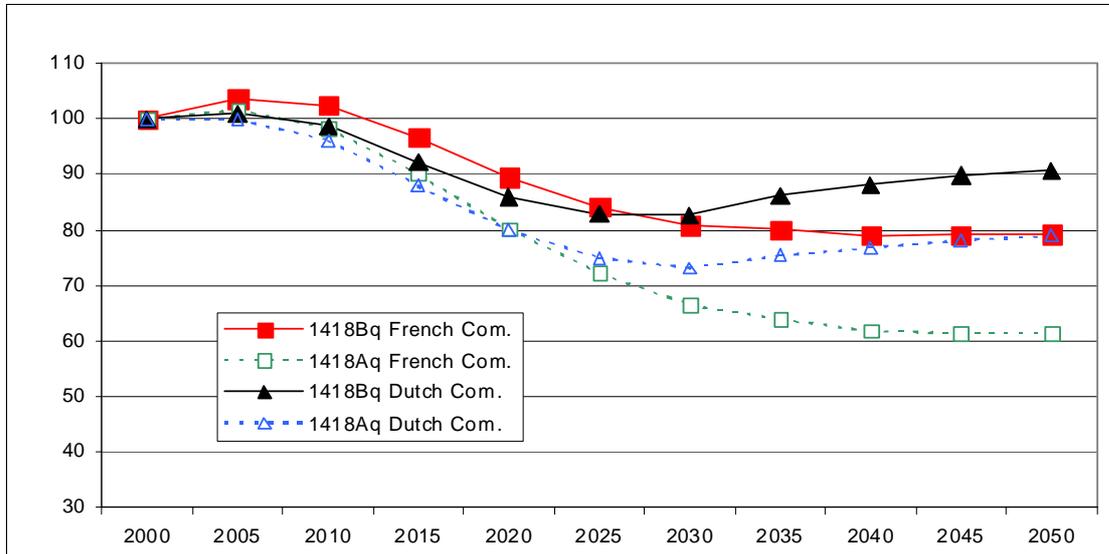
4.4.1. Scénarios 140 Aq et Bq :

Figure 13



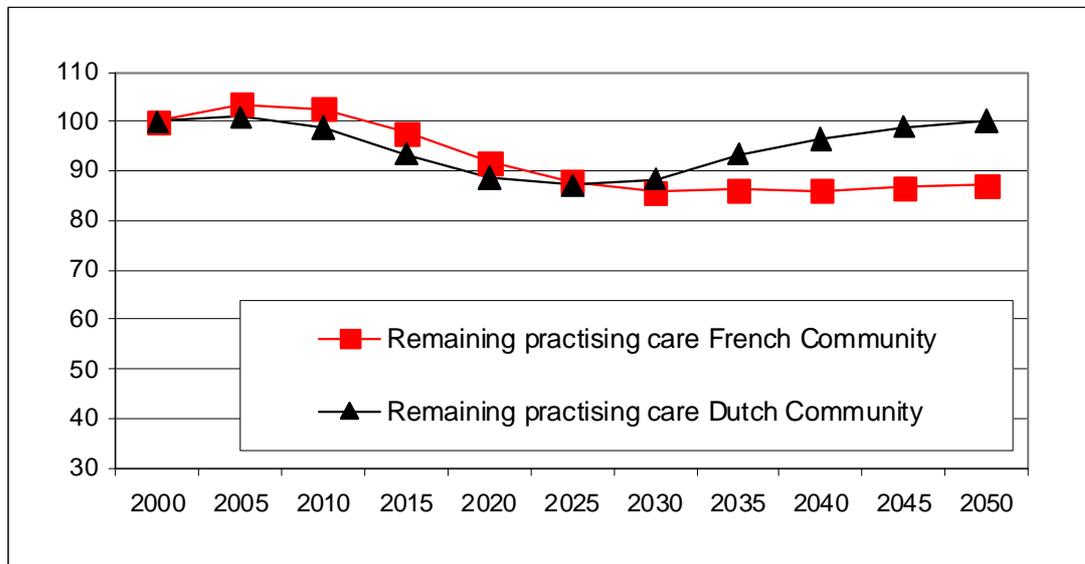
4.4.2. Scénarios 1418 Aq et Bq :

Figure 14



4.4.3. Scénario 1620 Bq :

Figure 15



## 5. Commentaires

### 5.1. Rappel et vraisemblance des divers scénarios

#### 5.1.1. Scénarios 140 versus 1418 et 1620

Les scénarios 140 illustrent les perspectives d'avenir à numerus clausus inchangé.

Les scénarios 1418 et 1620 montrent comment, en élargissant le numerus clausus à partir de 2015, ou de 2011, il serait possible d'atténuer la chute colossale de la force de travail, inévitable si on en restait à 140.

#### 5.1.2. Scénarios A et B

Les scénarios B (supposant que tous les agrées s'enregistrent à l'INAMI) ne correspondent pas aux observations du passé (données INAMI), ni aux données du recensement de 1991 (cf. Tableau 5). Il existe en effet un phénomène de « pertes », qui est d'ailleurs commun à toutes les professions de santé.

**Tableau 5 - Ampleur des pertes parmi les professionnels de la santé:  
% sans activité dans le secteur de la santé (Recensement 1991)**

	<b>Pays</b>	<b>Dont : Région bruxelloise</b>
Médecins généralistes	15,5%	20,4%
Médecins spécialistes	15,0%	16,0%
Médecins : total	15,3%	18,0%
Dentistes	9,5%	11,6%
Pharmaciens	18,0%	26,0%
Infirmiers	16,6%	17,1%

Source : Recensement 1991 de la population (INS), travaillé par SESA, in Info-Santé.

Néanmoins, les agrées seront essentiellement ceux des diplômés qui restent en Belgique, à l'exclusion des étudiants étrangers, ce qui pourrait donc diminuer parmi eux le % de pertes, celles dues au retour vers le pays d'origine.

