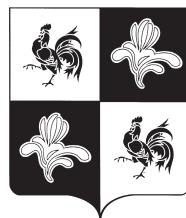


**Parlement francophone bruxellois**  
(Assemblée de la Commission communautaire française)



11 octobre 2017

---

**SESSION ORDINAIRE 2017-2018**

---

**PROPOSITION DE MOTION**

**relative à un conflit d'intérêts avec le Parlement fédéral  
au sujet du contingentement des numéros INAMI**

**déposée par Mme Caroline Persoons, Mme Catherine Moureaux,  
M. Hamza Fassi-Fihri et M. Alain Maron**

**RAPPORT**

**fait au nom de la commission du Budget, de l'Administration,  
des Relations internationales et des Compétences résiduaires**

**par Mme Véronique JAMOULLE**

**SOMMAIRE**

1. Désignation de la rapporteuse .....	3
2. Exposé des auteurs de la proposition de motion en conflit d'intérêts .....	3
3. Discussion générale .....	6
4. Examen et vote du préambule et du dispositif .....	11
5. Vote de l'ensemble de la proposition de motion en conflit d'intérêts	13
6. Approbation du rapport.....	13
7. Texte adopté par la commission.....	13

---

*Membres présents :* M. Jacques Brotchi (remplace M. Boris Dilliès), M. Ridouane Chahid, M. Emmanuel De Bock, M. Olivier de Clippele, Mme Julie de Groote (présidente), Mme Caroline Désir, Mme Véronique Jamoulle, M. Alain Maron, Mme Catherine Moureaux, Mme Caroline Persoons (remplace M. Michel Colson), M. Temiz Sevket, M. Gaëtan Van Goidsenhoven.

Mesdames,  
Messieurs,

La commission du Budget, de l'Administration, des Relations internationales et des Compétences résiduaires a examiné, en sa réunion du 11 octobre 2017, la proposition de motion relative à un conflit d'intérêts avec le Parlement fédéral au sujet du contingentement des numéros INAMI, déposée par Mme Caroline Persoons, Mme Catherine Moureaux, M. Hamza Fassi-Fihri et M. Alain Maron.

## 1. Désignation de la rapporteuse

Mme Véronique Jamouille est désignée en qualité de rapporteuse.

## 2. Exposé des auteurs de la proposition de motion en conflit d'intérêts

**Mme Caroline Persoons (DéFI)** souligne que l'utilisation de la procédure de la motion en conflit d'intérêts n'est pas habituelle même s'il apparaît, ces derniers mois, qu'elle a été utilisée plusieurs fois, notamment par la Région flamande à propos du survol de Bruxelles et par la Commission communautaire française pour les pensions des enseignants.

Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une procédure exceptionnelle qui permet à l'État belge, constitué d'un niveau fédéral et d'entités fédérées se répartissant des compétences d'une manière qu'il est difficile d'appréhender, de sauvegarder son fédéralisme de coopération, d'une part, et d'assurer le respect des entités et de leurs compétences respectives, d'autre part.

Dans le cas présent relatif au contingentement des numéros INAMI, il s'agit bien évidemment d'une compétence fédérale que celle de fixer ce qui est prévu depuis une loi fourre-tout de 1996, à savoir un nombre de numéros INAMI qui sont décernés chaque année aux personnes qui veulent s'établir pour exercer la profession de médecin ou de dentiste.

Dès la fixation de *numerus clausus* pour exercer la profession de médecin, des voix se sont élevées pour dénoncer les difficultés engendrées, d'autant plus qu'aucune étude ne prouvait le lien direct entre l'offre médicale et les dépenses médicales.

Les arrêtés d'application de cette loi susmentionnée ont fait évoluer le nombre d'accès fixé pour les deux communautés.

Pour rappel, en 1996, lors de la création de la Commission de planification, l'arrêté royal prévoyait une répartition de 60 % pour les flamands et de 40 % pour les francophones. Ces pourcentages ont été rapidement revus parce qu'il a fallu, par exemple, tenir compte, notamment du côté francophone, de ce que l'on formait beaucoup d'étudiants qui partaient à l'étranger à l'issue de leurs études.

Aujourd'hui, il y a une démarche du Gouvernement fédéral menée à travers le projet 2652 portant modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé. Il fixe le nombre d'accès sur base du critère du nombre d'habitants pour les régions linguistiques de langues néerlandaise et française et, pour la Région bruxelloise, sur base du critère de la fréquentation des écoles primaires et secondaires néerlandophones et francophones situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Ce dernier critère est différent de celui proposé par la Commission de planification et divers experts.

À cet égard, le Conseil d'État a été assez virulent à propos du choix des critères susmentionnés. Des extraits de celui-ci sont repris dans le texte de la proposition de motion en conflit d'intérêts. Le critère de choix pour la région bruxelloise est très clairement dénoncé et le Conseil d'État écrit explicitement qu'il ne perçoit pas le lien entre le nombre d'élèves en obligation scolaire fréquentant les écoles francophones et néerlandophones, d'une part, et la répartition des attestations de contingentement de candidats-médecins spécialistes par communauté, d'autre part.

Le Gouvernement fédéral a balayé cette critique émise par une instance essentielle de l'État démocratique.

Pour toutes ces raisons et d'autres encore, les signataires de la proposition ont décidé de déposer une motion en conflit d'intérêts pour pouvoir signifier leurs craintes quant aux pénuries de médecins généralistes, notamment à Bruxelles et en Wallonie, et à leurs conséquences en termes de santé publique.

La députée ajoute que nombre d'auditions ont été menées en Fédération Wallonie-Bruxelles à propos de ce contingentement. Le rapport établi peut être aisément consulté et contient une série de données intéressantes qui peuvent compléter la discussion de ce jour.

Choisir le nombre d'enfants qui fréquentent les écoles primaires et secondaires pour déterminer le nombre d'accès à l'exercice de la médecine est à tout le moins très particulier.

D'autres critères existent, tels que le nombre d'habitants qui choisissent leur carte d'identité en français

ou en néerlandais, le nombre de permis de conduire délivrés dans chaque langue, le nombre d'affiliés dans les mutuelles avec choix d'une langue de référence, le nombre de médecins inscrits à l'Ordre. Il s'agit de données objectives qui ont été balayées pour prendre celle évoquée ci-dessus et qui n'a aucun lien avec la santé publique.

**Mme Catherine Moureaux (PS)** confirme que la santé est très certainement le bien le plus précieux et dont on veut qu'il soit le plus commun possible.

Il convient que la société aide chaque citoyen à être en bonne santé, et pas l'inverse.

Dans l'État belge à gouvernances multiples, ce dossier de contingentement de l'offre médicale est une pierre d'achoppement entre francophones et néerlandophones depuis des années. Il en est de même entre les formations politiques au sein de chacune des communautés.

Dans un État à gouvernances multiples, il y a une nécessité vitale de dialogues accrus. La procédure en conflit d'intérêts fait partie des outils auxquels il est permis de recourir lorsqu'il est estimé que le dialogue n'a pas été suffisant.

Le dialogue est une condition particulièrement importante et nécessaire à l'exécution des politiques et au besoin des citoyens de rester connectés à tous les niveaux de l'État.

