



**LES SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE :**

# **DE LA PRIVATISATION À LA SOCIALISATION ?**

**Pourquoi peut-on affirmer que  
la santé est sous-financée ?**

**Où est passé l'argent ?**

**Comment la refinancer de manière  
juste et pérenne ?**

REVE

STOP A LA  
SURCHARGE DE  
TRAVAIL !  
DES MOYENS  
SUPPLEMENTAIRES  
MAINTENANT!

Gilles Grégoire  
CADTM | étude 2020



Comité pour l'Abolition  
des Dettes Illégitimes

# **Les soins de santé en Belgique : De la privatisation à la socialisation ?**

**Pourquoi peut-on affirmer que  
la santé est sous-financée?**

**Où est passé l'argent?**

**Comment la refinancer de manière  
juste et pérenne?**

La pandémie en cours rend enfin audibles les revendications du personnel de santé. Leur message est clair : cela fait des années que les soins de santé en Belgique sont sous-financés, que le bien-être des soignant·e·s, la qualité des soins et des infrastructures et, par conséquent, la sécurité des patient·e·s sont en péril. Il faut refinancer le secteur ! Face à ces revendications, les partis au pouvoir démentent avoir réalisé des économies et se rejettent la faute entre eux. Pourtant, les coupes budgétaires sont bien réelles et l'argent ne s'est pas évaporé. Chaque année ce sont des dizaines de milliards d'euros qui sont dépensés directement par l'État belge pour satisfaire les intérêts de quelques uns au détriment du reste de la population. Il est temps d'assurer un (re) financement pérenne et juste du secteur des soins de santé et de mettre en place une gestion de celui-ci qui garantisse le droit à la santé pour tou·te·s ainsi que, pour les travailleurs/euses de ce secteur, des conditions de travail et une rémunération dignes de l'importance de leur rôle dans la société.

Auteur : Gilles Grégoire

Mai 2020

Éditeur responsable :

CADTM



rue fabry 35, 4000 Liège - Belgique

Avec le soutien de



# Sommaire

Abstract

Introduction

## **I. Pourquoi peut-on affirmer que la santé est sous-financée ?**

Un nécessaire chiffrage de la réalité

Qui dit stagnation budgétaire dit coupe budgétaire

Des besoins de financements spécifiques  
de plus en plus prononcés

Des coupes budgétaires aux conséquences bien tangibles

## **II. Où est passé l'argent ?**

Non, le secteur public belge n'est pas  
plus pauvre qu'hier, au contraire...

... mais il dépense des milliards chaque année  
qui ne servent en rien à sa population

Une dette qui n'a pas servi à la population  
et dont la légitimité n'est pourtant jamais débattue

La destruction de la sécurité sociale  
et des services de santé en trois étapes

Étape 1 : L'État se rend indispensable dans  
le financement de la sécurité sociale  
et des soins de santé

Étape 2 : D'abord le patronat, puis l'État  
renient leurs engagements et organisent  
le « déficit » de financement de la sécurité sociale

Étape 3 : Le privé prend place partout  
où cela est rentable

## **III. Comment la refinancer de manière juste et pérenne ?**

Dans l'immédiat pour faire face à la crise sanitaire et sociale

De manière structurelle

Remerciements

## ABSTRACT

La présente étude s'inscrit dans le contexte de la pandémie de covid-19. Elle s'attache néanmoins à fournir une analyse plus large des enjeux structurels liés au financement des soins de santé et à soutenir des revendications qui y sont liées. Par ailleurs, il apparaît clairement que ces enjeux ont eu et continuent d'avoir un impact considérable quant à la gravité des conséquences de cette crise sanitaire.

Ces cinq dernières années, le budget santé des administrations publiques n'a augmenté, en moyenne, que de 0,67 % par an, ce qui est largement insuffisant pour combler l'augmentation des besoins de financement. Les facteurs de cette augmentation sont multiples et tendent pour la plupart à s'aggraver et donc à accentuer la pression de la demande en soin de santé. Ce sous-financement se traduit par des conséquences très tangibles sur la qualité des soins de santé et sur la pression exercée sur le personnel du secteur, ce qui se répercute in fine sur la santé publique.

Pourtant, le secteur public belge n'est pas plus pauvre qu'hier, au contraire. Le PIB, les recettes et les dépenses publiques ont augmenté continuellement depuis 1995. Cependant, une large part de ces dépenses ne bénéficie pas à la population. Outre les multiples dépenses critiquables que fait l'État chaque année, on observe que globalement, il n'y a pas de « transfert » structurel d'un poste de dépense à l'autre. Il ne s'agit donc pas de dire que l'argent de la santé a été utilisé à d'autres dépenses effectives. En revanche, le paiement de la dette publique engloutit chaque année près de 40 milliards d'euros d'argent public, soit 15 % du budget de l'État en 2018 alors que la santé ne représentait que 13 %. Or, l'essentiel de cette dette n'a pas servi à financer des investissements et des projets censés bénéficier à la population. Mais la dette illégitime n'est pas un problème seulement parce que son remboursement capte une part importante des ressources publiques mais aussi et surtout parce que celui-ci sert à justifier qu'on applique l'austérité et des réformes néolibérales.

Cette logique austéraitaire impacte par essence le financement des services publics par l'État mais elle détruit également ce qui n'aurait pas du être à sa portée : la sécurité sociale et par là, l'accès aux soins de santé. Cette destruction a suivi trois étapes clés : d'abord, l'État s'est rendu indispensable dans le financement de la sécurité sociale et des soins de santé ; Ensuite, le patronat, puis l'État ont renié leurs engagements et organisé le « déficit » de financement de la sécurité sociale ; Pour qu'aujourd'hui, le secteur privé marchand prenne place partout où cela est rentable.

Dès lors, nous souhaitons proposer aux citoyen-ne-s et aux mouvements sociaux d'étudier les mesures structurelles suivantes – en plus de celles à prendre immédiatement pour faire face à la crise sanitaire et sociale, et celles portées par la santé en lutte et par la plateforme d'audit citoyen de la dette (ACiDe) :

**- L'audit des dettes publiques et leur répudiation si nécessaire.**

**- Le refinancement du secteur des soins de santé et la socialisation de sa gestion.** Il s'agit de reconnaître le secteur des soins de santé comme un bien commun vital. De ce fait, il doit être mis sous contrôle des citoyen-ne-s, des travailleurs/euses du secteur et des institutions publiques (d'où le terme « socialiser » plutôt que « nationaliser »). Pour ce faire, plusieurs mesures doivent être prises : 1. Réaliser un audit citoyen des comptes des hôpitaux ; 2. Mettre sous gestion des travailleurs/euses et des usagers/ères la gestion ainsi que les infrastructures des hôpitaux mais aussi des maisons de repos, des structures de soins à domicile, des maternités, des centres médicaux, des centres PMS, des CPAS, des centres de santé mentale, etc ; 3. Remettre la sécurité sociale sociale dans les mains de la population. La sécurité sociale peut et doit être gérée par les représentants-e-s élu-e-s des ayant droit de la sécu. Pour la gestion spécifique des caisses de santé, il s'agirait d'une combinaison de représentant-e-s des travailleurs/euses de la santé, d'usagers/ères et de chercheurs/euses

Enfin, il faut refuser toutes les mesures d'austérité, passées et annoncées. La crise sanitaire a rendu évident ce qu'implique l'austérité dans le secteur des soins de santé ainsi que dans d'autres domaines vitaux. Pour y faire face et pour nous permettre d'envisager un futur qui puisse tout de même être enviable pour tou-te-s malgré les crises encore à venir, il nous paraît crucial de développer des perspectives de « socialisations » des secteurs essentiels tel que la santé, de prise en main commune de notre avenir, de contestation de la concentration du capital et de l'injustice de la dette.

# INTRODUCTION

Parmi les choses importantes dont on a pu se rendre compte depuis l'arrivée de l'épidémie du coronavirus en Europe et d'autant plus depuis la mise sous quarantaine de la majorité de la population, c'est à quel point certains métiers sont à la fois fondamentaux à notre survie et extrêmement dévalorisés socialement et financièrement. Et puisque c'est une crise sanitaire qui est en cours, c'est logiquement en premier lieu l'importance du travail de celles et ceux qui assurent les soins de santé et les conditions dans lequel ce travail est réalisé qui sont devenues tout à coup plus visibles.

Face à l'urgence sanitaire, la plupart des gouvernements européens n'ont eu pour seule réponse d'envergure que le confinement de la population, un choix nécessaire mais aussi fondamentalement anti-démocratique et inégalitaire<sup>1</sup>. À peine plus d'un mois avant le début de l'épidémie en Europe, les journaux occidentaux faisaient leurs gros titres du fait que la Chine avait construit deux hôpitaux en quelques semaines pour faire face à l'épidémie. Les exemples du Japon, de la Corée du sud et de Taïwan nous étaient également rappelés régulièrement, eux qui avaient fait les investissements nécessaires pour contenir l'épidémie (fabrication massive de tests, production et réquisition de matériel médical dont respirateurs et masques). En Europe, dès le début de la crise, la stratégie des gouvernements n'a quant à elle reposé que sur une mesure de dernier recours<sup>2</sup> : Enfermer les gens pour tenter « d'aplatir la courbe » des hospitalisations afin d'atténuer la saturation des services de santé. Pour renforcer ces derniers, les réponses officielles ont largement choqué tant elles rendaient plus que jamais flagrante la priorité donnée par les gouvernements et l'Union européenne aux aspects budgétaire et économiques plutôt qu'à la protection de la santé de la population et aux principes de solidarité. En Belgique, les hôpitaux devront se contenter d'une avance (!) d'un milliard d'euros qu'il leur faudra donc rembourser une fois cette tempête passée. Pire encore, ils sont aujourd'hui à nouveau menacés de nouvelles coupes budgétaires de 48 millions d'euros par an<sup>3</sup>. Concernant le manque de matériel médical et pour tenter de rattraper les revers à répétitions quant aux commandes non-conformes<sup>4</sup>, on trouve parmi pléthore d'exemples de pansements sur jambe de bois, la tentative de palier à des années de délocalisation des industries en construisant une

---

1 Voir l'appel *Droit au logement et obligation de confinement*, IEB, 4 avril

2 Voir les recommandations de l'OMS en la matière : *Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19)*, OMS, 2020

3 *Le gouvernement veut imposer 48 millions d'euros d'économies aux hôpitaux*, *Le Soir*, 16 avril 2020

4 *Nouveau coup dur: 3 millions de masques FFP2 inutilisables, un «revers difficile» déplore le ministre De Backer*, *La Libre*, 9 avril 2020

nouvelle usine de masques de protection en région liégeoise... via un partenariat public-privé ! Car si les États européens sont visiblement prêts à s'endetter massivement – eux, et par conséquent leur population - pour sauver le monde de la finance qui s'écroule<sup>5</sup>, ils rechignent encore à s'endetter pour quelque chose d'aussi fondamental que l'accès au matériel de protection médicale<sup>6</sup>.

Face aux revendications du personnel de la santé, mais aussi des collectifs de personnes mal logées ou sans-abris, face aux syndicats et face aux organisations qui défendent des services publics et une sécurité sociale en mesure de garantir un accès généralisé aux soins, les réponses des gouvernements oscillent entre les déclarations d'impuissance (« nous n'avons pas les moyens de faire plus »<sup>7</sup>) et les promesses non-tenues (sur les masques, les tests, les aides aux personnes le plus précarisées et aux PME).