Les scénarios A (i.e. seuls un certain % des diplômés se font enregistrer à l'INAMI) et B (i.e. tous rejoignent l'INAMI) fournissent ainsi les deux bornes extrêmes, entre lesquelles se situera probablement la réalité du terrain.

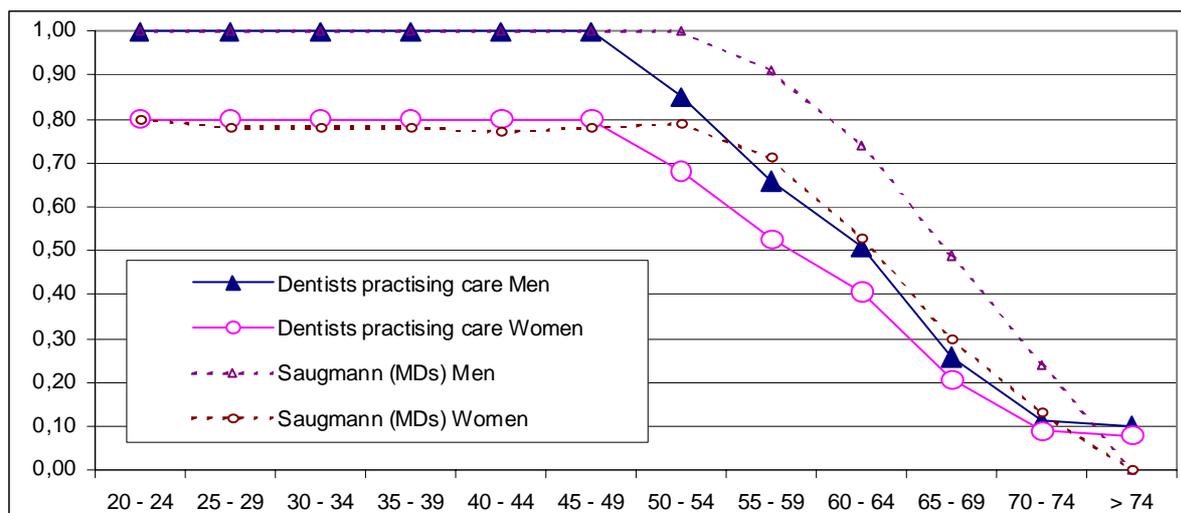
#### 5.1.3. Scénarios p et q

En ce qui concerne les conversions en ETP, les scénarios « p » sont les plus classiques : ils s'appuient sur l'activité potentielle aux âges jeunes et sur l'activité réelle pour les aînés.

Nous avons ajouté de scénarios nouveaux « q », basés sur les index de volume d'activité réelle même aux âges jeunes, et supposant une adaptation des comportements, à savoir une croissance avec le temps de l'activité des jeunes, compensant ainsi les chutes de travail liées au vieillissement et aux départs des cohortes très fournies.

Les index d'activité potentielle ont la même allure générale que ceux établis par Saugmann pour les médecins, mais ils diminuent plus précocement et plus fortement avec l'âge (cf. Figure 16).

Figure 16 – Index d'activité potentielle versus courbe de Saugmann



Source : Calculs UCL sur base de données INAMI et Saugmann

## 5.2. Les divers scénarios retenus sont prudents.

En effet, les chutes prévisibles de la force de travail pourraient être encore pires si :

- L'âge de la retraite s'abaissait ; dans notre modèle, il a été fixé à 75 ans et non à 65 ans (mais nous tenons compte d'une diminution selon l'âge du taux de rétention en soins curatifs et du volume d'activité).
- Les sorties précoces se multipliaient à des âges inférieurs à ceux observés actuellement, et si les volumes de travail diminuaient davantage pour les aînés restés au travail ; cette éventualité pourrait suivre un mouvement sociétal favorable à une « qualité de vie » hors travail et suivre la tendance à la prépension prisée dans de nombreux milieux.
- Le volume relatif d'activité professionnelle des femmes était calqué sur celui de leur production d'actes, soit 75 %, et non sur celui de leur temps de travail (80%).
- La mortalité était maintenue stable et non décroissante dans le temps. L'écart est de  $\pm 2$  % des effectifs dès 2030 pour le scénario 140, mais il atteint près de 8 % des effectifs en 2050, lorsque l'on passe au scénario maximal (1620). La différence n'est donc pas négligeable et témoigne de l'intérêt de prendre en compte l'amélioration de la mortalité, sous peine de sous-estimer les effectifs à terme.

Inversement, la chute serait atténuée :

- Si l'activité professionnelle des femmes comparée à celle de leurs collègues masculins rejoignait celle observée à l'étranger<sup>4</sup>.

4 Decaluwe, F. (2002), Women and career : an unhappy marriage ? Dentistry as a case study, *Belg Tijdschr Tandheelkd*, 57 : 293-313 (cité dans le rapport de D. van Steenberghe, Fondements scientifiques du plan stratégique soins buccaux en Belgique, mars 2003) : un dentiste travaille en moyenne 44 heures par semaines contre 35 heures par semaine pour sa collègue (soit 79,5 %; différence significative)

Walton SM, Gayle RB, Cooksey JA, Kaste LM, Assessing differences in hours worked between male and female dentists. An analysis of cross-sectional national survey data from 1979 through 1999, *Journal of the American Dental Association*, 135, 2004 : 637-645

Enquête auteurs, 1979-1999 : heures travaillées par semaine : Hommes 40.2 ;

Femmes : 36,2 soit 90 % (différence significative)

- Si, grâce à l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, et aux incitants au travail des aînés, la carrière s'allongerait à nouveau (tendance non observée à ce jour).