Ce n'est jamais avec plaisir que la procédure de la motion en conflit d'intérêts est actionnée, même si ce fut le cas plusieurs fois ces derniers mois. Ce phénomène n'est pas lié à l'asymétrie des majorités en place dans les différents niveaux de pouvoir. Il y a des difficultés liées à la communautarisation de certains dossiers et celui-ci en est un.

La députée n'entend pas retracer la chronologie des avatars des lois fédérales et communautaires qui ont traité de ce contingentement depuis 1996. Chacun se souviendra de Mme Alvoet bien sûr, mais il y en a eu d'autres. Personne n'a pu résoudre ce problème jusqu'à présent.

Aujourd'hui, le contexte a changé car les lois communautaires ont indiqué qu'il n'était pas permis de pénaliser les étudiants venant de l'étranger dans ce fabuleux espace européen de la connaissance. Au final, les numéros INAMI peuvent être contingentés pour les étudiants belges mais pas pour ceux qui viennent de l'étranger pour exercer en Belgique.

Autre paradoxe, la Commission de planification a été, pendant des années, fort dépourvue d'outils lui

permettant d'avoir une vision précise des besoins ayant évolué depuis 1996.

Ce n'est que récemment que la Commission de planification a commencé à travailler à un cadastre dynamique qui permet d'appréhender non plus les simples chiffres de l'offre mais ceux de la démographie et ceux liés à l'évolution des besoins en santé des populations.

Là où le paradoxe devient total, c'est que la Commission de planification qui dispose d'un outil désormais très performant voit sa mission reprécisée et se voit dicter le futur.

Le projet de loi de Maggy De Block est fondamentalement injuste parce qu'il institutionnalise pour la première fois le caractère communautaire du dossier. Il fige des chiffres et des quotas pour les années à venir, ne laissant plus la science, l'évolution de la démographie et les évolutions en besoins de santé intervenir à cet égard.

Aujourd'hui, peut-être que les néerlandophones s'en réjouissent. Qu'en sera-t-il demain ?

La députée entend attirer l'attention de ses collègues sur la sévérité du Conseil d'État à l'égard du projet de loi, d'une part, et plus précisément sur l'atteinte au principe de proportionnalité, d'autre part. Celui-ci doit encadrer toute restriction à un droit fondamental et, en l'espèce, à deux droits fondamentaux, à savoir le droit à la protection de la santé pour les citoyens et le droit à l'exercice d'une profession et au respect de la vie privée pour les médecins.

Le Conseil d'État a donc invoqué des droits fondamentaux pour « descendre » ce projet de loi.

Pourquoi la Région de Bruxelles-Capitale a-t-elle autant intérêt à intervenir à la cause ? Tout simplement parce que la dualisation dans cette ville est en marche et connue de tous. Il en est de même de la grande fragilité de la population bruxelloise en matière de santé.

Il y a aussi un paradoxe important qui est celui de bloquer les étudiants belges et d'importer des médecins qui, bien qu'ayant toutes les qualités que l'on peut leur reconnaître, ne maîtrisent pas la langue française suffisamment bien.

En 2015, 41 % des médecins ayant obtenu un numéro INAMI en Fédération Wallonie-Bruxelles ont été diplômés à l'étranger. Pendant ce temps, des vocations et des carrières sont brisées ...

Lorsque la Commission communautaire française ira défendre son point de vue au Parlement fédéral,

la question des sous-quotas sera très certainement soulevée. Depuis 1996, a été rapidement détecté le problème résidant dans le chef des généralistes : il y a un manque certain de médecins généralistes.

On a inventé l'idée d'un sous-quota de part et d'autre de la frontière linguistique. Il s'agit de l'idée de fixer un plancher de généralistes formés. Cette idée s'est révélée être de la poudre aux yeux puisqu'aucun mécanisme n'est prévu pour assurer l'application de ce sous-quota. Il en est donc devenu un chiffre vide de sens figurant dans une loi mais ne témoignant que d'une intention non aboutie.

La députée se dit choquée par la dernière déclaration de la ministre Maggy De Block qui évoquait la carence des généralistes et pointait la responsabilité des doyens des universités francophones quant à l'impossibilité de remplir les sous-quotas susmentionnés. Ce discours est fallacieux tant que le texte de loi ne donne pas aux sous-quotas une portée obligatoire.

De même, savoir si l'on forme aujourd'hui des généralistes ou des spécialistes ne dépend pas des facultés mais bien du modèle de soins défendu par la société et de la manière dont la culture des soins existe dans la société.

Aujourd'hui, le système de soins est orienté vers l'hôpital. Veut-on en changer ? La députée l'espère. Comment ? Certainement pas avec des sous-quotas.

**M. Hamza Fassi-Fihri (cdH)** déclare qu'il aurait aimé ne pas devoir activer une fois de plus, au Parlement francophone bruxellois, le levier que constitue la motion en conflit d'intérêts. Celui-ci est un mécanisme lourd institutionnellement et politiquement. Il est interpellant quant au fonctionnement et à la maturité de l'État fédéral. Il pointe les difficultés de dialogue entre entités fédérées.

En l'espèce, la motion dévoile la difficulté de défendre les intérêts francophones au niveau fédéral, et plus particulièrement les intérêts des Bruxellois francophones.

Il y a quelques semaines s'est déroulé l'examen d'entrée dans les facultés de médecine. Cet examen a déjà montré ses limites. S'il a été mis en place à la Fédération Wallonie-Bruxelles, ce n'est pas de gaieté de cœur. Il y avait une volonté d'éviter de pénaliser des centaines d'étudiants qui avaient terminé leurs études et qui attendaient vainement leur numéro INAMI, vu que le Fédéral avait conditionné l'octroi de ces numéros à la mise en place d'un système de filtre, corolaire d'un système de quotas.

Il importe pour le groupe cdH de permettre aux destins personnels de se réaliser.

Le système de quotas et la nouvelle mouture du projet de loi fédéral contrarient des destins personnels et des choix individuels, sans correspondre à l'évolution des besoins en santé. Cette absence de correspondance est dénoncée par des professionnels, le monde académique et la Commission de planification. Il y a une évolution des besoins en santé et des métiers de santé (temps partiel, féminisation, vieillissement du corps médical, associations de médecins, ...) à laquelle s'ajoute une évolution de la démographie et de la santé publique elle-même.

Au final, il y a une augmentation de la demande et la fixation d'un quota va mener à une vraie catastrophe en la matière.

La manière dont le projet de loi entend organiser la définition des quotas fragilise la Région bruxelloise et affecte les Bruxellois francophones. En ayant recours au critère du nombre d'élèves dans l'enseignement francophone et néerlandophone de Bruxelles, le Gouvernement fédéral fait fi d'une réalité bruxelloise : de très nombreuses familles bruxelloises décident de scolariser leur enfant dans l'enseignement néerlandophone, sans pour autant basculer dans le rôle néerlandophone.

En conséquence, la réalité francophone à Bruxelles est tronquée et l'offre médicale francophone sera bien inférieure à la demande du terrain, entraînant sa fragilisation, alors que la population bruxelloise exprime des besoins de santé publique spécifiques liés à la situation sociale de ses habitants.