---

5 Voir la vidéo *Crise financière par temps de pandémie | Introduction*, Chronique d'une ex-banquière, 21 avril 2020

6 Une analyse des conséquences des dommages des partenariats publics-privés pour la société et des bénéfices qu'ils représentent pour les très grandes entreprises, ainsi qu'une série de revendications pour y répondre ont été réalisés dans le cadre du *Cahier de revendication communes sur la dette et la finance au niveau européen coordonné* par le CADTM et signé par 39 organisations. Voir le chapitre 2b . Voir aussi statut facebook de la Santé en lutte du 1er avril 2020

7 Coronavirus: dépister tout le monde, ce n'est pas possible, assure le ministre Philippe De Backer, *Le Soir*, 26 mars 2020

# I. POURQUOI PEUT-ON AFFIRMER QUE LA SANTÉ EST SOUS-FINANCÉE ?

## Un nécessaire chiffrage de la réalité

À l'évidence, si le manque de moyens financiers mis en œuvre par les gouvernements dans l'immédiat est aussi criant, c'est parce qu'ils ne permettent pas de rattraper les dommages causés pendant des années par une diminution des moyens mis à disposition du secteur des soins de santé. En témoignent les revendications portées avec force depuis plus d'un an par La Santé en Lutte<sup>1</sup>. Cette diminution est plus que jamais flagrante et palpable. Elle est aussi chiffrable.

Ceux qui ont été les plus prompts à tenter le calcul sont logiquement ceux qui tiennent le cordon de la bourse qu'ils sont accusés d'avoir mal géré. En effet, face aux critiques, le président du MR (Mouvement réformateur, principal parti de la droite libérale en Belgique francophone) a publié sur les réseaux sociaux une présentation faite par son parti de « l'évolution des soins de santé en Belgique » de 2012 à 2020 en mettant en évidence les différents gouvernements au pouvoir et les ministres fédéraux de la santé en place au cours des années. Ce tableau montre que les dépenses de santé auraient augmenté chaque année de 2012 à aujourd'hui et ce, dans une tendance de plus en plus prononcée.

Gouvernement	Ministre de la santé publique	Norme de croissance théorique	Dépenses en soins de santé (en milliards d'€)	Taux de croissance réel	
Gvt Di Rupo 2011-2014	Laurette Onkelinx	2% à 3%	2012	21,499	
			2013	21,963	+2,2%
			2014	22,371	+1,9%
Gvt Michel 2014-2018	Maggie De Block	1,5%	2015	23,128	+3,4%
			2016	23,530	+1,7%
			2017	24,250	+3,1%
			2018	25,067	+3,4%
Gvt Wilmas	Maggie De Block	1,5%	2019	26,536	+5,9%

Source : INAMI

**Le tableau publié par Georges-Louis Bouchez, président du MR sur l'« Évolution [du financement] des soins de santé en Belgique »**

« La vérité a ses droits et les slogans sans fondement n'ont pas leur place » écrit G-L Bouchez en commentaire de ce tableau.

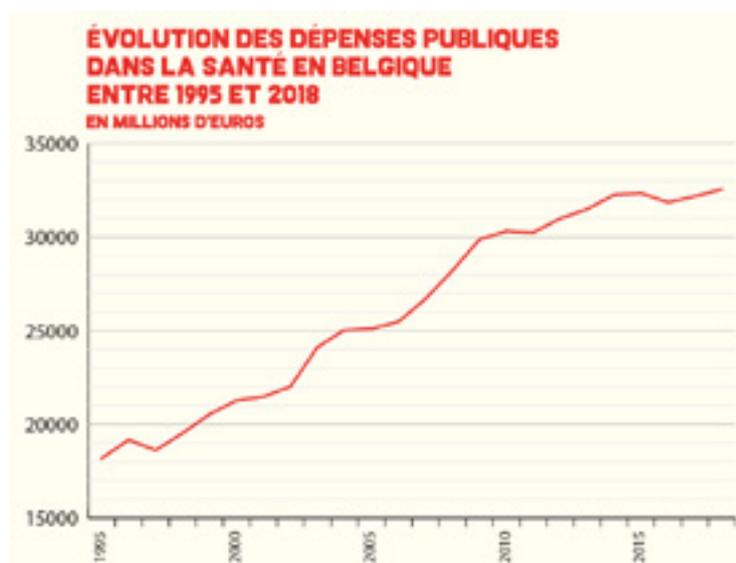
Source : Page Facebook de G-L Bouchez

<sup>1</sup> Voir le descriptif de la plateforme page 47.

Maggie de Block (Open VLD, droite libérale flamande), ministre fédérale de la santé depuis 2014, utilise quant à elle d'autres chiffres. **Selon elle, les dépenses fédérales de santé sont passées de 23,8 milliards d'euros en 2015 à 27,5 milliards en 2020**<sup>2</sup>. Pour l'un-e comme pour l'autre, les gouvernements en place ces dernières années n'auraient « pas fait d'économies » dans les soins de santé. Les « coupes budgétaires » n'en seraient dès lors pas car ce qui n'aurait pas été dépensé à un endroit l'aurait été autre part. Une sorte « d'optimisation » des dépenses donc. En d'autres mots, **selon ce que disent ces deux élu·e·s, les constats mis en avant depuis des mois par le personnel soignant et son analyse des causes de la saturation actuelle du système de santé seraient « des slogans infondés »**.

Pour tenter d'avoir les chiffres les plus fiables et représentatifs possibles<sup>3</sup> et puisque notre but n'est pas de jouer à mettre en compétition les différents partis politiques qui se succèdent au pouvoir mais bien de mettre en lumière les conséquences elles-mêmes des choix politiques pris depuis des années à tous les niveaux de pouvoir, nous utiliserons dans cette analyse les données de la Banque nationale de Belgique et d'Eurostat en regroupant les dépenses de l'ensemble des administrations publiques (du fédéral, des régions et des communautés, des pouvoirs locaux et de la sécurité sociale). Celles-ci sont disponibles de 1995 jusqu'à 2018.<sup>4</sup>

Si on adapte le tableau du MR à ces données<sup>6</sup> et qu'on les met sous forme de graphique sur une vingtaine d'année pour donner une vision à moyen terme de l'évolution du financement des soins de santé et pas seulement une vision court-termiste d'année en année, ça donne donc ceci :



Chiffres BNB  
et IPC Statbel

<sup>2</sup> Maggie De Block: «La stratégie de l'immunité collective ne fonctionne pas», *L'Echo*, 20 mars 2020

<sup>3</sup> Le MR utilise les chiffres de l'INAMI, l'assurance maladie-invalidité belge qui n'est liée qu'à une partie des financements des dépenses de soins de santé en Belgique et Maggie de Block se base sur des chiffres prévisionnels pour 2020 et non sur des dépenses comptabilisées.

<sup>4</sup> Pour consulter ces données: <http://stat.nbb.be/Index.aspx#> . Dans la colonne de gauche : Finances publiques > Comptes non financiers des administrations publiques > Dépenses des administrations publiques par fonctions et opérations > Par secteur institutionnel.

Premier constat : **les dépenses publiques pour les soins de santé ont tendance à augmenter d'année en année mais contrairement à ce que prétend le tableau réalisé par le MR, elles ont tendance à augmenter de plus en plus lentement sur la dernière décennie, voire à diminuer certaines années.** En effet, depuis 2009, on constate que la tendance va vers un ralentissement global de l'augmentation du financement des soins de santé. **2011 et 2016 ont même vu une diminution du budget (-0,3 % et -1,5%, il s'agit donc bien de « coupes budgétaires » ces années là) et l'année 2015 a été marquée par une augmentation particulièrement faible (+0,3%).** Qui plus est, comme nous le verrons plus tard, les augmentations de 2012, 2017 et 2018 sont fortement à relativiser.

Le constat de cette tendance à l'augmentation, bien qu'elle soit de plus en plus faible, laisse-t-il entendre que les deux élu-e-s auraient tout de même partiellement raison quand elles affirment ne pas avoir fait d'économie dans la santé ? Non, au contraire.

## **Qui dit stagnation budgétaire dit coupe budgétaire**

Tout d'abord, il faut bien comprendre qu'un budget qui n'augmente pas, signifie une réduction des moyens. En effet, pour un service égal, **les dépenses augmentent mécaniquement chaque année**<sup>5</sup>. Cela est vrai pour la plupart des secteurs d'activité, qu'ils soient publics ou privés, en raison de l'augmentation « naturelle » des salaires.

L'indexation automatique des salaires pourrait être l'un de ces facteurs<sup>6</sup>. En effet, d'année en année, le budget va devoir augmenter en fonction de l'inflation pour pouvoir financer cette augmentation automatique des salaires. C'est d'ailleurs notamment pour cette raison que le gouvernement fédéral a décidé en 2015 d'un « saut d'index » - une non-indexation des salaires par rapport à l'inflation - qui a gelé tous les salaires des travailleurs/euses en Belgique (dont ceux, versés directement par l'État, de 780.000 fonctionnaires) et de tous les revenus de remplacement<sup>7</sup>, faisant ainsi économiser des centaines de millions d'euros à l'État... tout en aggravant la précarité de milliers de personnes en creusant encore l'écart entre le coût de la vie et leurs revenus<sup>8</sup>. Malheureusement, les données disponibles rendent très difficile d'analyser à quel point l'indexation a eu un impact sur les finances publiques ces dernières années bien que l'on puisse constater par ces choix du gouvernement qu'elle soit elle-même un motif de coupes budgétaires<sup>9</sup>.

5 À nouveau, cela est entendu à prix constants. Les chiffres sont donc bien comparables d'une année à l'autre.

6 En bref, l'indexation automatique des salaires est un système en vigueur en Belgique qui lie de manière « automatique » (c'est à dire sur une base légale) l'évolution des salaires à l'inflation.

7 Pensions, allocations maladie-invalidité, allocations pour handicap, revenu d'intégration, allocations de chômage, de prépensions et de chômage temporaire, allocation d'accident au travail et de maladie professionnelle ainsi que le barème du salaire minimum interprofessionnel.

8 *Le saut d'index, c'est quoi ? Plus de 7 millions de personnes qui perdent 2% de pouvoir d'achat*, FGTB, 29 juin 2015

9 De plus, puisque nous travaillons à prix constants pour permettre des comparaisons valables d'années en années, inclure la problématique de l'indexation automatique des salaires qui nécessite de tra-

Ce que l'on est par contre en mesure d'évaluer comme facteur d'augmentation mécanique des dépenses, c'est l'accumulation de la valorisation de l'ancienneté du personnel. En Belgique, on remarque que les salaires bruts moyens de l'ensemble des salarié·e·s à temps plein passe de 2.926 €/mois pour les salarié·e·s qui ont moins de 2 ans d'ancienneté à 4.291€/mois pour les personnes qui ont plus de 20 ans d'ancienneté<sup>10</sup>. **Or, étant donné le vieillissement global de la population belge qui place la catégorie des 45-60 ans en tête des catégories d'âges les plus représentées<sup>11</sup> et le fait que les âges du départ à la retraite et la pré-retraite ont été reportés et que les conditions d'accès à celles-ci sont régulièrement durcies<sup>12</sup>, excepté pour les entreprises qui ne travailleraient qu'avec des intérimaires, qui auraient un turn-over hors du commun ou qui entretiendraient des pratiques de licenciement abusifs (ce qui n'est a priori pas le cas dans l'essentiel du secteur des soins de santé), les coûts salariaux liés à l'ancienneté augmentent nécessairement d'année en année<sup>13</sup>.** Bien sûr, à cette augmentation mécanique peut également s'ajouter les augmentations négociées ou choisies par les employeurs et l'ajout de diverses primes ou suppléments salariaux. Pour illustrer ce fait dans le secteur de la santé, on peut citer l'exemple significatif de l'évolution de la moyenne des salaires bruts mensuels à temps plein des technicien·ne·s de la médecine et de la pharmacie qui est passé de 3011 €/mois en 2009 à 3485 €/mois en 2017.<sup>14</sup>

**C'est pourquoi on peut en déduire que si un poste budgétaire public n'augmente pas, c'est qu'il y a eu des coupes budgétaires réalisées dans ce secteur.** Dès lors, s'il était déjà évident qu'il y avaient eu des coupes budgétaires en 2011 et 2016, **on peut également conclure que la stagnation du financement de la santé en 2015 témoigne visiblement également de coupes cette année là.** De plus, la faible croissance budgétaire en 2017 et 2018 laisse également présumer de mesures « d'économie ».