### 5.3. Les perspectives en nombre d'individus et en densités

Même en restreignant l'input à 140, les nombres absolus continueront à croître jusqu'en 2015. Il ne faut pas s'en inquiéter, car **ces résultats procurent une vue fallacieuse** de la situation sur le terrain. En effet, ils ne rendent pas compte des retraites précoces ni des baisses d'activité qui prennent place à partir de cinquante ans et qui, à partir de 2005 déjà, toucheront les cohortes très fournies issues des promotions des années '70 et '80 (cf. 2.6). Ces perspectives diffèrent dès lors fortement de celles établies en équivalents temps-plein, lesquelles seront commentées plus loin (cf. 5.4).

Le **vieillissement sera très sévère**. Actuellement on compte à peine plus d'un aîné (50 ans ou plus) pour quatre confrères plus jeunes. Le vieillissement atteindra son sommet vers 2020 (entre 2015 et 2025 selon les scénarios). A cette époque, les aînés prodiguant des soins seront de 8 à 24 % plus nombreux que leurs cadets (scénarios 140), à peine moins si on élargit un peu le numerus clausus ; ils seront à égalité selon le scénario 1620B.

**Dans un premier temps, les densités globales vont encore croître**. Cette hausse se produira jusqu'en 2020-25 (jusqu'en 2010-15 seulement pour ceux prodiguant des soins).

Si on limitait l'analyse à l'ensemble des dentistes habilités INAMI, les hausses pourraient paraître substantielles. Mais, vu le vieillissement, la croissance affectera nettement moins ceux prodiguant des soins. Pour ceux-ci, les perspectives pour 2020 sont très proches dans les scénarios 140 et 1418 : stabilité du côté néerlandophone et - 8 % environ du côté francophone. Le scénario 1620 mène à une augmentation des densités brutes pour les deux communautés : respectivement + 4 et + 9 % [à interpréter à la lumière de l'évolution attendue en équivalents temps-plein (cf. section 5.4)].

Au delà de cette époque, **une chute des densités deviendra quasi inévitable**. Vers 2050, la chute atteindrait (en se limitant à ceux prodiguant des soins) :

- avec un numerus clausus maintenu à 140,
  - o moins 14 à - 26 % du côté néerlandophone (par rapport à 2000 et non pas par rapport à leur maximum) ;
  - o moins 32 à - 48 % du côté francophone.
- avec un numerus clausus élargi à partir de 2015 (scénario 1418) :
  - o moins 9 % à + 4 % du côté néerlandophone,
  - o moins 19 à - 36 % du côté francophone.
- avec un numerus clausus élargi dès 2010 (scénario 1620 B) :
  - o plus 14 % du côté néerlandophone mais - 11% du côté francophone.

Pour chacun des scénarios, les marges d'incertitude sont relativement importantes, selon que l'enregistrement à l'INAMI concerne ou non la totalité des diplômés. Il sera dès lors important d'établir une veille en la matière et de surveiller en parallèle l'évolution de la rétention en soins curatifs.

Mais en réalité l'accessibilité diminuera encore bien davantage, vu les effets du vieillissement sur la force de travail de ces effectifs. C'est ce que nous montrera l'examen des équivalents temps-plein (cf. section 5.4 ci-dessous).

## 5.4. Les perspectives en équivalents temps-plein sont très différentes :

Nous considérons ici les équivalents temps-plein (les ETP(Prod) WTR), lesquels tiennent compte des évolutions d'activité avec l'âge et aussi de la diminution séculaire de la durée de travail. En résumé, cet indicateur chute dès 2005-2010 dans pratiquement tous les scénarios présentés, vu l'importance numérique des cohortes atteignant l'âge où l'activité diminue et est suivie par la retraite. Cette chute devient rapidement très sévère dans les deux communautés. Les index sont calculés par rapport à une base 100 en 2000 et sont présentés séparément par Communauté ; cette approche se justifie pleinement, puisqu'il s'agit de deux marchés distincts, vu la faiblesse des migrations entre les deux Communautés.

### 5.4.1. Pour les dentistes prodiguant des soins INAMI

a) Mesurée en ETP(Prod) WTR **la force de travail effective diminue dès 2010 environ**, contrairement à la croissance apparente que suggère l'évolution des densités brutes.

b) **La chute perdurera pendant plusieurs décennies.**

- jusqu'en 2050 dans les deux Communautés si on en restait au scénario 140 ;
- jusqu'en 2030 seulement du côté néerlandophone en cas de numerus clausus élargi, mais, même dans ce cas de figure, elle perdurera jusque 2040-2050 du côté francophone.

Au delà de ces dates, on pourrait assister à une légère remontée du côté néerlandophone et à une stabilisation du côté francophone.

c) **Au total, les chutes seraient impressionnantes**, même en cas de numerus clausus élargi.

Cette chute de la force de travail sera sévère dans les deux Communautés et dans quasi tous les scénarios (cf. Tableau 6), soit par rapport à 2000 :

- En cas de comportements stables (scénarios « p ») :
  - o en 2020, la chute s'étagera de moins 14 % (numerus clausus élargi) à moins 27 % (numerus clausus maintenu à 140).
  - o En 2050, elle pourrait atteindre moins un tiers à moins 57 % en cas de numerus inchangé ; même en élargissant le numerus clausus dès 2010, elle atteindrait encore moins 11 % en Communauté flamande et presque moins un quart en Communauté française.
- Si une adaptation de comportements se réalise via un regain d'activité aux âges jeunes (= scénarios « q »), la chute prévisible sera quelque peu atténuée, mais non éradiquée. Une veille devra donc vérifier la réalité de l'évolution des comportements.

En conclusion, il faut apprécier l'opportunité de chutes de telle ampleur et donc envisager le choix du scénario 1620 dès 2010.