Un des enjeux cachés derrière le système des quotas est bien entendu celui de l'équilibre des finances publiques. Le député entend faire référence à une étude de l'OCDE qui analyse le rendement de l'enseignement supérieur sur l'état des finances publiques. Pour la Belgique qui figure dans les meilleures places d'un classement fixé à cet égard, il est établi que l'enseignement supérieur rapporte à l'État cinq fois plus que ce qu'il ne coûte. Plus il y a des étudiants qui suivent l'enseignement supérieur, plus ils se retrouvent dans des fonctions supérieures liées à des rémunérations importantes, plus ils contribuent fiscalement.

Limiter l'offre médicale, parce que les études coûtent cher, pour permettre de gérer le budget de l'État, est contraire à la réalité socio-médicale, d'une part, et à l'objectif recherché, d'autre part.

Le groupe cdH a souhaité que l'initiative menée à la Commission communautaire française soit conduite de façon tout à fait parallèle au sein du Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Des réalités politiques ont pour conséquence que les probabilités de votes seront vraisemblablement différentes. Mais il n'en demeure pas moins que le plus important est de montrer que les deux Parlements francophones susmentionnés sont conscients de la problématique et déterminés de la même manière quant à la défense des intérêts des Bruxellois francophones au niveau fédéral.

**M. Alain Maron (Ecolo)** remercie les primo-auteurs de la proposition de motion qui ont proposé au groupe Ecolo de joindre leurs signatures.

Il est assez piquant de constater qu'un Gouvernement fédéral qui a tendance, de par sa composition, à stigmatiser l'apport au pays de l'immigration ou des étrangers, met en place un système qui permettra à terme de devenir plus facilement médecin en Belgique lorsque l'on est issu d'une université étrangère que lorsque l'on est diplômé d'une université belge.

Le groupe Ecolo est pour l'ouverture des frontières et la libre circulation des personnes, en ce compris à l'intérieur des pays concernés. Ce sont les règles européennes qui empêchent le Gouvernement fédéral de bloquer l'accès à la profession pour les Européens. Cela se fait au prix d'un contingentement supérieur pour ceux qui ont suivi leur cursus dans les universités belges. Cette situation démontre l'absurdité des quotas mis en place.

Il est tout à fait pertinent de porter cette motion en conflit d'intérêts au niveau de la Commission communautaire française puisqu'il y a un souci particulier par rapport à la Région bruxelloise dans le texte du projet de loi fédéral. Utiliser une clé de contingentement des numéros INAMI liée aux inscriptions dans l'enseignement obligatoire francophone et néerlandophone à Bruxelles pose question et induit une inégalité de traitement avec les autres Régions, d'autant plus que chacun sait que la clé de répartition entre les enseignements francophone et néerlandophone à Bruxelles ne correspond pas à la réalité du terrain. Si l'on examine le pourcentage d'élèves inscrits dans l'enseignement néerlandophone, il apparaît qu'il est largement supérieur, par exemple, aux personnes qui votent pour le collège néerlandophone aux élections régionales.

Le député rappelle qu'il a interrogé le ministre Didier Gosuin à propos du Fonds Impulseo. Celui-ci aide les jeunes médecins à s'installer dans les quartiers où sévit une pénurie de l'offre médicale. Les chiffres fournis par le ministre sont intéressants puisqu'ils attestent qu'un médecin généraliste à Bruxelles consacre, en moyenne, 0,38 équivalent temps plein à son métier de généraliste. Il s'agit d'un temps nettement moins élevé que la moyenne nationale fixée à 0,72.

Ceci induit un différentiel important en termes d'offre médicale entre les Régions. Il y a donc là une spécificité bruxelloise, voire des spécificités suprarégionales, dont il faut tenir compte en termes de planification médicale. Malheureusement, ce n'est pas le cas et c'est ce qui est alarmant.

Par ailleurs, les indicateurs de santé publique, déjà évoqués par les autres auteurs de la proposition, sont très alarmants à Bruxelles et témoignent de la paupérisation de la population de la capitale. Les problématiques de santé publique liées, par exemple, à la mauvaise qualité du logement, à la pollution, ... revêtent dès lors une importance particulière. En conséquence, une planification médicale efficace doit impliquer le recours à des paramètres autres que les indicateurs de contingentement abruptes proposés par le Gouvernement fédéral.

### 3. Discussion générale

**M. Jacques Brotchi (MR)** déclare qu'il est fondamentalement d'accord avec Mme Catherine Moureaux lorsqu'elle souligne que la santé est le bien le plus précieux. À titre de préambule, il ajoute avoir été surpris à la lecture de la considération basée sur la fréquentation des écoles à Bruxelles; ce que n'a pas manqué de mettre en exergue le Conseil d'État.

Puis, il s'est interrogé sur l'incidence de ce critère.

S'adressant aux quatre auteurs de la proposition, le député leur demande quel est le nombre de candidats médecins, en moins éventuellement, que ce critère de fréquentation scolaire induirait à Bruxelles, *a fortiori*, et en Fédération Wallonie-Bruxelles, à titre de corolaire.

**Mme Catherine Moureaux (PS)** précise que l'examen d'entrée en médecine réalisé cette année-ci a produit les chiffres suivants : 696 étudiants ont réussi l'examen, parmi lesquels figurent 296 doubleurs. Parmi ces 696, 592 d'entre eux se sont inscrits. À partir du moment où l'on considère que les doubleurs se sont inscrits, il y aurait donc, en Belgique francophone, 300 nouvelles entrées. Ce chiffre est excessivement bas, notamment au regard de ceux de l'ensemble du pays. La ministre Maggy De Block s'est réjouie de ce que le quota puisse être établi à 607 pour les francophones en 2023 et à 505 pour les deux communautés. Partant de 300 qui ont réussi l'examen d'entrée aujourd'hui, on n'atteindra jamais le plancher de 505 pour les deux communautés demain.

Sachant qu'en plus on perd chaque année, en Belgique francophone, une masse de médecins en raison de leur départ à la pension, il faut dûment consta-

ter que la pénurie ne cesse de s'accroître, notamment dans certaines spécialisations plus que dans d'autres.

**M. Jacques Brotchi (MR)** estime que cette intervention n'apporte pas de réponse à sa question. Quelle est l'incidence du critère de calcul du contingentement à Bruxelles, celui en raison duquel la proposition de motion en conflit d'intérêts a été déposée ?

**Mme Julie de Groote (présidente)** souligne que, si d'aventure la proposition de motion en conflit d'intérêts est votée en séance plénière, elle aura pour tâche, en sa qualité de présidente, de la défendre en comité de concertation. Elle s'interroge quant à l'importance réelle du nombre à propos duquel M. Brotchi pose question. Quelle est l'importance de ce nombre ? Ne s'agit-il pas avant tout d'une question d'équité ou de principe ?

**Mme Caroline Persoons (DéFI)** ajoute que la proposition de motion en conflit d'intérêts ne porte pas exclusivement sur le mode de calcul du quota bruxellois.

Par ailleurs, il convient de comparer le chiffre issu de ce critère basé sur le nombre d'enfants inscrits dans les écoles francophones et néerlandophones à Bruxelles avec celui qui découlerait d'un quota basé, par exemple, sur les chiffres électoraux, le nombre de cartes d'identité émises dans chaque langue, ... C'est cela qui serait intéressant !