## **Des besoins de financements spécifiques de plus en plus prononcés**

À cette augmentation mécanique des besoins de financement des salaires dans le secteur de la santé s'ajoute bien entendu la variation des besoins de financement qui sont spécifiques à ce secteur.

Pour faire le lien avec la situation actuelle, nous allons nous concentrer sur le cas des hôpitaux généraux<sup>15</sup>.

---

vaille avec des prix courants viendrait très fortement compliquer nos calculs et brouiller les comparaisons.

10 *Salaires mensuels bruts moyens des salariés employés à temps plein*, Statbel, 11 décembre 2019

11 Voir *infra*.

12 Pour ce qui est de l'âge légal, il est passé à 65 ans en 1997, passera à 66 ans en 2025 et à 67 ans en 2030. En plus de cet âge légal, les conditions de départs à la retraite ont été considérablement durcies ces dernières années, ainsi que les allocations, et cela participe bien sur à ce que les gens doivent travailler plus longtemps. Voir le document de la FGTB et de la CSC *Les pensions en questions*, p.5

13 Ce constat est valable même en tenant compte des plafonds barémiques sur l'ancienneté puisque globalement, les carrières durent de plus en plus longtemps. Voir *Durée de vie au travail, données annuelles*, Eurostat, 21 avril 2020

14 Tableau de Statbel : *Salaires mensuels bruts moyens 1999 - 2017*

15 La 6ème réforme de l'État a transféré le financement des hôpitaux spécialisés (offrant exclusivement des prestations de réhabilitation et/ou de gériatrie) aux entités fédérées. Cependant, comme l'explique

## L'organisation du financement des hôpitaux généraux

En Belgique, par habitude, on établit souvent la distinction entre hôpital public et hôpital privé. En réalité, cette frontière est la plupart du temps assez floue (en dehors, bien sûr, des cliniques privées dont le montant des honoraires les réservent aux ménages les plus riches). Comme l'indique le rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux, « sur les 103 hôpitaux belges, 28% sont publics (...) et 72% sont privés et organisés en Asbl. (...) Vu le nombre important de fusions entre hôpitaux au cours de ces dernières décennies, bon nombre d'institutions sont aujourd'hui un héritage issu à la fois du secteur public et du privé. » Il précise également que « La loi sur les hôpitaux s'applique indistinctement au secteur public comme au secteur privé et leur financement par les pouvoirs publics est identique. »<sup>16</sup>

Le financement du **fonctionnement** des hôpitaux généraux repose sur trois grandes sources :<sup>17</sup>

- Le financement fédéral, également appelé « Budget des Moyens Financiers » (BMF). Il couvre les frais d'admission et de séjour des patient-e-s<sup>18</sup> ce qui comprend essentiellement les frais de personnel infirmier et soignant, la fourniture de médicaments courants et de biens de consommation médicaux, les services communs (administration et frais « hôteliers ») et des frais découlant d'obligation légales ou de bonne gestion (surveillance de l'hygiène, suivi des données, politique de qualité, révision d'entreprise, plans d'actions, etc.)
- Les montants facturés à la sécurité sociale (INAMI) et aux patient-e-s qui couvrent les honoraires.
- La vente de médicaments, d'implants et d'autres dispositifs médicaux invasifs (par exemple, le matériel endoscopique) qui sont vendus via l'officine hospitalière. Ceux-ci sont, pour la plupart, également facturés à la sécurité sociale et aux patient-e-s<sup>19</sup>.

À cela s'ajoutent encore quelques sources plus modestes de revenus comme les suppléments de chambre et de matériel payés par les patient-e-s et les forfaits pour les hospitalisations de jour payés par l'INAMI (et donc financés par les cotisations sociales), tout comme les revenus de services internes à l'hôpital (cafeteria, parkings, etc.).

---

le rapport du SPF Santé publique : « Alors que certaines structures concernées ont choisi, à cette époque, de fusionner avec un hôpital général « classique », d'autres ont préféré élargir leurs activités, généralement en y adjoignant des prestations dans le domaine de la psychiatrie. Par défaut, ces structures font aujourd'hui partie des hôpitaux généraux, bien que ne disposant pas de service de chirurgie ni de médecine interne. » *Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux*

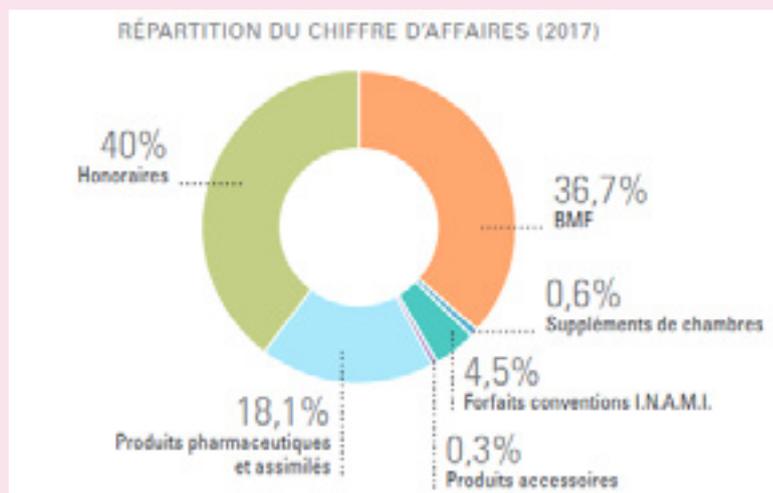
16 *Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux, ibidem.*

17 *L'organisation et le financement des hôpitaux*, Mutualité chrétienne, 2013

18 *Nouvelles règles de financement des hôpitaux - Rapport de la Cour des comptes transmis à la Chambre des représentants*, Cour des comptes, février 2006.

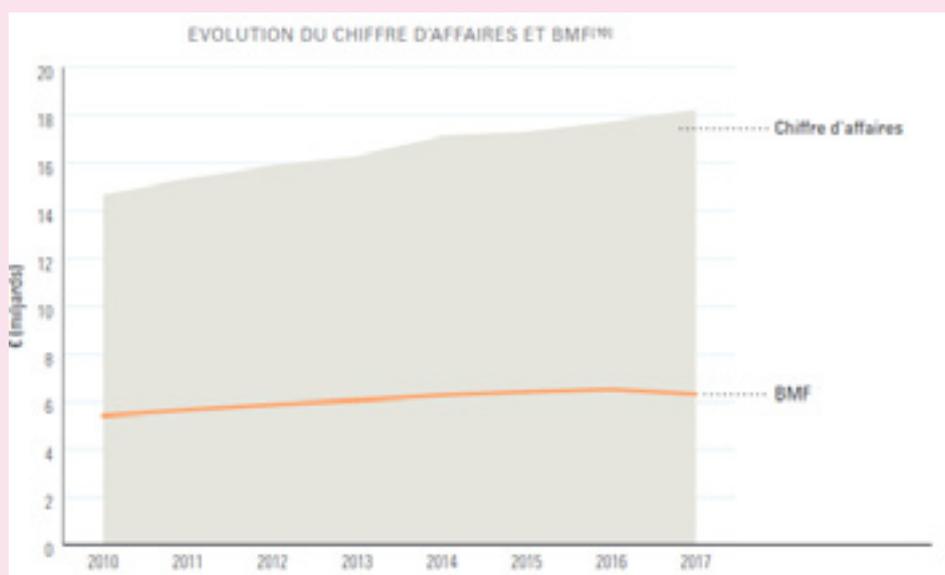
19 *Nouvelles règles de financement des hôpitaux - Rapport de la Cour des comptes transmis à la Chambre des représentants, ibidem.*

Selon les derniers chiffres fournis par le SPF Santé publique, le secteur hospitalier (hôpitaux généraux) représentait 18,2 milliards d'euros en terme de chiffre d'affaires global en 2017.<sup>20</sup>



Source : Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux

Si l'on regarde, dans le graphique ci-dessous, l'évolution de la part du financement fédéral (BMF) dans le chiffre d'affaires des hôpitaux, on constate que celui-ci prend de moins en moins de place. **Le financement du fonctionnement des hôpitaux est de plus en plus assuré par les honoraires et par la vente de produits pharmaceutiques et de moins en moins par l'État.**



Source : Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux

**Au niveau des investissements**, sans entrer dans le détail :

- Pour les infrastructures immobilières, l'essentiel du financement consacrés aux espaces d'hospitalisation était assuré par l'État qui le répartissait entre le fédéral (en partie via le BMF) et les entités fédérées. Depuis la 6ème réforme de l'État les entités fédérées assurent à 100 % le financement venant de l'État<sup>21</sup>. Les hôpitaux complètent ces subventions avec leurs moyens propres (c'est à dire **via leurs revenus issu des patient·e-s) et des emprunts contractés sur les marchés financiers**. Les investissements dans les espaces de consultations et les services médico-techniques sont assurés par les honoraires des patients.
- Pour l'infrastructure mobile (équipement médical et non médical, matériel roulant, lits, etc.) le financement est assuré par l'État fédéral via le BMF.

## **L'évolution du besoin de financement des hôpitaux généraux**

En ce qui concerne **l'évolution des besoins de financement des hôpitaux, celle-ci s'exprime sur deux points principaux** :

**1. La demande toujours plus élevée de soins** due à la pression démographique, au vieillissement de la population et aux facteurs de détérioration de la santé résultant de l'organisation du système économique et des injustices sociales.

**2. Le vieillissement du matériel et l'augmentation des coûts** induite par l'informatisation des soins.

### **1. La demande de soins toujours plus élevée :**

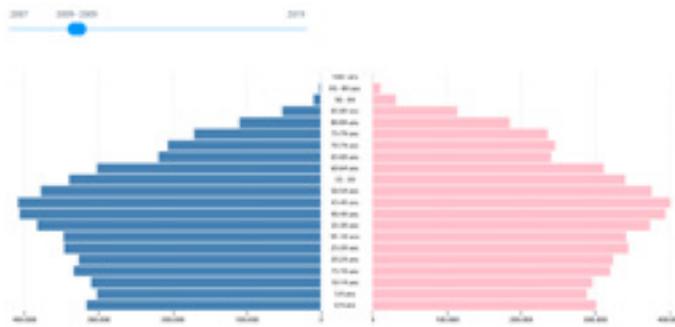
La population belge est passée de 10.753.080 personnes en 2009, à 11.431.406 en 2019, soit une augmentation de 6,31% en 10 ans. Si l'on présuppose que l'état de santé de ces 678.000 « citoyen·ne·s supplémentaires » n'est, en moyenne, ni meilleur ni moins bon que le reste de la population, on en déduit que la demande pour les soins de santé a augmenté d'autant. Bien sûr ce n'est pas simple à ce point là et **la réalité montre que les besoins en soins ont en réalité augmenté bien plus que cela. Une des raisons principales est que la population vieillit**. En effet, les personnes de plus de 55 ans représentaient 29,12 % de la population en 2009 alors qu'elles en représentaient 32,07 % en 2019. Or, logiquement, en dehors des jeunes enfants (1 à 5 ans), les personnes âgées sont celles qui ont le plus besoin des soins de santé. Par exemple, alors qu'elles représentaient 5,38 % de la population en 2017, les personnes de 65 à 70 ans effectuaient cette année là 7,03 % du total des séjours en hôpital.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Initialement, il s'agit d'une compétence communautaire mais en Wallonie, la Communauté française a transféré cette compétence à la Région wallonne. À Bruxelles, elle est gérée par la COCOM.