### Tableau 6 - Perspectives de praticiens prodiguant des soins INAMI en ETP(Prod) WTR

#### 1. Scénarios selon l'activité potentielle

Pour 2000 = 100	Scénarios 140 (Ap et Bp)	Scénarios 1418 (Ap et Bp)	Scénario 1620 (Bp)
<b>En 2020</b>			
Com. Flamande	Moins 20 à - 26 %	Moins 18 à - 24 %	Moins 15 %
Com. Française	Moins 18 à - 27 %	Moins 16 à - 25%	Moins 14 %
<b>En 2050</b>			
Com. Flamande	Moins 1/3 à - 44 %	Moins 20 à - 30 %	Moins 11 %
Com. Française	Moins 43 à - 57%	Moins 30 à - 46 %	Moins 23 %

**2. Scénarios selon l'activité réelle croissant avec l'âge** (c.-à-d. avec adaptation des comportements)

Pour 2000 = 100	Scénarios 140 (Aq et Bq)	Scénarios 1418 (Aq et Bq)	Scénario 1620 (Bq)
<b>En 2020</b>			
Com. Flamande	Moins 16 à 22 %	Moins 14 à - 20 %	Moins 11 %
Com. Française	Moins 12 à 20 %	Moins 11 à - 20 %	Moins 8 %
<b>En 2050</b>			
Com. Flamande	Moins ¼ à 1/3	Moins 10 à - 20 %	stabilité
Com. Française	Moins 1/3 à moins ½	Moins 20 à - 40%	Moins 13 %

**5.4.2. Pour l'ensemble des dentistes**

Pour l'ensemble des dentistes habilités INAMI, les chutes seraient légèrement moindres, mais sans influence sur l'accessibilité aux soins INAMI.

Pour l'ensemble des diplômés, des enquêtes seraient nécessaires pour savoir si ceux qui boudent l'INAMI ou qui ne prodiguent pas de soins sont néanmoins actifs dans le système de santé (à l'instar de ce qu'on observe pour les médecins). Comme le numerus clausus vise essentiellement à maîtriser l'offre dans le cadre de l'assurance soins de santé, les résultats relatifs à ceux prodiguant des soins sont plus pertinents à cet égard. Par contre, pour la guidance des étudiants et leurs perspectives de carrière, il serait utile de savoir ce que deviennent les autres.

**5.5. Les différences « Nord-Sud »**

**5.5.1. Les écarts de densités sont faibles**

Pour les praticiens procurant des soins INAMI, les différences de densités brutes entre les deux Communautés se limitent à + 16 % du côté francophone. Si on corrige ces chiffres pour tenir compte des migrations internes, l'écart tombe à 6 %.

Pour l'ensemble des agréés INAMI, ces index atteignent 2 points de plus.

Ces différences sont très faibles. A l'intérieur de chaque Région, les écarts sont bien plus marqués, sans que personne ne s'en émeuve :

- En Flandre, la densité en Brabant flamand est de 42 % plus élevée que dans la province d'Anvers ;
- En Wallonie, le Brabant francophone est 2,5 fois plus densément loti que le Hainaut.
- Même si on ne tient pas compte des deux provinces de Brabant, atypiques vu leur proximité avec Bruxelles, l'étendue des écarts est encore de 14 % en Flandre (Oost-Vlaanderen versus Antwerpen) et de 63 % en Wallonie (Liège versus Hainaut).

Si l'on veut être cohérent, il faut

- soit stigmatiser les écarts de densités (et certains se demandent si cela implique une loi d'établissement, que personnellement nous ne prônons pas),
- soit conclure que de tels écarts sont acceptables, et dans cette hypothèse, il n'y a nulle raison de stigmatiser particulièrement les différences Nords-Sud.

### **5.5.2. Les densités en Communauté flamande dépasseront celles de la Communauté française.**

Les différences de densités entre les Communautés s'atténuent à partir de 2010 dans tous les scénarios et disparaîtront peu à peu. Bien plus, comme la population augmentera plus vite du côté francophone, les courbes de densités se couperont, celles des Néerlandophones devenant supérieures :

- dès 2016 pour les praticiens prodiguant des soins (2031 seulement si les migrations internes s'arrêtent) ;
- à partir de 2025 environ pour l'ensemble des agréés INAMI (2040 seulement si plus aucune migration inter-Communautés ne se produit).

### **5.5.3. Les écarts de production compensent les écarts de densités**

Les écarts de densités masquent une réalité qui en modifie totalement la signification : celle des différences de production par praticien entre les deux Communautés du pays

En 2000, cet écart-ci compense exactement celui des densités brutes et est supérieur à celui des densités corrigées.

Par conséquent, si l'on souhaitait adopter un standard unique pour le calcul des équivalents temps-plein, les différences de densités brutes entre Communautés s'en verraient automatiquement gommées ! A densités différentes, les productions effectives ne s'en trouvent donc pas aggravées ; à ce stade-ci des connaissances, les sur-densités n'apparaissent donc pas source de surproduction.

Le fait de produire moins en moyenne doit être interprété de façon positive : un tel comportement permet de répartir le travail sur un plus grand nombre de têtes, ce qui est favorable à l'emploi, sans peser sur les finances de l'assurance soins de santé (sauf éventuelle surproduction, non prouvée à ce jour). Rien ne permet de considérer un niveau de production comme intrinsèquement « meilleur » que l'autre, tant qu'il n'y a pas abus (via une demande induite par l'offre) et tant que la rentabilité des pratiques reste assurée au niveau de demande possible compte tenu du financement via l'assurance soins de santé. Dans ces deux domaines, des études seraient utiles.

### **5.5.4. La chute des ETP(prod) sera plus forte du côté francophone.**

L'évolution prévisible des ETP (Prod) indique, pour chaque Communauté, les évolutions attendues en son sein.

Si l'écart de production entre Communautés reste de même ampleur, la chute de l'accessibilité aux soins (en ETP) serait au fil du temps nettement plus forte du côté francophone (cf. Tableau 6). Par conséquent, le croisement prévu des courbes de densités brutes entre Communautés pourrait produire un impact accentué sur l'accessibilité des soins en Communauté française.