**M. Jacques Brotchi (MR)** rappelle que cette problématique a démarré en 1996. À l'époque, les mutualités et les syndicats médicaux estimaient qu'il y avait un lien entre le nombre de médecins et les coûts de la santé publique. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement Dehaene II et son ministre de la Santé, Marcel Colla (socialiste flamand), avaient mis en place ce système de quotas. Ces quotas fédéraux étaient répartis selon une clé de 60 % pour les flamands et 40 % pour les francophones. D'année en année, ils ont fait l'objet de nouveaux arrêtés ministériels évoluant pour aboutir aujourd'hui à une clé fixée par Mme Laurette Onkelinx, lorsqu'elle était ministre de la Santé, et valable jusqu'en 2020.

À l'époque, la Flandre avait instauré un examen d'entrée aux facultés de médecine. Cet examen n'avait pas pour but de répondre à la politique de quotas, d'autant plus que, tant du côté francophone que du côté néerlandophone, ceux-ci n'étaient pas remplis. Il s'agissait davantage de répondre à un taux élevé d'échec en première candidature.

Du côté francophone, plusieurs systèmes ont été testés : concours à l'issue de la troisième candida-

ture, concours à l'issue de la première candidature avec la saga des « reçus-collés ».

Puis, ces systèmes ont été abandonnés jusqu'à l'instauration du test obligatoire par M. Jean-Claude Marcourt en vue d'aider les étudiants à se situer par rapport à leur niveau. Ce test a été remplacé par un concours, lui-même transformé en examen d'entrée.

Le député espère qu'à partir de l'année prochaine cet examen d'entrée sera doté de deux sessions.

Pourquoi un examen ? L'ancien doyen de la Faculté de l'UCL, Jean-Jacques Rombouts, qui avait participé à la mise en place de l'examen d'entrée en Flandre, a déclaré que « l'objectif principal était d'améliorer le niveau de base des étudiants entrants de façon à dégager des études médicales la remise à niveau en sciences pour consacrer plus de temps à la formation humaine et sociétale des futurs médecins. L'objectif de l'examen d'entrée n'était pas de limiter le nombre de médecins mais bien de sélectionner les étudiants de façon à optimiser la formation des futurs médecins, donc viser la qualité ».

Le député ajoute que c'est ce qui se passe encore maintenant dans les facultés de médecine. Il ne convient pas de commenter davantage le nombre de réussites établi à 585 unités.

Il est vrai que si, dans le Nord du pays, a été mis en place cet examen avec pour conséquence moins de candidats médecins que de numéros INAMI disponibles, il est apparu au fil du temps un dépassement lié sans doute à l'élévation de la qualité de l'enseignement secondaire et un accroissement du taux de réussite.

Du côté francophone, le dépassement est majeur depuis un certain nombre d'années, à tel point qu'il pose problème à divers niveaux. Le fait que ce dépassement est important en Fédération Wallonie-Bruxelles a pour conséquence qu'y sont diplômés beaucoup de médecins, avec en corolaire une compensation de la pénurie qui hante nombre de députés.

Il est évident que le nombre de candidats médecins qui vont arriver sur le marché du côté francophone est largement au-delà de 3.000 unités par rapport au quota de base. Ils vont donc résorber les poches de pénurie.

La Commission de planification a beaucoup travaillé de manière à proposer à la ministre fédérale de la Santé plusieurs pistes de réflexion. Certaines d'entre elles ont été retenues. L'une de celles-ci requiert une attention particulière. Il s'agit d'évaluer, par rapport à l'excédent susmentionné, le nombre de médecins qui n'exercent plus ou qui n'exercent plus qu'à temps

partiel (moins de 500 prestations par an), ceux qui sont partis dans l'industrie pharmaceutique ou la recherche, ... bref, toute une catégorie de médecins qui ne sont plus actifs au sens propre de l'INAMI ou qui participent au coût des soins de santé. Cette évaluation a permis de réduire, sur proposition de la Commission de planification, cet excédent de 3.167 à 1.531 unités.

La Commission de planification s'est également battue et a été suivie par la ministre pour étaler dans le temps la compensation négative de ces 1.531 unités. Donc, d'une part, « la dette » a été réduite de 50 % et, d'autre part, au lieu de « rembourser cette dette » sur sept ans, comme le voulaient certains partis, elle a été étalée sur quinze ans. Ceci figure dans le projet de loi. Et il convient aussi d'en déceler les effets positifs.

Ce sont donc 102 numéros INAMI par an qui vont être remboursés pendant quinze ans pour arriver au total de 1.531 unités.

La Commission de planification se penche annuellement sur les besoins des années à venir, avec une projection à six et dix ans, en révisant les données en tenant compte des évolutions. Contrairement à ce qui a été écrit dans le journal Le Soir, la Commission n'a jamais donné de chiffre relatif à une pénurie en 2037.

Celle-ci a par contre estimé, dans son dernier rapport relatif à la projection en 2023, qu'il conviendrait d'ouvrir 838 attestations INAMI pour la partie néerlandophone du pays contre 607 pour la partie francophone. Ce n'est donc plus un rapport de 60/40 mais de 58/42. Une tentative d'aller dans ce sens n'avait pas abouti auparavant. Cette fois-ci, elle a réussi, ce qui veut dire que l'apurement de la « dette » de 102 unités annuelles ne sera pas basé sur les chiffres établis jusqu'à maintenant, à savoir 492 par an pour la partie francophone du pays pour 2020. Elle s'établira sur une soustraction à partir de 607 unités qui est le chiffre de 2023. Il s'agit d'un élément extrêmement positif pour les francophones.

Par ailleurs, ce projet de loi stipule que, quelles que soient les données éventuelles établies, on ne pourra pas, du côté francophone, descendre sous les 505 attestations INAMI par an. Cela sauve toutes les facultés de médecine francophones. Si les chiffres avaient été établis sous les 300/350 unités, comme certains le voulaient il y a un an ou deux, il eût été nécessaire de fermer certaines facultés.

Avec le chiffre de 505 unités, la viabilité des facultés de médecine francophones est assurée et, qui plus est, est préservé un nombre correct d'attestations INAMI et de candidats médecins sur le marché.

Pour ce qui est du critère des inscriptions dans les écoles, le député déclare qu'il a demandé à des spécialistes de réaliser certaines projections. Si le projet de loi devait être appliqué tel quel, il impliquerait qu'en Région bruxelloise il y aurait entre dix et vingt candidats médecins en moins que si le calcul était réalisé sur la base d'autres critères (cartes d'identité, collège électoral, ...). C'est moins et, quelque part, c'est dérangeant. Mais il ne s'agit que de dix à vingt médecins par rapport à un chiffre de 5.353 médecins en exercice à Bruxelles auxquels s'ajoutent les 14.486 praticiens en Wallonie, soit un total de 19.839.

Les membres de la commission pensent-ils sincèrement qu'une différence de vingt candidats médecins en moins par rapport à un corps médical en exercice de 19.839 praticiens aura une incidence sur la qualité de la santé prodiguée aux citoyens ? Non, absolument pas.

Le député ajoute qu'il y a en Belgique une liberté absolue en ce qui concerne l'installation des médecins. C'est la raison pour laquelle il y a en Belgique francophone des poches de pénurie de médecins généralistes. On voudrait bien que certains aillent s'installer là où l'on a besoin d'eux, mais on ne peut pas les y obliger. Certes, il peut y avoir des incitants mais les praticiens sont libres d'accepter ou non.