<sup>22</sup> Calculs effectués à partir du *Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux*

Bien entendu, outre les hôpitaux, qui dit vieillissement de la population dit également accroissement des résident·e·s de maisons de repos et des demandeurs/euses de services de soins à domicile et donc de leurs besoins de financement.

Evolution de la pyramide des âges de la population belge entre 2009 et 2019<sup>23</sup> :



Source : Statbel



Source : Statbel

Pyramide des âges de la population belge en 2017 vs. pyramide des âges des personnes ayant un contact ou un séjour hospitalier cette année là<sup>24</sup> :

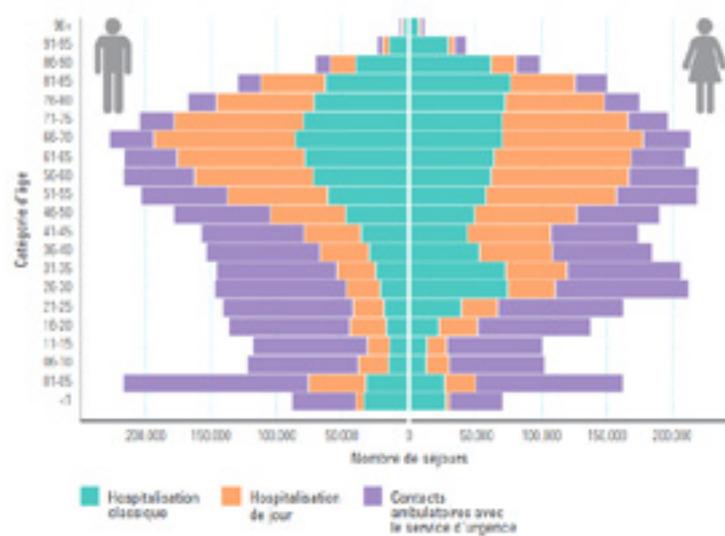


Source : Statbel

généraux, *ibidem* et des données de Statbel sur la «Structure de la population»

23 Les graphiques en taille réelle sont disponibles sur le site de Statbel.

24 Graphiques en taille réelle : *Ibidem* et page 16 du Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux



Source : Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux

Les deux derniers graphiques montrent que les personnes plus âgées sont - en termes statistiques - « sur-représentées » (tout à fait logiquement bien entendu) parmi les personnes qui recourent aux services hospitaliers alors que les deux premiers illustrent l'augmentation de l'âge moyen de la population.

Mais bien qu'il soit très régulièrement présenté comme tel, **le vieillissement n'est pas le seul facteur de détérioration de la santé moyenne de la population**. En effet, ce processus naturel est mis en avant à un tel point dans la justification de l'augmentation des besoins des soins de santé qu'il **tend à masquer d'autres facteurs déterminants qui, eux pourraient tout à fait être évités**. Cette exacerbation des conséquences du vieillissement est condamnable en ce qu'elle stigmatise une grande partie de la population en éludant les responsabilités politiques dans les déficits de financement. Nous détaillerons dans la partie II de cette analyse les choix politiques qui ont été directement déterminants dans le déficit de financement de la sécurité sociale et, par conséquent, dans le déficit de financement des soins de santé. Cependant, nous pouvons d'ores et déjà identifier une série **de facteurs de détérioration de la santé découlant des politiques économiques en général**.

**Ces facteurs sont multiples et tendent pour la plupart à s'aggraver<sup>25</sup> et donc à accentuer la pression de la demande en soin de santé** : pollution des sols, de l'eau et de l'air, exposition accrue à des agents cancérigènes (gaz polluants, particules fines, sucre industriel, acides gras saturés, pesticides et autres adjuvants néfastes dans les produits alimentaires, ainsi que potentiellement l'exposition de plus en plus intensive aux rayonnements électro-magnétiques<sup>26</sup>), accidents de la circulation, stress intense au travail, etc. Si une part non-négligeable de la population peut potentiellement être exposée à l'un ou l'autre de ces facteurs, **la pauvreté les multiplie et accentue fortement leurs impacts**. En effet, qui dit pauvreté dit généralement mal-logement voire

25 Voir notamment OMS, *Changement climatique et santé*, février 2018

26 Voir OMS, *Rayonnements ionisants, effets sur la santé et mesures de protection*, avril 2016

sans-abrisme, ce qui implique une vulnérabilité accrue des personnes concernées aux risques sanitaires,<sup>27</sup> mauvaise alimentation, plus grande exposition à la pollution, au stress, aux violences physiques dues aux stigmatisations systémiques, etc. De plus, les mesures d'austérité augmentent encore l'étendue et l'intensité de la pauvreté. Elles diminuent aussi l'accès aux soins de santé et engendrent donc un cercle vicieux d'aggravation de l'état de santé des personnes précarisées. **Les personnes racisées, les femmes et les personnes âgées sont les catégories sociales les plus exposées à ces situations profondément injustes.**

Le SPF Santé déclare que « en 2008, le nombre total de séjours à l'hôpital (qui reprend les séjours en hospitalisation classique ou de jour et les contacts ambulatoires avec les services des urgences) était de 5.138.177. **Ce nombre est passé à 6.214.325 en 2017** », soit une augmentation de 20,94 % !<sup>28</sup>

## 2. L'obsolescence du matériel et l'augmentation des coûts :

**Pour ce qui est du matériel médical, les prévisions budgétaires ne suivent pas non plus les besoins réels.** Tout d'abord, bien sûr, qui dit augmentation du nombre de patient·e·s dit augmentation du besoin en matériel et en infrastructure. Ensuite, **la majorité des bâtiments sont vétustes** (ils datent des années 1960-1970) et bien qu'ils soient censés être amortis en 33 ans sur le plan comptable, ils « vieillissent », tout comme le matériel, en réalité bien plus vite. En effet, les besoins et la conception de la médecine évoluent (elle repose de plus en plus **sur les technologies numériques qui ont un coût parfois très élevé**), l'offre hospitalière est « rationalisée » (les hôpitaux fusionnent) et les normes d'agrément évoluent et tendent à devenir plus strictes et nécessitent une mise à jour régulière des infrastructures. Comme mentionné dans le cadre ci-dessus, le financement de celles-ci passe essentiellement par des budgets de subventionnement publics que les hôpitaux complètent avec leurs moyens propres et des emprunts contractés sur les marchés financiers.<sup>29</sup> **Cette situation participe à ce que la dette des hôpitaux devienne de plus en plus un enjeu préoccupant dont il devient urgent de s'inquiéter car elle contraint les hôpitaux à adopter de plus en plus des stratégies de rentabilité au détriment du bien être des patient·e·s et du personnel hospitalier** (voir *infra*).<sup>30</sup>

Si on se penche à nouveau à l'endroit où le bât blesse terriblement aujourd'hui, on constate que, **entre 2009 et 2018, le budget public spécifique pour les hôpitaux n'a augmenté que de 7,6 % et celui pour les produits, les appareils et le matériel médical a même diminué de -7,98 % !**

27 Voir le journal de la Fédération des Maisons médicales, *Santé Conjuguée, Bien se loger, mettre sa santé à l'abri*, N°87, juin 2019

28 *Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux, ibidem.*

29 *L'organisation et le financement des hôpitaux, ibidem.*

30 En 2018, un tiers des hôpitaux présentaient un budget en déficit et la pression exercée sur le secteur tend à aggraver ces déficits et à augmenter le nombre d'hôpitaux concernés. De plus, le fait que les hôpitaux soient contraints de s'endetter sur les marchés financiers est un risque extrêmement grave pour la stabilité de leur financement et la garantie de la qualité de leurs services.

### ÉVOLUTION DES DÉPENSES PUBLIQUES DANS LES HÔPITAUX ET DANS LES PRODUITS, LES APPAREILS ET LE MATÉRIEL MÉDICAL EN %

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses hôpitaux	+2,85	-2,69	-1,06	+2,99	+3,19	+2,24	-1,88	-3,37	+0,98	+1,8
Dépenses p., a. & m. médical	+4,91	-1,05	+0,95	-4,77	-3,5	-0,31	+2,9	-0,71	-2,52	+0,68

Source : Chiffres BNB et IPC Statbel

**Les nombres en négatif dans ce tableau montrent clairement les coupes réalisées.** C'est le cas pour les hôpitaux en 2011, 2015 et 2016 et pour le matériel médical en 2010, 2012, 2013, 2016 et 2017.<sup>31</sup> Ces nombres négatifs impliquent qu'il faut dès lors relativiser les chiffres positifs qui les suivent. En effet, s'agissant de nombres illustrant une évolution d'année en année, lorsque survient une coupe ou une stagnation suivie d'une augmentation, cette augmentation sert en réalité à « rattraper » en partie le déficit creusé l'année précédente. **Et plus les coupes et les stagnations se font nombreuses et fortes, plus les augmentations sont à relativiser puisque les besoins de financement n'ont, comme on l'a vu, pas cessé d'augmenter.**

Ainsi, **alors que l'évolution du budget peut apparaître comme positive sur une année qui suit une ou plusieurs années d'évolution négative ou très faible, elle peut en réalité cacher une nouvelle coupe budgétaire qui serait simplement moins forte que l'année précédente.** Par exemple, alors qu'on note une augmentation du budget pour les hôpitaux de 0,98 % en 2017 par rapport à l'année précédente, le financement des hôpitaux a en réalité souffert de coupes de 92 millions d'euros cette année là.<sup>32</sup> De la même manière, pour ce qui est du budget global de la santé en 2017, alors que le graphique que nous avons vu au début de cet article montrait une évolution de +1,06 % après une année d'évolution très faible et une année de diminution (+0,27 % en 2015 et -1,55 % en 2016), il a en réalité subi une coupe de 900 millions d'euros au niveau du financement fédéral.<sup>33</sup> La mutualité Solidaris a calculé que de 2015 à 2018, les coupes ont représenté un total de 2,1 milliards d'euros dont 194 millions d'euros sur le budget des moyens financiers des hôpitaux, rien que sur les mesures passées au niveau fédéral.<sup>34</sup>

31 Il s'agit à nouveau de chiffres de la BNB « déflatés » par l'IPC base 2013 fourni par Statbel.

32 *Comprendre les économies dans les soins de santé, Le Soir, 02/04/2020*

33 *Le Soir, ibidem.*

34 *Journée mondiale de la santé : L'État social est LA solution face aux défis actuels, Solidaris, 7 avril 2020*

Enfin, il faut également prendre en compte le fait que, outre la stagnation des budgets, **les besoins s'expriment eux de manière de plus en plus pressante. En effet, le vieillissement de la population s'accélère, ce qui implique que les besoins de financement vont continuer d'augmenter de plus en plus fortement d'année en année jusqu'à au moins 2040 selon les prévisions du Comité d'Étude sur le Vieillissement**<sup>35</sup>. D'après leurs calculs, la croissance nécessaire au budget des soins de santé pour répondre à l'augmentation des coûts est de 2,5 % chaque année et à défaut de changement, le fossé entre le budget et les besoins réels serait de près de 2 milliards d'euros d'ici 2024. **Or, ces 5 dernières années, le budget santé des administrations publiques n'a augmenté, en moyenne, que de 0,67 % par an...**<sup>36 37</sup> Qui plus est, ces prévisions ne s'entendent que pour une adaptation du niveau actuel des soins de santé aux évolutions démographiques. Et par ailleurs, comme on l'a vu, le vieillissement de la population est loin d'être le seul facteur de détérioration de la santé de larges pans de la population. C'est donc bien un réel renforcement qui est nécessaire étant donné le flagrant constat de fragilité qu'on peut faire à l'heure actuelle. À la lecture des chiffres, on peut en effet affirmer que **cela fait maintenant 10 ans que les soins de santé sont entrés dans une phase de grave sous-financement.**<sup>38</sup>