Cependant, si l'accessibilité diminuera partout, les praticiens Francophones, moins chargés, disposent d'une plus large marge de manoeuvre pour adapter leurs comportements. Reste à savoir si un surcroît de travail est souhaité par les praticiens et souhaitable du point de vue de la répartition de l'emploi. Ici encore, des enquêtes sont nécessaires.

Ces divers constats devront être complétés par une analyse de la consommation et des besoins.

## 5.6. La répartition selon les spécialités

Des spécialités en orthodontie et parodontologie ayant été introduites, quelle est la part qui doit leur être réservée dans les quotas acceptés ?

Selon les statistiques du cadastre des professions de santé, ces spécialités représentent respectivement quelque 3,3 % et près de un pour cent des effectifs.

Si on appliquait ces proportions aux deux scénarios de numerus clausus envisagés pour 2010 (140 ou 160), on obtiendrait :

**Tableau 7- Numerus clausus selon les spécialités**

	En %					
	Francoph.	Néerland.	Pays	Francoph.	Néerland.	Pays
<b>Si numerus clausus à 140</b>						
Généralistes	53	80	133	94,6%	95,2%	95,0%
Orthodontie	2	3	5	3,6%	3,6%	3,6%
Parodontologie	1	1	2	1,8%	1,2%	1,4%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>84</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Si numerus clausus à 160</b>						
Généralistes	61	92	153	95,3%	95,8%	95,6%
Orthodontie	2	3	5	3,1%	3,1%	3,1%
Parodontologie	1	1	2	1,6%	1,0%	1,3%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>96</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Comparé à la répartition actuelle des effectifs, l'AR du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire prévoit bien davantage de spécialistes (24 au lieu de 7, soit environ 20 % au lieu de 5 %) et une répartition égale entre les deux spécialités (12-12 au lieu de 5-2 pour les nouveaux diplômés).

## 5.7. Réalité du terrain en Communauté francophone

### 5.7.1. Les pertes perdurent parmi les diplômés

	2002	2003	2004
Nombre de diplômés	<b>80</b>	<b>69</b>	<b>67</b>
Aucune demande d'agrément dans l'année	24	10	31
- pour raison inconnue	3	1	11
- pour pratique à l'étranger	21	7	2
- pour enregistrement tardif		2	18
<b>Pertes en % des diplômés</b> (= Raison inconnue et départs à l'étranger)	<b>30 %</b>	<b>12%</b>	<b>19 %</b>

Nul suivi n'a encore été établi pour vérifier ce que deviennent ceux qui ont demandé l'agrément. On sait cependant, que des changements d'orientation surviennent en cours de formation, ce qui, dans la situation actuelle, bloque deux agréments.

### 5.7.2. La spécialité en parodontologie est peu demandée

	2002	2003	2004
Candidats sélectionnés pour une spécialisation en Orthodontie	2	4	6
Candidats sélectionnés pour une spécialisation en Parodontologie	2	1	0

En réalité, le nombre d'inscrits en 1<sup>e</sup> année est plus élevé, vu des reports en provenance d'années antérieures ; au total : 13 en orthodontie et 9 en parodontologie

### 5.7.2. La spécialité en stomatologie attire des candidats

	2002	2003	2004
Candidats pour une spécialisation en Stomatologie (estimation pour 2004)	2	1	(5)

Les titres de stomatologue sont déjà inclus dans le numerus clausus de médecins. Ils ne sont pas prévus dans l'AR relatif à la planification de l'art dentaire (30 mai 2002) ; ils ne sont donc pas à comptabiliser dans les quotas relatif à l'art dentaire (AR 78, art. 35nonies, § 6).

## 5.8. Questions en suspens

Les questions suivantes méritent d'être posées :

1. Faut-il maintenir la place prévue pour les spécialités (20 %) et la répartition selon une clé 12-12 ? Si non, quelle place leur donner ? Faut-il réviser les quotas prévus pour 2002 à 2005 ?
2. En cas d'absence de candidature dans une spécialité, les agréments délaissés peuvent-ils être attribués aux candidats en dentisterie générale ?
3. Faut-il prévoir un suivi des agréments octroyés et non utilisés, en vue de leur remplacement éventuel par d'autres candidats ? Il s'agit notamment de candidats qui modifient leur orientation en cours de trajet. Mais il pourrait aussi s'agir à l'avenir, de personnes quittant la profession ou partant la pratiquer à l'étranger.
4. Selon les nouvelles dispositions légales <sup>5</sup>, il est prévu que les « *titulaires* » des titres professionnels particuliers ou les praticiens de l'art dentaire porteur d'un diplôme de médecin ont accès au remboursement de leurs prestations par l'assurance soins de santé pour l'art. 34, al. 1er, 1<sup>o</sup>, e (art 2).  
Question : les diplômés en science dentaire n'ont-ils accès à aucun remboursement pendant leur formation de spécialisation ?
5. Vu la chute prévisible de la force de travail, faut-il prévoir des fonctions nouvelles, venant en appui de celles exercées par les dentistes, permettant notamment de favoriser l'emploi dans de nouvelles catégories professionnelles ?
6. Selon quelles modalités s'opéreront les éventuelles sélections de candidats, en cas de dépassement des quotas, notamment au vu des demandes tardives d'agrément ?

<sup>5</sup> Loi du 24 novembre 2004, portant des mesures en matière de soins de santé (MB 9 mars 2005).