De son expérience personnelle, l'intervenant souligne qu'il a formé des neuro-praticiens inscrits sous le quota francophone en stage à l'hôpital Erasme. Chaque maître de stage dispose de ses sous-quotas. Nombre de ses stagiaires sont allés s'installer en Flandre. Il y a donc cette liberté d'installation dont il faut tenir compte dans les chiffres présentement critiqués.

En ce qui concerne les médecins étrangers, les chiffres cités sont réels et corrects. Il faut mettre en perspective, pour l'année 2015, les 382 demandes de numéro INAMI formulées par des diplômés belges contre les 247 issues de diplômés européens non belges. Vingt autres concernent des diplômés de pays situés en dehors de l'Espace européen.

Le député déclare comprendre la sensibilité des auteurs de la proposition. Il dit la partager mais il entend les mettre en garde par rapport au danger qu'il pourrait y avoir, si ce projet de loi dont les avantages pour les francophones viennent d'être détaillés (la clé 58/42, le lissage négatif sur quinze ans, la réduction de la « dette » de 50 %, l'attribution d'un numéro INAMI à tous les étudiants inscrits en faculté à ce jour, etc.) devait être cassé, avec pour conséquence l'écroulement de l'ensemble du montage imaginé. Les parlementaires auraient dès lors la responsabilité de ce que les étudiants actuellement inscrits pourraient ne pas obtenir de numéro INAMI à l'issue de leur cur-

sus. Si l'on additionne les années 2018, 2019 et 2020, il faudra en compter plus de 3.000 !

**M. Alain Maron (Ecolo)** reste dubitatif suite aux dernières assertions de M. Jacques Brotchi. Il s'agit ici d'une procédure en conflit d'intérêts qui vise à mettre en place une concertation entre les entités concernées. Elle ne tend pas à casser le texte incriminé. La commission du Budget, de l'Administration, des Relations internationales et des Compétences résiduaires n'est ni la Cour constitutionnelle, ni le Conseil d'État. Il s'agit d'initier un processus de concertation et il ne convient pas de faire croire que la procédure lancée par le dépôt de la motion pourrait créer de nouveaux problèmes. Faut-il rappeler que la matière concernée par la motion est certes fédérale mais a des implications importantes au niveau des entités fédérées ?

Il faut pointer ici la manière de fonctionner du Gouvernement fédéral depuis le début de la législature : il prend des mesures ayant des impacts importants sur les entités fédérées en omettant de procéder à une concertation réelle préalablement, particulièrement avec les entités francophones.

L'argument portant sur une perte de dix à vingt médecins par an doit être porté sur une plus longue période. Sur vingt ans, il s'agit de quatre cents praticiens et, toute proportion gardée, ce chiffre est interpellant.

Par ailleurs, l'avis du Conseil d'État est particulièrement virulent concernant le critère de calcul proposé, mais aussi à propos d'autres aspects : « *Pareil système paraît incohérent quant à la prise en compte respective des critères au niveau national et au niveau communautaire mais, en outre plus fondamentalement, il peut aboutir à un recul de l'offre médicale dans telle ou telle communauté par rapport aux besoins de ses habitants tels qu'ils auraient pourtant été évalués par la Commission de planification (...) ce qui suscite de sérieux doutes quant à l'adéquation du système envisagé avec l'objectif déclaré et porte ainsi atteinte au droit de proportionnalité qui doit encadrer toute restriction à un droit fondamental, à savoir, en l'espèce, s'agissant de la population, le droit de la protection à la santé et, s'agissant des candidats médecins spécialistes, le droit à l'exercice de leur profession et le droit au respect de leur vie privée. ».*

Il n'y a donc pas que les parlementaires de la Commission communautaire française qui trouvent quelque chose à redire par rapport à un mode de calcul. Le Conseil d'État lui-même, en sa qualité de haute instance administrative, tire la sonnette d'alarme par rapport à des principes généraux et particuliers de droit.

La motion en conflit d'intérêts vise à ouvrir un espace de concertation et le groupe Ecolo espère

qu'il s'ouvrira pour permettre un dialogue et, le cas échéant, des modifications à apporter au texte fédéral.

**M. Jacques Brotchi (MR)** se déclare favorable à la concertation et souligne qu'il n'a développé aujourd'hui aucune agressivité à l'égard de quiconque. Cette concertation dépendra aussi de la CIM des ministres de la Santé et chacun sait qu'il n'est pas aisé de les réunir tous autour de la même table.

Au niveau de la Commission de planification, il faut savoir qu'elle a eu du mal à fonctionner dans les premières années de son existence. C'est la raison pour laquelle il a été difficile pendant longtemps d'obtenir un cadastre dynamique. Aujourd'hui, la Commission a été dotée d'informaticiens et de logisticiens. Composée autrement, elle affiche un autre visage et constitue désormais un outil, certes amélioré, mais déjà performant.

Il est prévu de fixer année par année les besoins pour l'ensemble du pays en omettant la clé Nord/Sud, laissant cette tâche à d'autres organismes. Ceci signifie que, chaque année, en fonction des zones de pénurie, la Commission de planification aura la liberté d'augmenter le nombre d'attestations INAMI nécessaires pour le pays, selon une clé de répartition 58/42 fixée à l'horizon 2023.

Par rapport au chiffre de pénurie évoqué par M. Alain Maron pour une période de vingt ans, il faut savoir que la Commission de planification pourra, le cas échéant, compenser le nombre de médecins à due concurrence. Il ne faut donc pas être inquiet à ce sujet.

Pour ce qui est des sous-quotas, ils sont de la responsabilité des Communautés depuis la sixième réforme de l'État et il conviendra d'aller réveiller les ministres concernés pour qu'ils appréhendent le sujet et notamment celui des médecins généralistes en encourageant beaucoup de jeunes à se tourner vers cette médecine de proximité.

Le combat mené aujourd'hui doit l'être à tous les niveaux de pouvoir.

**Mme Caroline Persoons (DéFI)** déclare que M. Jacques Brotchi a répété le nombre de quotas fixés et rappelé ce qui a été « gagné » pour les francophones à l'horizon 2023, sur base de la proposition de la Commission de planification.

Il convient de rappeler que, pour l'année 2022, la Commission de planification avait proposé une clé de répartition de 56,4 % pour les néerlandophones et 43,6 % pour les francophones. Le Gouvernement

fédéral avait fait fi de cet avis pour finalement choisir et maintenir une clé 60/40.

Au final, le nouveau système établi par ce projet est défavorable à Bruxelles et donc aux francophones aussi. Cette perte de dix à vingt candidats médecins par an évoquée supra n'est pas anodine. Ramenée sur dix ans, cela représente un déficit de deux cents médecins en Région bruxelloise, alors que le nombre d'habitants ne cesse de s'accroître. C'est une donnée dont le groupe MR semble faire fi. C'est inquiétant. Il ne faut pas oublier que les francophones représentent plus de 92 % de la population bruxelloise. Or, les médecins de 50 ans et plus assurent plus de 50 % de l'activité médicale en Région de Bruxelles-Capitale (à l'exclusion de Schaerbeek et Molenbeek-Saint-Jean), et même jusqu'à 80 % pour la commune d'Uccle. Cette évolution doit absolument être prise en compte pour le remplacement des médecins généralistes dans les années à venir. Elle impacte toute la patientèle, qu'elle soit bruxelloise, wallonne et même flamande.