**Qui plus est, les conditions d'octroi des subsides doivent également être changés car il s'agit d'une enveloppe fermée répartie en fonction de la « productivité » des hôpitaux, ce qui met en concurrence les différentes institutions dans un secteur où la coopération devrait, à l'évidence, être à la base du système.**

## **Des coupes budgétaires aux conséquences bien tangibles**

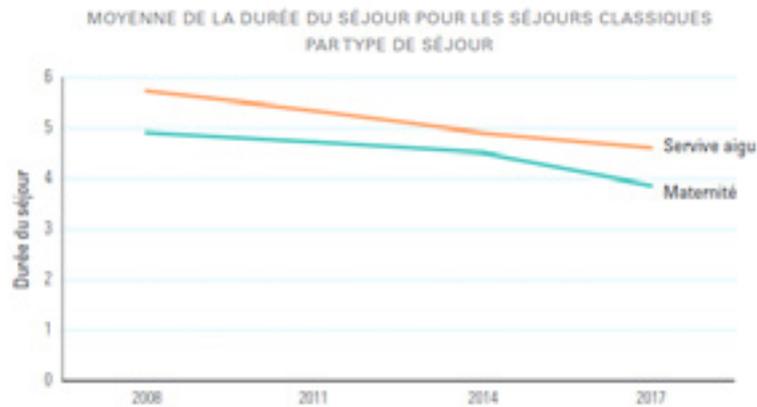
Concrètement, ces coupes budgétaires mal camouflées se traduisent par des conséquences qui sont, elles, très tangibles. Parmi les exemples on peut citer celles-ci, de manière non-exhaustive :

35 *Comité d'Étude sur le Vieillissement - Rapport annuel*, Conseil supérieur des finances, juillet 2019  
36 +2,45 % en 2014, +0,27 % en 2015, -1,55 en 2016, +1,06 en 2017, +1,14 en 2018. Le calcul est à nouveau basé sur les chiffres de la BNB déflatés grâce à l'IPC base 2013 fourni par Statbel.

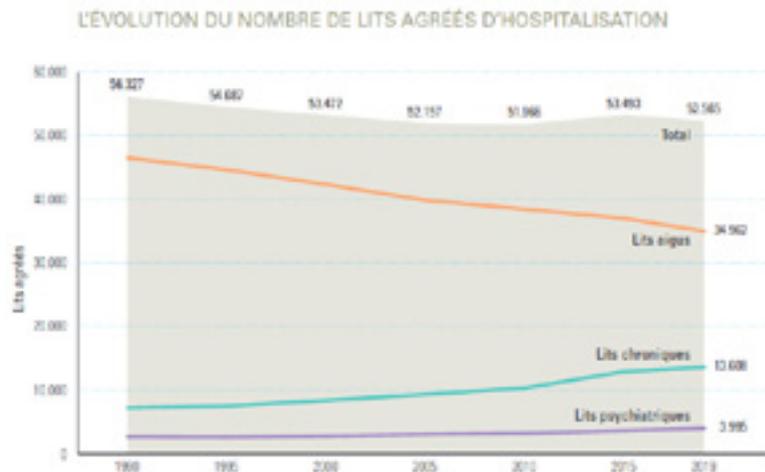
37 Si on parle beaucoup des « normes de croissances annuelles » fixées par le gouvernement (et qui, en plus, ont diminué ces dernières années), rappelons qu'il ne s'agit là que de déclarations d'intention, pas de normes contraignantes. Selon nos calculs, cette norme - pourtant elle-même trop basse pour répondre à l'évolution des besoins - est loin d'être atteinte.

38 Moyennes de l'augmentation par année du budget de la santé (basées sur chiffres BNB déflatés base 2013) : Entre 1995 et 2000 : +3,23 %, entre 2000 et 2005 : +3,45 %, entre 2005 et 2010 : +3,26 % et entre 2010 et 2018 : +0,97 %

- Entre 2008 et 2017, la durée moyenne de séjour en hôpital pour les soins dans les services aigus<sup>39</sup> et en maternité a diminué d'un jour<sup>40</sup>. Ce qui signifie que le soin aux patient·e·s est de plus en plus expéditif.



- Entre 1990 et 2019, on constate une diminution de 3.762 lits dans les hôpitaux généraux. La hausse située entre 2010 et 2015 est due aux fusions entre hôpitaux généraux et spécialisés. La baisse reprend son cours par la suite.<sup>41</sup>



Dans son rapport 2019<sup>42</sup>, le Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE), met en garde sur plusieurs points malgré une augmentation du personnel infirmier et une situation parmi les meilleures en Europe à ce niveau là (11 infirmières/iers par 1.000 habitant·e·s, la 5ème meilleure situation en Europe) et diverses améliorations liées aux pratiques « peu sûres » :

39 Il s'agit des séjours qui ne demandent pas un traitement de longue durée tels que la chirurgie, la médecine interne, la pédiatrie, les soins aux enfants prématurés et la maternité. Dans le graphique ci-dessus, la maternité est représentée séparément du reste des services aigus pour illustrer la baisse encore plus prononcée dans ce service.

40 *Rapport annuel 2019 du SPF Santé publique sur les hôpitaux généraux, ibidem.*

41 *Ibidem*

42 Synthèse du document *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*, KCE, 2019

- **Le nombre moyen d'infirmières/ers par patient (9,4) « se situe largement au-dessus de la norme générale et internationale pour une pratique sûre » (8).** Il ajoute que « Si nous devons appliquer cette norme jour et nuit, dans notre pays, le nombre de patients par infirmier serait trop élevé pendant 49,4% des jours-patients dans les services de médecine interne et de chirurgie. En gériatrie, ce taux serait même de 74% (chiffres de 2016). »
- **« Seulement 46% des infirmiers interrogés estiment que la sécurité du patient au sein du service est bonne ou très bonne,** et 66% ont indiqué qu'ils «n'étaient pas du tout certains ou peu certains» que les patients soient capables d'assurer leurs propres soins après leur sortie de l'hôpital. »
- « L'augmentation du nombre d'infirmiers semble insuffisante pour combler les besoins croissants en soins. Les infirmiers déclarent que **le nombre d'actes infirmiers nécessaires qu'ils sont incapables d'accomplir faute de temps augmente constamment.** De plus, 37% ont indiqué ne pas avoir pu surveiller correctement leurs patients ni les changer de position (prévention des escarres) au cours de leur dernière prestation. »
- **« Malgré cette charge de travail plus élevée, les infirmiers continuent à accomplir de nombreuses tâches ne nécessitant pas leur expertise.** Ainsi, 82% déclarent servir les repas et 61% assurer le transport de patients dans l'hôpital. »

**En plus d'avoir un impact sur les patient·e·s, ces conditions de travail difficiles ont bien entendu un impact important sur le bien-être du personnel de santé.** Le rapport du KCE indique que « Un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail et 10% envisagent de quitter la profession. Trente-six pourcents (36%) présentent un risque de burnout et ce chiffre a augmenté au cours des 10 dernières années. » En plus des cadences toujours plus soutenues, le personnel soignant est contraint d'accepter des contrats de plus en plus précaires. La «piqûre de rappel» de La Santé en Lutte du 31 mars dernier l'illustre parfaitement.<sup>43</sup>

Comme on s'en doute, **les impacts du manque de financement des services de santé ne se limitent pas aux hôpitaux mais s'étendent à l'ensemble du secteur.** Certains services sont particulièrement touchés.

Il s'agit, d'une part, **des services de soin à domicile, des centres de santé et d'autres services de « première ligne ».** Le manque de financement dans ces services est particulièrement pernicieux puisqu'il se répercute sur les services curatifs. Cela illustre à quel point les politiques de santé publique sont élaborées sur des logiques court-termistes délétères.

<sup>43</sup> Voir le post de La Santé en lutte du 31 mars 2020 et l'article Action dans les hôpitaux : le blues des blouses blanches, RTBF, 11 juin 2019

Et d'autre part, **des maisons de repos et des services de gériatrie** et cela se traduit de manière extrêmement dramatique aujourd'hui : au 15 mai 2020 près de 4.400 personnes étaient supposées être décédées du coronavirus en maison de repos et plusieurs personnes parlent aujourd'hui « d'euthanasie passive » tant le personnel soignant et les résident·e·s de ces institutions ont été livré·e·s à elleux-mêmes au plus fort de la crise<sup>44</sup>. Sur le total de décès du covid-19 plus de la moitié a eu lieu dans les maisons de repos<sup>45</sup> et malgré cela, le manque de personnel a fait que les soignant·e·s doivent continuer de travailler, même infecté·e·s.<sup>46</sup>

**Les impacts de l'austérité sur les soins de santé publics sont encore nombreux<sup>47</sup> et, comme évoqué ci-dessus, la précarisation de la population qu'elle induit par ailleurs restreint également l'accessibilité aux soins de santé tout en participant à détériorer directement la santé de la population.**<sup>48</sup> Un des derniers exemples en date de coupe budgétaire qui, bien qu'il n'avait pas fait de bruit à l'époque démontre aujourd'hui parfaitement tout **l'aveuglement, la dangereuse stupidité court-termiste et, in fine, l'impact humain de l'austérité** est celui du stock de 6 millions de masques détruits en 2017 et non renouvelé pour raisons budgétaires.<sup>49</sup>

Bien sûr, personne un tant soit peu renseigné ne remet en question la qualité des soins qui sont généralement fournis en Belgique. Mais cette qualité s'effrite sous la pression budgétaire et l'opportunisme marchand. **Cette saturation des soins de santé, l'épuisement du personnel soignant<sup>50</sup>, la pénurie gravissime de matériel médical et de médicaments<sup>51</sup> ainsi que de matériel de protection<sup>52</sup> à l'heure de la pandémie en cours découle directement de ces choix budgétaires.**

44 [Crise du coronavirus dans les maisons de repos : «C'était de l'euthanasie passive»](#), RTBF, 15 mai 2020.

45 Si les méthodes de comptage prête au débat, il est faux de dire que « toutes les personnes mortes dans les maisons de repos pendant la période de forte mortalité du covid-19 étaient présumées mortes des suites de celui-ci ». En réalité, seules les décès des personnes présentant des symptômes sérieux similaires à ceux provoqués par le coronavirus étaient (et sont toujours) comptabilisés comme tel. Sur la dernière analyse que nous avons relevée (le 14 mai 2020), il s'avérait que 86 % des décès suspectés comme étant dus au covid l'étaient effectivement. Voir [Coronavirus: 81 hospitalisations, le nombre d'admissions le plus élevé depuis 4 jours](#), *Le Soir*, 14 mai 2020

46 [Coronavirus: 17 cas positifs parmi le personnel d'une maison de repos de Jodoigne](#), *Le Soir*, 11 avril 2020

47 Voir par exemple celle décrites ici en 2014 dans cet article : [Poussé par le gouvernement, l'Inami adopte un budget d'austérité pour les soins de santé](#), RTBF, 20 octobre 2014

48 Voir [L'impact socio-économique de l'austérité](#), Plateforme d'audit citoyen de la dette (ACiDe), 24 mai 2019

49 [Quand Maggie De Block faisait détruire six millions de masques contre le coronavirus... sans les remplacer](#), *Le Vif*, 23 mars 2020

50 [Coronavirus en Belgique : « le sacrifice a ses limites », le personnel soignant à bout de souffle](#), RTBF, 02 avril 2020

51 [La pénurie de matériel médical et de médicaments est intenable : les hôpitaux bruxellois tirent la sonnette d'alarme](#), RTBF, 02 avril 2020