## 6. Résultats - Nombres absolus et densités

### 6.1. Scénario 140 : Numerus clausus à 140 jusqu'en 2050

Tableau 8 - Indicateurs relatifs aux nombres absolus – Scénario 140

**a) Scenario A : % registered with Health Fund as assessed (Low hypothesis)**

Belgium	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>NUMBER OF DENTISTS</b>						
Registered with Health Fund	7.984	8.822	9.210	8.329	6.596	6.296
Remaining practising care	7.442	7.957	7.432	6.101	5.210	5.088
<b>DENSITY : N / 10000</b>						
Registered with Health Fund	7,77	8,38	8,59	7,65	6,02	5,75
Remaining practising care	7,24	7,56	6,93	5,60	4,75	4,65
<b>AGING OF INDIVIDUALS (50-74 / 25-49)</b>						
Registered with Health Fund	0,29	1,06	1,64	1,64	1,09	0,99
Remaining practising care	0,26	0,95	1,24	1,03	0,73	0,69
<b>% WOMEN (N. Registered)</b>						
	0,43	0,47	0,50	0,55	0,60	0,59
<b>Communities : Index Densities (N / 10 000) : 2000 = 100</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	110	115	105	86	85
Dutch C - Remaining practising care	100	105	99	82	73	74
French C - Registered with Health Fund	100	106	105	90	68	60
French C - Remaining practising care	100	103	92	72	56	52
<b>Index Density dentists practising care : French Community versus Dutch Community = 100</b>						
Plain numbers (N/10000)	1,16	1,14	1,07	1,01	0,89	0,81
Corrected for migrations	1,08	1,04	0,97	0,91	0,81	0,81

**b) Scenario B : all registered with Health Fund + foreigners (High hypothesis)**

Belgium	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>NUMBER OF INDIVIDUALS</b>						
Registered with Health Fund	7.984	9.109	9.771	9.161	7.695	7.592
Remaining practising care	7.442	8.227	7.966	6.891	6.211	6.187
<b>DENSITY : N / 10000</b>						
Registered with Health Fund	7,77	8,65	9,11	8,41	7,02	6,93
Remaining practising care	7,24	7,81	7,43	6,33	5,66	5,65
<b>AGING OF INDIVIDUALS (50-74 / 25-49)</b>						
Registered with Health Fund	0,29	1,00	1,42	1,39	1,00	0,98
Remaining practising care	0,26	0,89	1,08	0,89	0,70	0,69
<b>% WOMEN (N. Registered)</b>						
	0,43	0,46	0,50	0,54	0,58	0,56
<b>Communities : Index Densities (N / 10 000) : 2000 = 100</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	112	120	114	96	99
Dutch C - Remaining practising care	100	108	105	90	84	86
French C - Registered with Health Fund	100	110	113	101	83	78
French C - Remaining practising care	100	108	100	84	71	68
<b>Index Density registered with Funds : French Community versus Dutch Community = 100</b>						
Plain numbers (N/10000)	1,18	1,15	1,11	1,05	1,01	0,93
Corrected for migrations	1,08	1,06	1,02	0,97	0,94	0,93

**6.2. Scénario 1418 : Numerus clausus 140 (2010-14) ; 160 (2015-19) ; 180 (2020 et +)**

**Tableau 9 - Indicateurs relatifs aux nombres absolus – Scénario 1418**

**a) Scenario A : % registered with Health Fund as assessed**

Belgium	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>NUMBER OF DENTISTS</b>						
Registered with Health Fund	7.984	8.822	9.337	8.817	7.443	7.500
Remaining practising care	7.442	7.957	7.552	6.563	6.016	6.215
<b>DENSITY : N / 10000</b>						
Registered with Health Fund	7,77	8,38	8,71	8,09	6,79	6,85
Remaining practising care	7,24	7,56	7,04	6,02	5,49	5,67
<b>AGING OF INDIVIDUALS (50-74 / 25-49)</b>						
Registered with Health Fund	0,29	1,06	1,59	1,42	0,87	0,85
Remaining practising care	0,26	0,95	1,20	0,89	0,59	0,61
<b>% WOMEN (N. Registered)</b>	0,43	0,47	0,50	0,55	0,60	0,58
<b>Communities : Index Densities (N / 10 000) : 2000 = 100</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	110	117	112	97	102
Dutch C - Remaining practising care	100	105	101	88	85	91
French C - Registered with Health Fund	100	106	106	94	76	72
French C - Remaining practising care	100	103	93	77	65	64
<b>Index Density dentists practising care : French Community versus Dutch Community = 100</b>						
Plain numbers (N/10000)	1,16	1,14	1,07	1,00	0,88	0,81
Corrected for migrations	1,06	1,04	0,97	0,90	0,81	0,81

**b) Scenario B : All registered with Health Fund + foreigners**

Belgium	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>NUMBER OF DENTISTS</b>						
Registered with Health Fund	7.984	9.109	9.911	9.699	8.630	8.921
Remaining practising care	7.442	8.227	8.098	7.402	7.100	7.432
<b>DENSITY : N / 10000</b>						
Registered with Health Fund	7,77	8,65	9,24	8,90	7,87	8,15
Remaining practising care	7,24	7,81	7,55	6,79	6,48	6,79
<b>AGING OF INDIVIDUALS (50-74 / 25-49)</b>						
Registered with Health Fund	0,29	1,00	1,38	1,22	0,82	0,84
Remaining practising care	0,26	0,89	1,04	0,78	0,57	0,61
<b>% WOMEN (N. Registered)</b>	0,43	0,46	0,50	0,54	0,57	0,56
<b>Communities : Index Densities (N / 10 000) : 2000 = 100</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	112	122	121	109	116
Dutch C - Remaining practising care	100	108	106	97	96	104
French C - Registered with Health Fund	100	110	115	107	92	91
French C - Remaining practising care	100	108	102	89	81	81
<b>Index Density registered with Funds : French Community versus Dutch Community = 100</b>						
Plain numbers (N/10000)	1,18	1,15	1,10	1,04	1,00	0,92
Corrected for migrations	1,08	1,06	1,02	0,97	0,93	0,92