**M. Jacques Brotchi (MR)** entend porter à la connaissance de ses collègues qu'il n'y a pas de quotas fédéraux pour les années 2021 et 2022. Par conséquent, ce qui avait été proposé par la Commission de planification et rappelé par Mme Caroline Persoons n'a pas été entériné. Dans la mesure où du côté francophone il y a un dépassement, il n'en sera pas tenu compte pour le calcul de l'excédent qui constituera la « dette », évoquée dans ce débat, pour les années à venir.

Il est vrai que vingt médecins par an, pour la Région bruxelloise, c'est important. Mais ce nombre vaut pour toute la partie francophone du pays. Il faut mettre ces vingt unités en perspective avec celui de près de 20.000 praticiens.

Le député rappelle qu'il a mis en exergue tout ce qui est favorable aux francophones dans le projet de loi et qui a été obtenu fermement par le MR au sein du Gouvernement fédéral.

Il faut savoir ce que l'on veut : soit travailler dans un État fédéral avec une solidarité nationale, soit scinder la Sécurité sociale et fixer deux régimes différents pour le Nord et le Sud du pays ...

**Mme Catherine Moureaux (PS)** se dit étonnée de la conclusion de M. Jacques Brotchi, s'agissant d'un discours que l'on a l'habitude d'entendre dans la bouche d'autres courants politiques néerlandophones.

Il est certain que le MR, au sein du Gouvernement fédéral, ne s'est pas laissé faire aux premiers jours.

Malheureusement, la députée estime qu'elle ne peut partager la vision rassurante ou rassurée de M. Jacques Brotchi. Elle est inquiète pour les années proches, mais aussi pour les années post 2023 avec ce lissage négatif d'environ 1.300 surnuméraires, à enlever à la petite cuillère, qui constituent la justification de ce plancher minimal de 505 unités. Il faut s'inquiéter de ce qu'il pourrait arriver que l'on ne parvienne pas à ce nombre de 505 unités, eu égard à la situation actuelle. Il ne faudrait pas aboutir à dégoûter tous les candidats à cette profession.

Utiliser une clé de répartition basée sur le nombre d'élèves, c'est entériner la communautarisation de cette problématique et les thèses du partenaire du MR au Gouvernement fédéral. Cette clé n'a strictement aucun rapport avec les besoins en Santé publique, les évolutions démographiques, les départs à la retraite plus nombreux du côté francophone que néerlandophone, ... Ce dossier montre à quel point le communautaire peut prendre le pas sur la réalité du terrain.

**M. Hamza Fassi-Fihri (cdH)** souhaite revenir à la question liminaire de M. Jacques Brotchi quant à l'impact du choix de la clé de répartition liée au nombre d'élèves par rapport à celle choisie pour les communautés. À l'estime de l'intervenant, cette question doit être reformulée : pourquoi avoir choisi, pour la Région bruxelloise, une clé de répartition liée au nombre d'élèves, alors que c'est le nombre d'habitants qui constitue la clé dans le Nord et le Sud du pays ?

Si le différentiel ainsi créé est aussi léger que celui calculé par M. Jacques Brotchi (entre dix et vingt unités par an), pourquoi avoir créé cette différence de traitement pour Bruxelles ? Pourquoi ne pas avoir tenu compte du critère lié à l'évolution démographique, celle-là même qui constitue le moteur de l'offre et de la demande en soins de santé ?

Il serait intéressant d'avoir les réponses à ces questions puisque ce sont elles qui justifient *in fine* le dépôt de la présente proposition de motion en conflit d'intérêts.

**M. Jacques Brotchi (MR)** souligne qu'il n'a pas participé aux négociations fédérales et n'est donc pas en mesure de répondre aux questions soulevées.

M. Alain Maron avait soulevé la question des proportions d'équivalents temps plein consacrés à l'exercice de la médecine, différentes au Nord et au Sud du pays. Il s'agit ici de libertés individuelles. Chacun est libre d'organiser sa vie, de déterminer la part qu'il entend consacrer à sa famille ou à l'exercice de sa profession.

Quand on voit le nombre de médecins en activité en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles, quand on compare leurs populations respectives, la Région bruxelloise et la Wallonie ont plus de médecins proportionnellement que la Flandre. Les chiffres détaillés sont à la disposition des membres de la commission.

#### 4. Examen et vote du préambule et du dispositif

##### Premier référent

Il ne suscite pas de commentaire et est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

##### Référents n°s 2 à 6

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 9 voix pour et 3 voix contre.

##### Premier considérant

Il ne suscite pas de commentaire et est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

##### Considérants n°s 2 à 9

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 9 voix pour et 3 voix contre.

##### Considérant n° 10

Il fait l'objet d'un amendement n° 1 déposé par Mme Catherine Moureaux, Mme Caroline Persoons, M. Hamza Fassi-Fihri et M. Alain Maron, libellé comme suit :

« Dans la partie relative aux considérants, le considérant 10 est remplacé par

« Considérant qu'il n'a jamais été démontré de manière scientifique que l'offre de soins médicaux induit une demande, et que dès lors le postulat initial ayant construit le mécanisme de contingentement se révèle particulièrement vide de sens; ». ».

##### Justification

Il s'agit de mettre en évidence le manque d'objectivation du postulat initial.

L'amendement n° 1 est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

Le considérant n° 10, tel qu'amendé, est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

##### Considérant n° 11

Il fait l'objet d'un amendement n° 2 déposé par Mme Catherine Moureaux, Mme Caroline Persoons, M. Hamza Fassi-Fihri et M. Alain Maron, libellé comme suit :

« *Dans la partie relative aux considérants, au 11<sup>ème</sup> paragraphe, les termes « Considérant les études scientifiques sur la planification de l'offre médicale » sont remplacés par « Considérant les travaux de la Commission de planification ». ».*

##### Justification

Amélioration de la lisibilité du texte.

L'amendement n° 2 est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

Le considérant n° 11, tel qu'amendé, est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

##### Considérants n°s 12 à 14

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 9 voix pour et 3 voix contre.

##### Amendement n° 3

Un amendement n° 3 est déposé par Mme Catherine Moureaux, Mme Caroline Persoons, M. Hamza Fassi-Fihri et M. Alain Maron.

Il est libellé comme suit :

« *Dans la partie relative aux considérants, il est inseré le paragraphe suivant entre les considérants 14 et 15 :*

« *Considérant que la négation du travail de la Commission de planification médicale, pourtant étayé sur des bases prospectives et scientifiques, se trouve être construite sur des raisonnements uniquement politiques et dénués de sens scientifique, que ce fait est confirmé par les propos tenus par la ministre de la Santé qui justifie les choix de son Gouvernement comme étant constitués sur base d'un compromis politique, mettant dès lors en évidence une dimension particulièrement communautaire dans la gestion de ce dossier; ». ».*

*Justification*

Il s'agit de mettre en évidence le manque d'objectivation scientifique des choix posés.

L'amendement n° 3 est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

*Considérants nos 15 et 16*

Ils ne suscitent aucun commentaire et sont adoptés par 9 voix pour et 3 voix contre.

*Amendement n° 4*

Un amendement n° 4 est déposé par Mme Catherine Moureaux, Mme Caroline Persoons, M. Hamza Fassi-Fihri et M. Alain Maron.