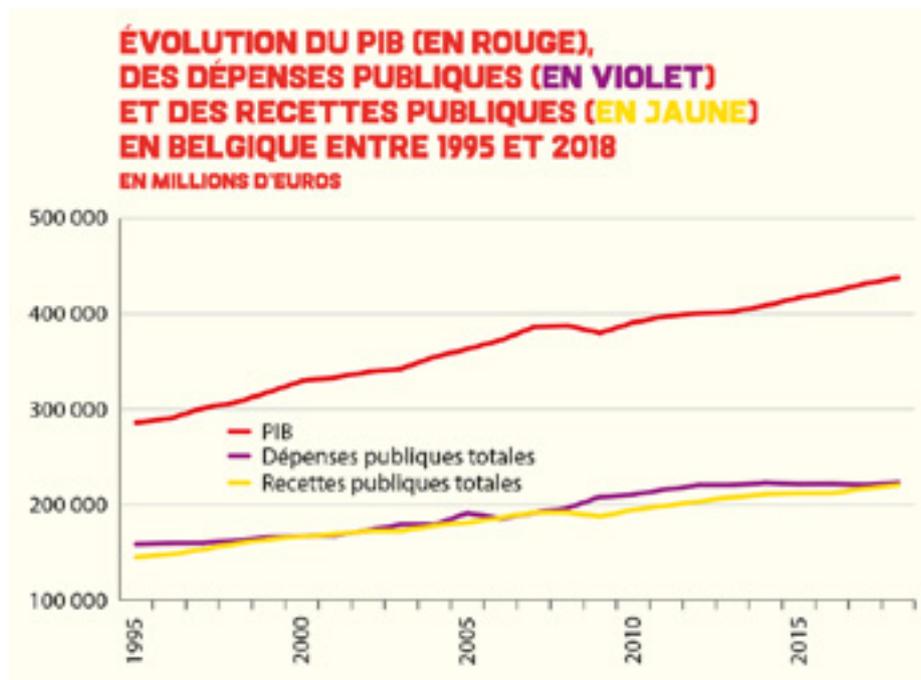
52 [Coronavirus : la rage des soignants contre Maggie De Block](#), *Le Soir*, 02 avril 2020

## II. OÙ EST PASSÉ L'ARGENT ?

À la lumière des coupes effectuées et de la détérioration sanitaire qu'elle induit, la question évidente qui se pose alors est simple : « Où est donc passé l'argent » ? A-t-il tout simplement disparu ? Le pays s'est-il appauvri au point qu'on ne puisse plus garantir des soins de santé de qualité ? Est-il correct de dire, comme le répètent de nombreux/ses mandataires politiques qu'il est impossible, que nous n'avons pas les moyens de répondre comme il le faudrait ni à l'urgence actuelle de manière adéquate<sup>1</sup>, ni à la fragilisation structurelle des services de santé ?

### **Non, le secteur public belge n'est pas plus pauvre qu'hier, au contraire...**

Si on observe tant l'évolution du PIB<sup>2</sup> que celles des dépenses et des recettes publiques en Belgique, on constate que celles-ci ont augmenté continuellement depuis 1995<sup>3</sup> (excepté en 2009 pour le PIB étant donné la crise économique qui a fait suite à la crise financière). On note aussi un accroissement des dépenses publiques et une contraction des recettes cette année là et un écart marqué entre ces deux lignes les années qui suivirent. Nous y reviendrons). À première vue, on pourrait alors se dire que la Belgique est de plus en plus riche monétairement et, en conséquence, que le secteur public pourrait dépenser de plus en plus pour répondre aux intérêts de la population.



Source : Chiffres Banque nationale de Belgique et IPC Statbel

- 1 Coronavirus: dépister tout le monde, ce n'est pas possible, assure le ministre Philippe De Backer, *ibidem*.
- 2 C'est à dire la valeur de tous les biens et services qui sont produits dans le pays.
- 3 A nouveau, les chiffres viennent de la BNB qui ne fournit pas de chiffres antérieurs à 1995.

Malheureusement, une nuance de taille s'impose. On peut en effet dire grâce à l'observation de l'évolution du PIB que **de plus en plus de richesses sont produites en Belgique, mais l'augmentation des dépenses publiques ne signifie pas pour autant plus de dépenses bénéficiant directement à la population** (quoiqu'on entende par là).

### **... mais il dépense des milliards chaque année qui ne servent en rien à sa population**

Bien sûr, à plusieurs occasions, l'État a financé des dépenses qui n'étaient pas utiles au bien-être de sa population et qui auraient pu être faites autre part. On pense par exemple à l'achat d'avions de chasse F35 pour 263 millions d'euros en juin 2019 (qui devraient coûter au total entre 3 et 4 milliards d'euros) et les investissements annoncés dans d'autres équipements militaires pour plus de 1 milliard d'euros d'ici à 2024.<sup>4</sup> Selon les points de vue, on peut également penser à la dotation royale (plus ou moins 35 millions par an), la répression des personnes sans papiers, la participation financière à Frontex, les grands projets nuisibles et imposés, les détournements d'argent public, les problèmes de gestion, les hautes technologies numériques – dont les parcs de caméras – et les logiciels propriétaires périssables et chers utilisés par toutes les administrations publiques, les subsides injustifiés à l'actionnariat privé, etc. Cependant, **globalement, lorsqu'on observe les dépenses de l'État** (ne sont pas comprises les dépenses de la sécurité sociale, nous reviendrons sur celles-ci plus bas) **nous n'avons pas observé de « transfert » structurel d'un poste de dépense à l'autre<sup>5</sup>. On ne pourrait donc *a priori* pas dire que l'argent de la santé (ou d'un autre poste) a été utilisé à d'autres dépenses effectives.**

Par contre, il existe **une variable qui** n'est en général pas visibilisée dans les dépenses publiques car elle **ne débouche sur aucun investissement et n'apporte donc aucun bénéfice à la population mais qui prend pourtant une place très importante dans le montant des dépenses : le paiement de la dette.**

**Au total, la dette publique belge<sup>6</sup> représente 467 milliards d'euros, soit 98,6 % du PIB (fin 2019)<sup>7</sup>. Cette dette augmente continuellement en valeur absolue depuis 1830 (avec des exceptions extrêmement rares et légères). Elle**

4 *La Belgique a déjà payé 263 millions d'euros pour ses futurs F-35*, VTM, 29 juin 2019

5 Sur base de l'analyse des chiffres des dépenses des administrations publiques publiées par la BNB. Certaines années, des « pics » sont observables – comme en 2005 pour les transports, année de la première grande réforme de la SNCB ou en 2009 pour la protection sociale pour les raisons décrites ci-dessous – mais il n'y a pas véritablement de « transfert » observable en continu sur plusieurs années. Il faut aller voir secteur par secteur pour voir des transferts qui seraient illégitimes.

6 Dette brute consolidée en valeur nominale. C'est une dette brute car on ne prend pas en compte les actifs (les propriétés) du secteur public dans le calcul de cette dette (sinon ce serait la dette nette, qui serait moins élevée donc) ; elle est consolidée car les titres de dette d'une administration détenus par une autre administration sont exclus (on évite ainsi de comptabiliser des doublons) ; elle est en valeur nominale (ou « faciale »), c'est-à-dire qu'elle est comptabilisée dans sa valeur de départ (stock de la dette = somme des montants de capital empruntés), indépendamment de sa valeur actuelle sur le marché (ou des intérêts qu'il reste encore à payer sur ce stock).

7 Source : Banque nationale de Belgique

**n'est en réalité jamais remboursée**<sup>8</sup>. Concernant son évolution en valeur relative au PIB, lorsqu'on observe une variation à la baisse, c'est en réalité le PIB qui augmente (comme durant les mal-nommées trente glorieuses ou les années 1993-2007) et non le stock de la dette qui diminue. Par exemple, la dette était de 459 milliards en 2018 (8 milliards de moins qu'en 2019) alors que le ratio dette/PIB était de 99,8 % (1,2 % de plus qu'en 2019). **Chaque année, c'est en moyenne plus de 40 milliards d'euros, dont plus de 10 milliards d'intérêts, qui partent dans son remboursement** (c'est ce qu'on appelle le « service de la dette »)<sup>9</sup>.

Évolution du service de la dette de 2000 à 2018<sup>10</sup> :

**Service de la dette fédérale (en milliards €)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Intérêts	20,8	20,5	18,6	17,2	16,0	14,9	14,5	14,3	13,8	13,1	12,5	12,5	12,6	11,3	11,8	10,8	10,3	9,1	8,3
Capital à échéance	21,7	22,2	15,7	17,7	21,1	20,0	19,7	20,9	26,5	17,9	25,9	24,1	25,6	27,3	22,4	28,0	25,9	28,5	25,2
Préfinancement/ Rachat anticipé	5,1	2,4	6,8	7,9	4,5	1,6	2,5	4,9	3,4	3,1	6,5	7,1	7,0	7,4	5,3	4,0	5,0	4,7	4,5
Total (service de la dette)	47,5	45,1	41,1	42,7	41,6	36,5	36,6	40,1	43,7	34,2	44,9	43,7	45,2	46,5	39,4	42,8	41,2	42,4	37,9

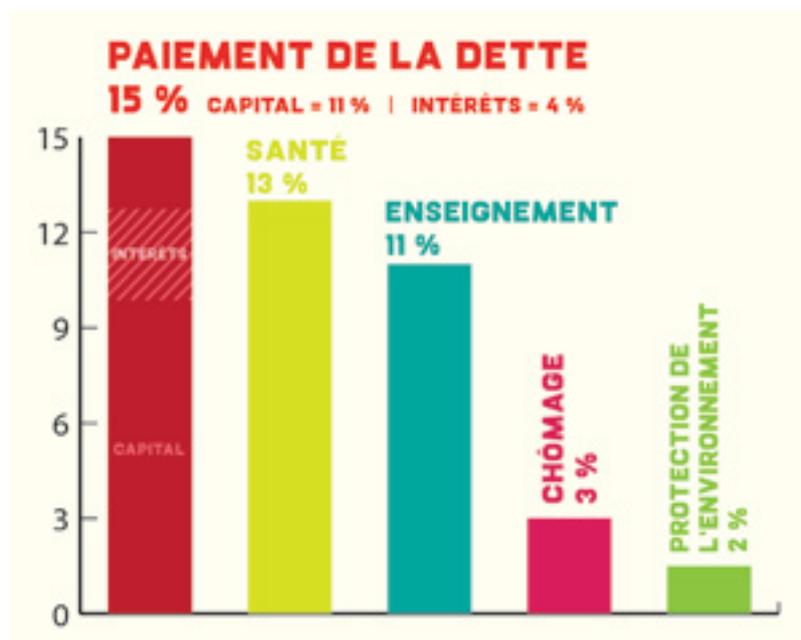
Source : Banque nationale de Belgique (pour les intérêts) et Agence de la dette

**Le remboursement de la dette participe donc à capter une partie importante des recettes publiques** et tout ce qui est dépensé pour la payer ne l'est pas pour financer des dépenses d'intérêt public. **En 2018, la dette représentait à peu près 15 % des dépenses publiques alors que la santé n'en représentait que 13 %.**

<sup>8</sup> Les emprunts arrivés à échéances sont remboursés grâce à de nouveaux emprunts. C'est ce qu'on appelle le « roulement de la dette ». Les intérêts, eux, sont remboursés avec les impôts.

<sup>9</sup> Depuis 2000, le service de la dette s'élève en moyenne à 44,4 milliards d'euros par an dont 13,9 milliards d'intérêts.

<sup>10</sup> Pour plus de chiffres sur la dette en Belgique, voir Jérémie Cravatte, *50 chiffres clés sur la dette et l'économie en Belgique*, CADTM, 2019 et, pour les chiffres plus anciens, Olivier Bonfond, *Et si on arrêtait de payer ? 10 questions/réponses sur la dette publique belge et les alternatives à l'austérité*, Aden, Bruxelles, 2012.