**6.3. Scénario 1620 : Numerus clausus 160 (2010-14) ; 180 (2015-19) ; 200 (2020 et +)**

**Tableau 10 - Indicateurs relatifs aux nombres absolus – Scénario 1620**

**Scenario B : All registered with Health Fund + foreigners**

<b>Belgium</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>2040</b>	<b>2050</b>
<b>NUMBER OF DENTISTS</b>						
Registered with Health Fund	7.984	9.129	10.130	10.117	9.245	9.731
Remaining practising care	7.442	8.246	8.306	7.799	7.682	8.160
<b>DENSITY : N / 10000</b>						
Registered with Health Fund	7,77	8,67	9,45	9,29	8,43	8,88
Remaining practising care	7,24	7,83	7,75	7,16	7,01	7,45
<b>AGING OF INDIVIDUALS (50-74 / 25-49)</b>						
Registered with Health Fund	0,29	0,99	1,31	1,11	0,77	0,82
Remaining practising care	0,26	0,89	0,99	0,71	0,54	0,60
<b>% WOMEN (N. Registered)</b>	0,43	0,46	0,50	0,54	0,57	0,56
<b>Communities : Index Densities (N / 10 000) : 2000 = 100</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>125</b>	<b>126</b>	<b>117</b>	<b>127</b>
Dutch C - Remaining practising care	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>109</b>	<b>103</b>	<b>104</b>	<b>114</b>
French C - Registered with Health Fund	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>117</b>	<b>111</b>	<b>98</b>	<b>99</b>
French C - Remaining practising care	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>104</b>	<b>94</b>	<b>87</b>	<b>89</b>
<b>Index Density dentists practising care : French Community versus Dutch Community = 100</b>						
Plain numbers (N/10000)	1,16	1,15	1,10	1,06	0,97	0,91
Corrected for migrations	1,08	1,06	1,00	0,96	0,89	0,91
<b>Index Density registered with Funds : French Community versus Dutch Community = 100</b>						
Plain numbers (N/10000)	1,18	1,15	1,10	1,04	1,00	0,92
Corrected for migrations	1,08	1,06	1,02	0,97	0,93	0,92

## 7. Résultats - Equivalents temps-plein (Prod) + Réduction séculaire

### 7.1. Equivalents temps-plein pour les scénarios 140, selon activité potentielle

Nous présentons ici les scénarios Ap et Bp, lesquels concernent l'activité potentielle, posée à un pour les hommes de moins de 50 ans et à 0.8 pour les femmes avant ce seuil d'âges. Les scénarios à activité réelle et croissant avec le temps sont présentés à la section 7.2.

Deux index sont fournis pour chaque scénario : ceux concernant l'ensemble des habilités INAMI et ceux concernant ceux d'entre eux prodiguant des soins.

**Tableau 11 – Indicateurs relatifs aux ETP(Prod), Scénarios 140 (Ap et Bp)**

**a) Scenario Ap : % registered with Health Fund as assessed (low hypothesis) and Potential activity : fixed to "1" for men under 50 years of age**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3724	3545	2960	2419	2259	2191
Dutch C - Remaining practising care	3557	3317	2646	2151	2048	1997
French C - Registered with Health Fund	2948	2794	2296	1763	1460	1343
French C - Remaining practising care	2778	2611	2033	1522	1285	1201
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	95	79	65	61	59
Dutch C - Remaining practising care	100	93	74	60	58	56
French C - Registered with Health Fund	100	95	78	60	50	46
French C - Remaining practising care	100	94	73	55	46	43

**b) Scenario Bp : All registered with Health Fund + foreigners (high hypothesis) and Potential activity : fixed to "1" for men under 50 years of age**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3724	3663	3183	2727	2614	2553
Dutch C - Remaining practising care	3557	3430	2859	2445	2382	2333
French C - Registered with Health Fund	2948	2934	2556	2119	1870	1766
French C - Remaining practising care	2778	2743	2280	1860	1667	1587
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	98	85	73	70	69
Dutch C - Remaining practising care	100	96	80	69	67	66
French C - Registered with Health Fund	100	100	87	72	63	60
French C - Remaining practising care	100	99	82	67	60	57

## 7.2. Equivalents temps-plein pour les scénarios 140, selon activité croissante

Nous présentons ici les scénarios Aq et Bq, lesquels supposent une adaptation des comportements (une croissance de l'activité réelle aux âges jeunes), suite à la chute des équivalents temps-plein, résultant du vieillissement important et de la féminisation.

**Tableau 12 – Indicateurs relatifs aux ETP(Prod) - Scénarios 140 (Aq et Bq)**

**a) Scenario Aq : % registered with Health Fund as assessed and**

**Activity increasing before age 55 from 2005 on, up to top activity in 2035**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3378	3319	2840	2407	2298	2229
Dutch C - Remaining practising care	3229	3105	2533	2139	2084	2033
French C - Registered with Health Fund	2661	2639	2240	1773	1489	1371
French C - Remaining practising care	2508	2465	1981	1532	1313	1228
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	98	84	71	68	66
Dutch C - Remaining practising care	100	96	78	66	65	63
French C - Registered with Health Fund	100	99	84	67	56	52
French C - Remaining practising care	100	98	79	61	52	49

**b) Scenario Bq : All registered with Health Fund + foreigners and**

**Activity increasing before age 55 from 2005 on, up to top activity in 2035**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3378	3406	3041	2711	2659	2597
Dutch C - Remaining practising care	3229	3188	2725	2430	2424	2374
French C - Registered with Health Fund	2661	2749	2446	2080	1870	1769
French C - Remaining practising care	2508	2568	2207	1868	1703	1622
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	101	90	80	79	77
Dutch C - Remaining practising care	100	99	84	75	75	74
French C - Registered with Health Fund	100	103	92	78	70	66
French C - Remaining practising care	100	102	88	74	68	65

## 7. Résultats bis - Scénario 1418 :

**Numerus clausus 140 (2010-14) ; 160 (2015-19) ; 180 (2020 on)**

### 7.3. Equivalents temps-plein pour les scénarios 1418, selon activité potentielle

Pour rappel, les scénarios Ap et Bp se basent sur l'activité potentielle aux âges jeunes, l'activité pleine d'un homme avant 50 ans étant supposée égale au niveau atteint par la catégorie d'âges d'activité maximale dans chaque Communauté. Pour les scénarios à activité croissante, voir section 7.4.