Il est libellé comme suit :

*« Le 17<sup>ème</sup> considérant est remplacé comme suit :*

*« Considérant qu'il y a un réel paradoxe dans le fait de limiter nos étudiants diplômés dans l'accès de la profession et d'être obligés par ailleurs de recruter des médecins ou candidats médecins diplômés de l'étranger, considérant que les futurs médecins et dentistes diplômés en Belgique sont victimes de discriminations quant à leur accession à la profession dès lors que le système actuel limite l'exercice des médecins et dentistes formés en Belgique mais pas celui des médecins et dentistes formés à l'étranger, il y a lieu de considérer que cette législation institue une discrimination à rebours dont seuls les diplômés de l'enseignement supérieur organisé en Belgique sont victimes. À titre d'exemple, entre 2011 et 2015 (¹), 41,1 % des médecins ayant obtenu un numéro INAMI en Fédération Wallonie-Bruxelles ont été diplômés à l'étranger, pour 16,1 % en Communauté flamande. Pour les dentistes, ce pourcentage s'élève même à 51,6 % en Fédération Wallonie-Bruxelles et à 35,3 % en Communauté flamande. Ceci équivaut à l'entrée dans la profession de 1.200 médecins diplômés et 412 candidats-médecins; de même, 295 dentistes diplômés et 48 candidats dentistes sont entrés dans la pratique sur cette même période. En termes relatifs au regard du nombre de quotas théoriques disponibles pour la Fédération Wallonie-Bruxelles sur cette même période, il appert que la proposition de diplômés de l'étranger représente respectivement 82 %*

*et 111 % des quotas disponibles dans les filières de médecine et dentisterie; ». ».*

*Justification*

Il s'agit de préciser les informations relatives aux candidats formés en Belgique et à l'étranger et/ou exerçant en Belgique ou à l'étranger.

L'amendement n° 4 est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

*Amendement n° 5*

Un amendement n° 5 est déposé par Mme Catherine Moureaux, Mme Caroline Persoons, M. Hamza Fassi-Fihri et M. Alain Maron.

Il est libellé comme suit :

*« Dans la partie relative aux considérants, il est inséré le paragraphe suivant entre les considérants 17 et 18 :*

*« Considérant que l'application du contingentement de l'accès aux professions de soins de santé, notamment par l'exigence du Gouvernement fédéral de l'organisation d'un filtre à l'entrée des études, risque à moyen terme de conduire à fragiliser notre système de soins de santé et son accessibilité; ». ».*

*Justification*

Il s'agit de mettre en évidence les risques d'un tel contingentement en termes de santé publique.

L'amendement n° 5 est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

*Amendement n° 6*

Un amendement n° 6 est déposé par Mme Catherine Moureaux, Mme Caroline Persoons, M. Hamza Fassi-Fihri et M. Alain Maron.

Il est libellé comme suit :

*« Dans la partie relative aux considérants, il est inséré le paragraphe suivant entre les considérants 17 et 18 :*

*« Considérant que l'ensemble de ces éléments démontre l'absurdité de l'application d'un lissage négatif à partir de 2024, même tempéré, que les pénuries déjà actuellement probantes ne se trouvent que*

(1) Note de la cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, SPF Santé publique, « Entrée des détenteurs d'un diplôme délivré à l'étranger dans le système belge », décembre 2016.

*partiellement comblées par l'afflux de diplômés étrangers et que donc, l'application d'un lissage négatif purement théorique ne ferait en fait que renforcer les besoins en médecins et dentistes; ».*

#### *Justification*

Il s'agit de mettre en évidence les risques d'un tel contingentement et les effets délétères du lissage en termes de santé publique.

L'amendement n° 6 est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

#### *Considérants n°s 18 à 20*

Ils ne suscitent aucun commentaire et sont adoptés par 9 voix pour et 3 voix contre.

#### *Dispositif*

Les deux points du dispositif ne suscitent aucun commentaire et sont adoptés par 9 voix pour et 3 voix contre.

### **5. Vote de l'ensemble de la proposition de motion en conflit d'intérêts**

L'ensemble de la proposition de motion est adopté par 9 voix pour et 3 voix contre.

### **6. Approbation du rapport**

La commission fait confiance à la présidente et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

### **7. Texte adopté par la commission**

#### **Proposition de motion relative à un conflit d'intérêts avec le Parlement fédéral au sujet du contingentement des numéros INAMI**

L'Assemblée de la Commission communautaire française;

Vu l'article 143 de la Constitution;

Vu l'article 32, § 1<sup>er</sup>bis de la loi ordinaire du 9 août 1980 de réformes institutionnelles;

Vu l'article 57 du Règlement de l'Assemblée de la Commission communautaire française;

Vu le projet de loi 2652/001 portant modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, déposé à la Chambre des représentants le 25 août 2017;

Vu l'avis du Conseil d'État 61.574/2 du 19 juin 2017 relatif à l'avant-projet de loi de la Ministre fédérale de la Santé publique portant modification de la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé;

Vu l'avis de la Commission de Planification, qui est favorable à une clé de répartition tenant plus compte de la réalité des besoins des Francophones en matière de santé publique, via l'attribution de 607 numéros INAMI annuels pour les médecins francophones diplômés de 2023 à 2026;

Considérant que ce projet de loi « *vise à mieux pouvoir garantir un contrôle de l'offre (médicale) en incorporant un système de contrôle et de maintien effectif et efficace et ainsi, forcer (sic) le respect des quotas* » (*Exposé des motifs, page 4*); qu'il s'agit « *d'instaurer une base légale d'une part permettant au Roi, de déterminer les conditions, auxquelles un excédent futur éventuel ou une éventuelle pénurie de candidats par rapport au quota légalement fixé, peut être compensé, et d'autre part visant, après application des dispositions réglementaires en vigueur, à rétablir l'équilibre final en cas de surnombres à condition de respecter une limite inférieure* »;

Considérant que le projet de loi entend déterminer le quota par Communauté à partir de 2024 au moyen d'une clé de répartition à établir par la Cour des Comptes, qui « *doit donner lieu à un accès non discriminatoire à la profession* »;

Considérant que le projet de loi propose le nombre d'habitants par Communauté comme critère pouvant être suivi comme clé de répartition, et pour la Région bruxelloise, le nombre d'élèves de l'enseignement primaire et secondaire néerlandophone ou francophone dans la Région bruxelloise;

Considérant que, dans cet avis, la section de législation du Conseil d'État constate que « *pareil système paraît incohérent quant à la prise en compte respective des critères au niveau national et au niveau communautaire mais, en outre plus fondamentalement, il peut aboutir à un recul de l'offre médicale dans telle ou telle communauté par rapport aux besoins de ses habitants tels qu'ils auraient pourtant été évalués par la Commission (de planification) (...)* »;

Considérant que ce faisant « *(...) le système envisagé porte atteinte au principe de proportionnalité qui doit encadrer toute restriction à un droit fondamental, à savoir en l'espèce, s'agissant de la population, le droit à la protection de la santé et s'agissant des*

*candidats médecins spécialistes, le droit à l'exercice de leur profession et le droit au respect de leur vie privée »;*