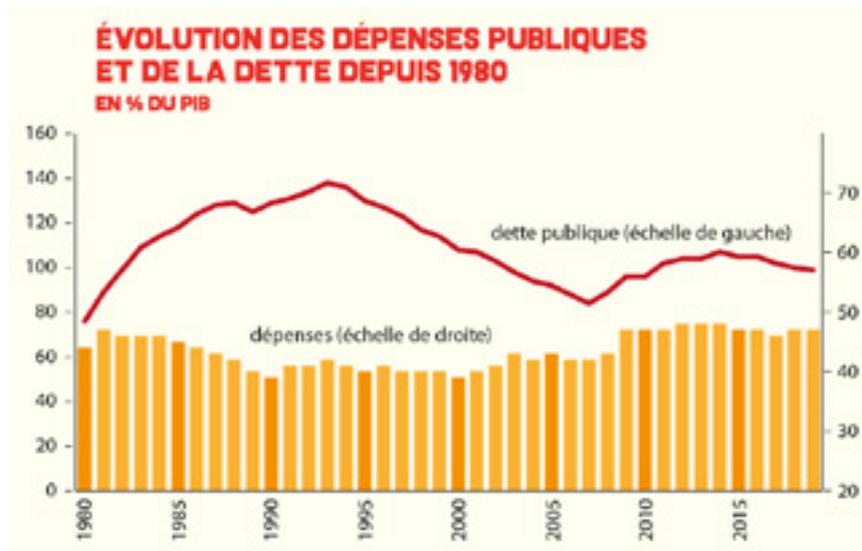
Source : Banque nationale de Belgique et Agence de la dette

### **Une dette qui n'a pas servi à la population et dont la légitimité n'est pourtant jamais débattue<sup>11</sup>**

**L'essentiel de cette dette n'a pas servi à financer des investissements et des projets censés bénéficier à la population.** En effet, **son augmentation n'est pas liée à l'évolution des dépenses publiques** et il est donc tout à fait faux de dire que le volume de la dette serait due au fait que « nous aurions vécu au dessus de nos moyens », que le coût de la sécurité sociale ou des services publics seraient insoutenables. Dans le graphique ci-dessous, on peut constater que, pendant dix ans, les dépenses publiques sont restées stables par rapport à la richesse produite dans le pays et que celles-ci n'ont pas fait augmenter la dette<sup>12</sup>. La dette explose en 2008 à cause des sauvetages bancaires et les dépenses se mettent à augmenter à cause des impacts de la crise économique, puis de l'austérité qui l'a aggravé.

<sup>11</sup> Sue ce point voir également le communiqué de la plateforme ACiDe *COVID-19 et dette publique : Comment éviter que le scénario de 2008 ne se reproduise ?*, 25 avril 2020 et le *Mémoire d'ACiDe en vue des élections fédérales et régionales de mai 2019*

<sup>12</sup> C'est pour illustrer ce fait que dans le graphique, les dépenses publiques sont indiquées hors dépenses de dette.



Source : Banque nationale de Belgique

**Au contraire, cette dette doit son ampleur et son expansion à plusieurs facteurs qui servent les intérêts d'une minorité de personnes au détriment du bien commun.**

## Les causes de l'endettement public

- **L'évasion fiscale et les cadeaux fiscaux**

L'État belge organise volontairement une partie des pertes fiscales : entre 1980 et 2020, le taux de l'impôt sur les sociétés est passé de 48 % à 25 %. L'abaissement de l'imposition des PME dans une optique de justice fiscale ne serait pas un problème mais ce n'est pas le cas ici et ces cadeaux fiscaux se couplent à une évasion fiscale largement tolérée par les gouvernements<sup>13</sup>. En effet, via divers mécanismes, les plus grandes entreprises payent en réalité proportionnellement bien moins d'impôts que les plus petites. Entre 2006 et 2017, **les vingt plus grandes entreprises présentes en Belgique n'ont payé en moyenne que 10,3 % d'impôts sur leurs bénéfices**. Sachant que ces entreprises représentent à elles seules 13 % du total de la valeur ajoutée des sociétés en Belgique, cela représentent donc des milliards d'euros de perdus pour les caisses de l'État belge. **On estime que 83 à 221 milliards d'euros ont été mis à l'abri de l'impôt dans les paradis fiscaux rien qu'en 2016 par des entreprises basées en Belgique**<sup>14</sup> et à 30,4 milliards d'euros le montant des impôts impayés chaque année<sup>15</sup>. Pour autant, la Belgique se comporte elle-même

13 La sémantique du pouvoir fait ainsi la distinction entre l'évasion fiscale et « l'optimisation fiscale » qui serait de l'évasion fiscale légale. Ainsi, 50 à 70 milliards d'euros d'évasion fiscale par an depuis l'Europe sont considérés par la Commission Européenne comme faisant partie de « l'optimisation fiscale » qui leur donne de ce fait une légitimité infondée.

14 Chambre des Représentants de Belgique, Compte rendu intégral avec compte rendu analytique traduit des interventions, Commission des finances et du budget, mercredi 20-09-2017 Après-midi, Page 13 à 18.

15 Le compteur de l'évasion fiscale vous dit à la seconde ce que l'on vous vole, POUR écrire la liberté, 5 février 2019.

comme un paradis fiscal<sup>16</sup> et a été désignée comme telle par le Parlement européen en février 2019.<sup>17</sup>

Cette situation de concurrence entre les différents pays de l'Union européenne qui tentent d'attirer les grosses entreprises à coup de cadeaux fiscaux et autres exonérations d'impôts constitue un nivellement par le bas sans fin. Ce système est présenté comme visant à accroître la compétitivité (et « attirer » les grandes entreprises) pour gagner en croissance et diminuer la dette. En réalité, c'est évidemment l'effet inverse qui a lieu: les recettes de l'État diminuent et le déficit se creuse.

Comme le rappelle le Réseau Justice Fiscale, rien que le montant de l'évasion fiscale d'AB-INBEV (dont le bénéfice, en Belgique, en 2015, était de 925 millions d'euros) permettrait le recrutement de plus de 6.000 infirmières.<sup>18</sup>

- **Un mode de financement public qui draine les fonds publics pour payer des intérêts aux banques**

La ratification du Traité de Maastricht et du Traité de Lisbonne ont entériné le principe dit de « l'indépendance » des banques centrales, par lequel la Banque centrale européenne (BCE) et les banques centrales nationales ont interdiction formelle de soutenir financièrement les institutions publiques nationales ou européennes. Cette « interdiction de financement monétaire », est gravée dans le marbre du désormais fameux article 123 du Traité sur le fonctionnement de l'UE (TFUE).

Auparavant<sup>19</sup>, les États pouvaient choisir de se financer directement auprès de leurs banques centrales à bas taux en « faisant tourner la planche à billets », c'est à dire en finançant le Trésor public en créant de la monnaie nouvelle, ou de recourir aux marchés financiers en émettant des titres de la dette. **Aujourd'hui, les marchés financiers ont donc obtenu le monopole du financement des secteurs publics.** Il n'y a pas si longtemps, c'est le secteur public qui imposait aux plus riches la manière dont ils allaient lui prêter, aujourd'hui c'est le contraire. Les États sont dès lors tributaires des « inquiétudes » de ces marchés et des évaluations que les agences de notations décident arbitrairement<sup>20</sup> d'attribuer à leurs dettes puisque les taux d'intérêts auxquels les États peuvent se financer dépendent de la « confiance » des marchés. **Tout est donc fait pour « rassurer » ces marchés financiers, entre autres via les mesures austéritaires susceptibles de le faire.**

**Ainsi, les taux d'intérêts exigés par les marchés financiers contribuent à augmenter mécaniquement la dette publique au profit des banques privées et des détenteurs de capitaux qui investissent sur la dette belge.**

16 Pensons notamment aux intérêts notionnels et au tax-shift.

17 Romain Gelin, *Fiscalité : quelle contribution des grandes sociétés ?*, Gresea, 10 décembre 2019.

18 *L'évasion fiscale chez AB-INBEV empêche le recrutement de plus de 6.000 infirmières*, RJF-FAN, 30 mai 2017.

19 Le traité de Maastricht puis le Traité de Lisbonne ont gravé cette règle dans le marbre au niveau européen mais les États européens s'étaient déjà interdit par leur propre droit national ce type de financement plusieurs années auparavant.

20 CADTM Belgique, O. El Adlouni, *Les agences de notation, késako ? Sont-elles fiables et légitimes pour évaluer les entités publiques (ou privées) ?*, CADTM, 30 juin 2016.

Certes, depuis 2015, la politique de « quantitative easing » (assouplissement quantitatif)<sup>21</sup> de la Banque centrale européenne a fait baisser fortement les taux d'intérêts et cela a permis de diminuer légèrement le service de la dette<sup>22</sup>. Ce faisant, elle a enrichi massivement les banques et les autres grands acteurs financiers<sup>23</sup> en les débarrassant de sommes colossales de dettes pourries (des montants allant de 15 à 80 milliards d'euros par mois et déjà plus de 2 000 milliards en tout aujourd'hui) !

Cela s'est fait au prix de la création d'une bulle de crédits gigantesque qui éclate aujourd'hui<sup>24</sup> et justifie une nouvelle intervention de **la BCE qui s'apprête aujourd'hui à renouveler ses opérations de financement pour plus de 1 000 milliards d'euros.**<sup>25</sup> Qui plus est, ces taux ne resteront pas aussi bas éternellement. Si l'inflation venait à apparaître (ce qui arrive nécessairement lors de la relance de l'économie), **les taux d'intérêts remonteront et la dette des États (dont le stock n'a cessé d'augmenter) deviendra probablement insoutenable.** La hausse des taux d'intérêts des années 1970-1980 (qui culminent à 14,25 % en 1982) et « l'effet boule de neige » qui s'en suivit<sup>26</sup> a fait exploser la dette de la Belgique<sup>27</sup> qui est passée de 40 % du PIB en 1974, à 78 % du PIB en 1982, pour atteindre 134 % du PIB en 1993. C'est une des raisons pour laquelle la poursuite (et l'augmentation) de l'endettement auquel recourt l'État sous prétexte de bas taux d'intérêts n'est pas anodine.

- **Les sauvetages bancaires qui ont fait suite à la crise financière de 2008 (et qui risquent de se répéter aujourd'hui)**

**À chaque nouvelle crise financière, l'État s'endette massivement pour sauver les banques.** Suite à la crise de 2008, la Belgique a dépensé **plus de 36 milliards d'euros pour assurer ce sauvetage.**<sup>28</sup> Elle a notamment dépensé 4 milliards d'euros pour racheter la filiale belge du groupe Dexia (c'est à dire la part issue de l'ancien Crédit communal) qui est alors devenue Belfius. L'État est donc propriétaire à 100 % de cette banque<sup>29</sup>. Pourtant, dès qu'elle est

21 Programmes de refinancement des banques centrales (ou Quantitative Easing - assouplissement quantitatif) : Programme des banques centrales (BCE, FED américaine, Banque d'Angleterre, Banque du Japon etc.) qui consistent à créer de la monnaie pour racheter aux banques des titres de dettes privées ou publiques qu'elles détiennent dans leurs bilans et dont elles veulent se débarrasser. Il est intéressant de noter que l'Eurosystème se refuse d'acheter directement de la dette publique, mais qu'elle le fait – et en quantité astronomique – auprès des banques privées (plus de 2 000 milliards d'euros depuis 2015, sans compter les nouveaux 750 milliards annoncés dont 70 ont déjà été utilisés).

22 Légèrement puisqu'on rembourse toujours le capital et qu'on paie toujours les intérêts de la dette passée.

23 Dont font partie les très grandes entreprises telles que Apple ou Amazon.

24 En effet, aussi grave soit-elle la pandémie de coronavirus n'est qu'une étincelle dans une pièce qui était déjà remplie de gaz depuis longtemps. Tous les ingrédients pour une nouvelle crise financière d'ampleur étaient réunis depuis plus d'un an. Il ne faut donc pas être dupe quant aux discours qui cherchent à remettre l'entière responsabilité de la faute de la crise sur la situation sanitaire. Voir E. Toussaint, *Non, le coronavirus n'est pas le responsable de la chute des cours boursiers*, CADTM, 4 mars 2020

25 *Des gagnants... et forcément des perdants*, *L'Echo*, 19 avril 2020

26 Lorsque les taux d'intérêts augmentent plus vite que les capacités de financement de l'État, ce qui le contraint à emprunter de nouveau pour payer les intérêts de sa dette, ce qui a pour effet d'augmenter encore les charges d'intérêts et ainsi de suite.