**Tableau 13 - Indicateurs relatifs aux ETP(Prod) - Scénario 1418 (Ap et Bp)**

**a) Scenario Ap : % registered with Health Fund as assessed and**

**Potential activity : fixed to "1" for men under 50 years of age**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3724	3545	3026	2665	2671	2729
Dutch C - Remaining practising care	3557	3317	2708	2384	2441	2505
French C - Registered with Health Fund	2948	2794	2336	1911	1708	1664
French C - Remaining practising care	2778	2611	2070	1662	1521	1504
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	95	81	72	72	73
Dutch C - Remaining practising care	100	93	76	67	69	70
French C - Registered with Health Fund	100	95	79	65	58	56
French C - Remaining practising care	100	94	75	60	55	54

**b) Scenario Bp : All registered with Health Fund + foreigners and**

**Potential activity : fixed to "1" for men under 50 years of age**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3724	3663	3253	2990	3055	3129
Dutch C - Remaining practising care	3557	3430	2925	2695	2802	2876
French C - Registered with Health Fund	2948	2934	2603	2293	2161	2143
French C - Remaining practising care	2778	2743	2324	2024	1943	1942
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	98	87	80	82	84
Dutch C - Remaining practising care	100	96	82	76	79	81
French C - Registered with Health Fund	100	100	88	78	73	73
French C - Remaining practising care	100	99	84	73	70	70

#### 7.4. Equivalents temps-plein pour les scénarios 1418, selon activité croissante

Pour rappel, les scénarios Aq et Bq supposent une adaptation des comportements, suite à la chute des équivalents temps-plein, résultant du vieillissement important et de la féminisation.

**Tableau 14 - Indicateurs relatifs aux ETP(Prod) - Scénario 1418**

**a) Scenario Aq : % registered with Health Fund as assessed and**

**Activity increasing before age 55 from 2005 on, up to potential activity in 2035**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3378	3319	2890	2641	2711	2777
Dutch C - Remaining practising care	3229	3105	2580	2361	2478	2549
French C - Registered with Health Fund	2661	2639	2273	1916	1739	1699
French C - Remaining practising care	2508	2465	2011	1667	1550	1538
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	98	86	78	80	82
Dutch C - Remaining practising care	100	96	80	73	77	79
French C - Registered with Health Fund	100	99	85	72	65	64
French C - Remaining practising care	100	98	80	66	62	61

**b) Scenario Bq : All registered with Health Fund + foreigners and**

**Activity increasing before age 55 from 2005 on, up to potential activity in 2035**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3378	3406	3095	2961	3101	3184
Dutch C - Remaining practising care	3229	3188	2776	2668	2846	2928
French C - Registered with Health Fund	2661	2748	2516	2294	2201	2189
French C - Remaining practising care	2508	2568	2243	2026	1981	1987
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	101	92	88	92	94
Dutch C - Remaining practising care	100	99	86	83	88	91
French C - Registered with Health Fund	100	103	95	86	83	82
French C - Remaining practising care	100	102	89	81	79	79

## 7. Résultats ter - Scénario 1620

**Numerus clausus 160 (2010-14) ; 180 (2015-19) ; 200 (2020 on)**

### 7.5. Equivalents temps-plein pour le scénario 1620B

Pour rappel, le scénario B concerne l'hypothèse selon laquelle tous les nouveaux dentistes sont enregistrés à l'INAMI.

Les résultats Bp se basent sur l'activité potentielle, l'activité pleine d'un homme avant 50 ans étant supposée égale au niveau atteint par la catégorie d'âges d'activité maximale dans chaque Communauté.

Les résultats Bq supposent une adaptation des comportements, suite à la chute des équivalents temps-plein, résultant du vieillissement important et de la féminisation.

**Tableau 15 - Indicateurs relatifs aux ETP(Prod) - Scénario 1620 (Bp et Bq)**

**a) Scenario Bp : All registered with Health Fund + foreigners and**

**Potential activity : fixed to "1" for men under 50 years of age**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3724	3673	3364	3194	3336	3451
Dutch C - Remaining practising care	3557	3439	3030	2889	3070	3175
French C - Registered with Health Fund	2948	2941	2676	2428	2345	2354
French C - Remaining practising care	2778	2749	2393	2152	2118	2138
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	99	90	86	90	93
Dutch C - Remaining practising care	100	97	85	81	86	89
French C - Registered with Health Fund	100	100	91	82	80	80
French C - Remaining practising care	100	99	86	77	76	77

**Tableau 16 - Indicateurs relatifs aux ETP(Prod) - Scénario 1620**

**b) Scenario Bq : All registered with Health Fund + foreigners and**

**Activity increasing before age 55 from 2005 on, up to potential activity in 2035**

Communities	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>FULL TIME EQUIVALENTS(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	3378	3412	3187	3159	3388	3511
Dutch C - Remaining practising care	3229	3193	2864	2856	3118	3232
French C - Registered with Health Fund	2661	2753	2579	2425	2389	2405
French C - Remaining practising care	2508	2572	2302	2151	2160	2187
<b>INDEX ETP(Prod) WTR</b>						
Dutch C - Registered with Health Fund	100	101	94	94	100	104
Dutch C - Remaining practising care	100	99	89	88	97	100
French C - Registered with Health Fund	100	103	97	91	90	90
French C - Remaining practising care	100	103	92	86	86	87