Considérant que le Conseil d'État rappelle que « *dans l'exercice de ses compétences, chaque niveau de pouvoir, est tenu d'éviter de rendre impossible ou exagérément difficile l'exercice des compétences des autres niveaux de pouvoir* »; qu'en l'espèce, « *ces restrictions ont une incidence indirecte quant à la possibilité pour les Communautés de mener leur politique en matière d'enseignement, laquelle, s'agissant des études de médecine, ne peut être abstraite de la prise en compte des besoins médicaux* »;

Considérant qu'en ce qui concerne plus particulièrement la détermination du critère applicable pour la clé de répartition à valoir en Région bruxelloise, la Ministre fédérale de la Santé publique a tenu compte de chiffres qui ne reflètent nullement la réalité sociale et linguistique de la Région bruxelloise, puisque le ratio FR/NL s'est effectué en tenant compte du nombre d'enfants fréquentant les écoles primaires francophones et flamandes de la Région de Bruxelles-Capitale, et qu'il eût mieux fallu tenir compte de la proportion FR/NL observée dans les bureaux d'état civil sur base de la première langue figurant sur les cartes d'identité des habitants de la région bruxelloise et qu'à ce sujet, le Conseil d'État « *n'aperçoit pas le lien entre le nombre d'élèves en obligation scolaire fréquentant respectivement les écoles francophones et néerlandophones, d'une part, et la répartition des attestations de contingentement de candidats-médecins spécialistes par communauté, d'autre part* »; que par ailleurs, il relève, s'appuyant sur une étude faite par le CRISP rédigée par des experts néerlandophones, « *qu'il est de notoriété publique que le nombre d'élèves fréquentant l'enseignement néerlandophone n'est pas représentatif du nombre de Néerlandophones habitant la Région de Bruxelles-Capitale* »;

Considérant qu'à cet égard, la section de législation relève « *qu'indépendamment du fait que le critère retenu ne tient apparemment pas compte ni des écoles privées, ni des écoles européennes et internationales sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, il est permis de considérer plus fondamentalement, que ce critère est sans pertinence au regard de l'objet de la mesure (...) et qu'afin de répartir les attestations entre les Communautés en se fondant sur une clé de répartition basée sur le nombre d'habitants par Communauté, le législateur doit établir un critère qui est en rapport raisonnable avec l'objectif poursuivi* »;

Considérant la plus grande fragilité de la population bruxelloise en matière de santé;

Considérant qu'il n'a jamais été démontré de manière scientifique que l'offre de soins médicaux induit une demande, et que dès lors le postulat initial ayant construit le mécanisme de contingentement se révèle particulièrement vide de sens;

Considérant les travaux de la Commission de planification prévoyant des besoins importants en personnel médical dans les prochaines décennies, en raison notamment de l'évolution démographique générale, du vieillissement de la population et du corps médical lui-même, de sa féminisation, d'un souhait de meilleure conciliation vie professionnelle/vie privée, de l'augmentation du travail en association des médecins au sein de cabinets médicaux pour alléger leurs horaires, de la complexification des pratiques et matériels médicaux, de la recrudescence de certaines pathologies;

Considérant que les besoins futurs comprennent également des activités non curatives (recherche scientifique, médecine préventive, ...);

Considérant l'échec des expériences similaires de limitation de l'offre médicale vécues à l'étranger par rapport aux objectifs poursuivis, relevé par les études précitées;

Considérant le cadastre des médecins et les scénarios élaborés par la Commission de planification de l'offre médicale;

Considérant que la négation du travail de la Commission de planification médicale, pourtant étayé sur des bases prospectives et scientifiques, se trouve être construite sur des raisonnements uniquement politiques et dénués de sens scientifique, que ce fait est confirmé par les propos tenus par la ministre de la Santé qui justifie les choix de son Gouvernement comme étant constitués sur base d'un compromis politique, mettant dès lors en évidence une dimension particulièrement communautaire dans la gestion de ce dossier;

Considérant les pénuries déjà avérées en personnel médical dans certaines spécialisations ou zones géographiques, et notamment en Région bruxelloise (Enquête du Soir sur la « Pénurie programmée de médecins généralistes » – 4 septembre 2017);

Considérant que cette distorsion grandissante entre le nombre de diplômés et de futurs diplômés et le nombre d'attestations à distribuer doit impérativement être corrigée, car elle est source d'une gestion déficiente des ressources humaines en matière médicale et paramédicale;

Considérant qu'il y a un réel paradoxe dans le fait de limiter nos étudiants diplômés dans l'accès de la profession et d'être obligés par ailleurs de recruter des médecins ou candidats médecins diplômés de l'étranger, considérant que les futurs médecins et dentistes diplômés en Belgique sont victimes de discriminations quant à leur accession à la profession dès lors que le système actuel limite l'exercice des médecins et dentistes formés en Belgique mais pas celui des médecins et dentistes formés à l'étranger, il y a lieu de considérer que cette législation institue une discrimination à rebours dont seuls les diplômés de l'enseignement supérieur organisé en Belgique sont victimes. À titre d'exemple, entre 2011 et 2015, 41,1 % des médecins ayant obtenu un numéro INAMI en Fédération Wallonie-Bruxelles ont été diplômés à l'étranger, pour 16,1 % en Communauté flamande. Pour les dentistes, ce pourcentage s'élève même à 51,6 % en Fédération Wallonie-Bruxelles et à 35,3 % en Communauté flamande. Ceci équivaut à l'entrée dans la profession de 1.200 médecins diplômés et 412 candidats-médecins; de même, 295 dentistes diplômés et 48 candidats dentistes sont entrés dans la pratique sur cette même période. En termes relatifs au regard du nombre de quotas théoriques disponibles pour la Fédération Wallonie-Bruxelles sur cette même période, il appert que la proposition de diplômés de l'étranger représente respectivement 82 % et 111 % des quotas disponibles dans les filières de médecine et dentisterie;

Considérant que l'application du contingentement de l'accès aux professions de soins de santé, notamment par l'exigence du Gouvernement fédéral de l'organisation d'un filtre à l'entrée des études, risque à moyen terme de conduire à fragiliser notre système de soins de santé et son accessibilité;

Considérant que l'ensemble de ces éléments démontre l'absurdité de l'application d'un lissage négatif à partir de 2024, même tempéré, que les pénuries déjà actuellement probantes ne se trouvent que partiellement comblées par l'afflux de diplômés étrangers et que donc, l'application d'un lissage négatif purement théorique ne ferait en fait que renforcer les besoins en médecins et dentistes;

Considérant que le maintien de l'application du numerus clausus et sa légalisation formelle dans le projet de loi contesté risquent à moyen terme de conduire à fragiliser le système de santé et la qualité de ceux-ci;

Considérant que la ministre fédérale de la Santé publique a très rarement reçu et écouté les étudiants, et a de nouveau refusé de les recevoir ce mercredi 20 septembre dernier alors qu'ils manifestaient devant son cabinet;

Considérant l'ampleur et la nature de l'enjeu, qui touche directement à la santé publique, en termes d'accessibilité aux soins;

- Déclare ses intérêts gravement lésés par le projet de loi portant modification de la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé;
- Demande par conséquent à la Chambre des représentants, la suspension, aux fins de concertation, de la procédure relative audit projet de loi 2652.

*La Rapporteuse,*

Véronique JAMOULLE

*La Présidente,*

Julie de GROOTE

1017/429437  
I.P.M. COLOR PRINTING  
₹02/218.68.00