27 Comme de nombreux autres pays dont, en particulier les pays du Sud de l'Europe et du monde.

28 Voir J. Cravatte, *Sauvetages bancaires en Belgique : perte actuelle de 9 milliards d'euros*, CADTM, 22 décembre 2017

29 Il est par ailleurs toujours également propriétaire conjointement avec l'État français de la

redevue rentable, le gouvernement a voulu la privatiser au prétexte de récupérer quelques milliards pour rembourser la dette publique alors que la banque lui verse plusieurs millions d'euros de dividendes chaque année et qu'elle pourrait surtout lui servir à financer des dépenses d'intérêt public à bas coût, sans recourir aux marchés financiers<sup>30</sup>.

On assiste donc à une **socialisation des pertes** (transfert des dettes des banques à l'actionariat privé vers le secteur public) suivie d'une **privatisation des profits** dont la logique est répétée à chaque crise financière :

1. La spéculation des institutions financières et des grandes entreprises forme une bulle de dettes qui finit par leur éclater à la figure.
2. Les ménages et les PME sont les premières victimes alors que les États endettent la collectivité pour sauver les responsables, sans faire le tri de ce qui doit être sauvé et ne doit pas l'être, et sans en profiter pour y mettre bon ordre.
3. Une fois que les banques ont été sauvées, curées et recommencent à générer du profit, les parts publiques sont remises dans les mains des actionnaires privés et le reste de la population est prié de se serrer la ceinture pour espérer relancer la croissance (par ailleurs délétère pour l'environnement) au prétexte de sauver l'emploi, toujours plus précaire.

Qui plus est, puisque l'État est contraint de s'endetter auprès des marchés financiers, il va donc rembourser – avec intérêts<sup>31</sup> – une dette aux institutions par la faute desquelles il s'est endetté...

**Dans le cadre de cette nouvelle crise, l'État belge a déjà prévu d'octroyer jusqu'à 50 milliards d'euros de garanties sur les crédits des institutions financières.** S'il ne s'agit pas « encore » d'un sauvetage à proprement parler, ces garanties s'activeront une fois que le choc financier se matérialisera, ce qui est inévitable. À nouveau, l'État a fait le choix de qui il voulait « sauver » en garantissant les crédits des banques plutôt qu'en annulant (ou même seulement en suspendant) les dettes que les personnes et des entreprises frappées par la crise économique doivent rembourser à ces banques. De plus, les réglementations bancaires – déjà très légères – ont encore été assouplies.

- **Les conséquences économiques de la crise financière**

Enfin, le coût des conséquences de la crise de 2008 est gigantesque et a pesé lourdement sur les finances de l'État. **Les recettes fiscales ont reculé de 8,14 % de 2008 à 2009 et, en 2010, elles accusaient toujours un recul de 2,9 % par rapport à 2008<sup>32</sup>.** Qui plus est, il faut bien sûr également tenir compte

---

Holding Dexia qui subsiste en tant que « bad bank » c'est à dire comme un porte-feuille de titres « à risque » à liquider. La Belgique assure encore plus de 30 milliards d'euros sur les emprunts de cette banque. Lire R. Vivien, *Le procès de la garantie Dexia*, CADTM, 10 octobre 2016.

30 Voir le manifeste de la plateforme *Belfius est à nous*

31 Dans le cas de la Belgique, il s'agit, au minimum, de 3,5 milliards d'euros sur dix ans. J.

Cravatte, Sauvetages bancaires en Belgique : perte actuelle de 9 milliards d'euros, *ibidem*.

32 Cahiers 167 et 168 de la Cour des comptes. Prendre les « *Volume I - Commentaires* »

des dégâts sociaux dont le coût est inestimable. Les nombreuses **faillites et pertes d'emploi ont conduit des milliers de personnes à la précarité et cela a bien sûr également eu une incidence sur les dépenses sociales** (+2,1 % en part des dépenses publiques en 2009, avant de baisser de nouveau sous pression de l'austérité)<sup>33</sup>.

**Mais la dette illégitime n'est pas un problème seulement parce que son remboursement capte une part importante des ressources publiques mais aussi et surtout parce que celui-ci sert à justifier qu'on applique l'austérité et des réformes néolibérales.** Selon la logique politique à l'œuvre, cette austérité est censée alléger le déficit et le poids de la dette en « faisant des économies » dans les dépenses publiques sans augmenter les recettes (c'est à dire, selon les gouvernements en place, sans « augmenter les impôts »). Or, comme beaucoup d'autres organisations, nous avons déjà démontré très clairement que **l'austérité affaiblit structurellement les finances de l'État** à cause des pertes fiscales qu'elle induit et des privatisations qui privent les finances publiques de dividendes importants. **Elle rend ainsi le remboursement de la dette de plus en plus difficile.**<sup>34</sup>

Alors si la dette n'est pas de notre fait et si les solutions mises en place pour la réduire n'en sont pas, pourquoi s'entêter à la rembourser aveuglément ? Parce que la dette est - depuis très longtemps mais plus que jamais depuis l'avènement du capitalisme financiarisé - un puissant outil d'accaparement des richesses de la population vers les détenteurs de capitaux. Partout, **la dette publique est devenue le prétexte n°1 pour imposer la réduction des dépenses publiques** (via les privatisations et les partenariats publics-privés), **ainsi que la dérégulation des marchés et la « flexibilisation » des normes du travail** qui ne bénéficient *in fine* qu'aux propriétaires des grandes entreprises, au mépris de toute notion d'intérêt général. **L'austérité permet en effet que les biens publics soient, soit purement et simplement détruits pour laisser la place aux grandes entreprises privées<sup>35</sup>, soit privatisés**, pour permettre aux détenteurs de capitaux, en plus de retirer les bénéfices réels que pourraient générer ces biens, d'influer sur leur valeur spéculative et ainsi augmenter les profits qu'ils en retireront en les revendant. Au bout du compte, **la privatisation des services publics et leur marchandisation conduisent à une réduction importante de l'accès à ces services et contraignent les ménages à recourir eux-mêmes davantage à l'endettement** pour subvenir à leurs besoins fondamentaux ou pour rembourser les dettes qu'ils avaient déjà (tels leurs emprunts hypothécaires). Ces nouvelles dettes (et leurs produits dérivés) gonflent encore le transfert de richesses vers les créanciers et sont, elles aussi, sujettes à leurs jeux spéculatifs<sup>36</sup>.

33 Calculé selon les données de la BNB.

34 Lire CADTM, Collectif, G. Grégoire, *Comment l'austérité renforce structurellement les déficits budgétaires*, CADTM, 27 avril 2020

35 Souvent progressivement, en réduisant de plus en plus leur financement, et donc leur efficacité, pour au final justifier leur remplacement par des services privés au prétexte que ces derniers seraient plus performants.

36 Voir la présentation « À qui profite la dette » du collectif ACiDe Liège, le livre d'Éric Toussein, *Le Système dette. Histoire des dettes souveraines et de leur répudiation*, Les Liens qui libèrent, 2017 et G. Grégoire, *Destituer la dette pour construire la démocratie*, 16 décembre 2019, CADTM

## La destruction de la sécurité sociale et des services de santé en trois étapes<sup>37 38</sup>

Cette **logique austéritaire affecte par essence le financement des services publics** par l'État (l'enseignement, les transports, les services de sécurité, le logement public et l'aide au logement, la protection de l'environnement, la culture, etc.). Mais ce n'est pas tout, **elle détruit également, de manière plus insidieuse mais tout aussi violente, ce qui n'aurait pas du être à sa portée : la sécurité sociale et par là, l'accès aux soins de santé**<sup>39</sup>.

### Étape 1 : L'État se rend indispensable dans le financement de la sécurité sociale et des soins de santé<sup>40</sup>

On donne souvent comme date de naissance à la sécurité sociale en Belgique l'année 1944 qui correspond à l'année de signature du Pacte social entre les syndicats, les organisations patronales et l'État et à la « généralisation » de la sécurité sociale. En réalité l'histoire de la sécurité sociale commence un siècle plus tôt avec la création de caisses de secours mutuels par des corporations d'artisan·e·s et, plus tard, par des ouvriers/ères de la grande industrie. À la base il s'agit de caisses de solidarité gérées par et pour les travailleurs/euses elleux-mêmes pour protéger leurs membres contre les absences de salaires. Il s'agissait de caisses mutuelles, syndicales, de grèves ou encore de chômage<sup>41</sup>. Mais progressivement, à la suite des grandes crises provoquées par la classe politique et la classe financière avec la Première Guerre mondiale et le krash de 1929 (et plus tard, les chocs pétroliers), l'État va de plus en plus intervenir dans ces caisses de solidarité pour les compléter. En 1944, face à la crise humanitaire et sociale gigantesque, et prenant peur de la montée du communisme parmi une classe laborieuse encore armée suite aux années de résistance à l'occupation nazie, l'État et le patronat décident de reconnaître la plus-value de la production du travail en instaurant une cotisation dite « patronale » calculée au pro-rata de la masse salariale devant participer au financement des caisses de sécurité sociale ainsi qu'une aide au financement des allocations familiales. L'ONSS (Office national de sécurité sociale) est créé et est géré paritairement par le patronat et les syndicats avec un arbitrage de l'État. Un argument supplémentaire de l'entrée de l'État dans la gestion de la sécurité sociale est la centralisation du système (un « office national » au lieu de multiples caisses organisées de manière corporatives).

37 Pour en apprendre davantage sur la « dette sociale » et les liens entre la dette et la destruction de la sécurité sociale, lire Les Autres Voix de la Planète N°69, *Dette sociale – Qui doit à qui ?*, CADTM, 4ème trimestre 2016.

38 Cette partie se base sur les analyses menées par Jérémie Cravatte (CADTM) et le collectif ACiDe Liège sur la dette sociale.

39 Et le chômage, les allocations familiales et les pensions évidemment.

40 Ce paragraphe se base en partie sur l'analyse de T. Müller, *La fin de la sécurité sociale ?*, CADTM, 16 février 2017 également dans Les Autres Voix de la Planète N°69, *ibidem*.

41 A noter qu'il existait également des caisses gérées par le patronat, sur base des revenus du travail, qui servaient à financer principalement les allocations familiales et parfois d'autres types allocations.

## **Étape 2 : D'abord le patronat, puis l'État renient leurs engagements et organisent le « déficit » de financement de la sécurité sociale**

**Dans les années 1980-90, arguant de la crise – encore une –, et de la nécessité de rendre plus « compétitifs » les salaires en Belgique, les cotisations patronales vont être fortement réduites<sup>42</sup>. Cette dynamique de réduction structurelle et agressive des cotisations patronales va perdurer jusqu'à aujourd'hui comme l'illustrent les mesures prises lors des réformes « Tax shift » qui ont introduit de nouvelles réductions de cotisations pour les employeurs avec, entre autres, la réduction du taux de base de 32,40 % à 25 % sur la plupart des salaires<sup>43</sup>.**

**Cette baisse des cotisations sociales patronales va logiquement provoquer un « trou » dans le financement de la sécurité sociale. Un trou qui va s'aggraver suite à l'explosion de demandes d'allocations de chômage faisant suite aux phénomènes propres à la financiarisation du capitalisme : les délocalisations des industries, l'automatisation du travail<sup>44</sup>, les plans de licenciements massifs des très grandes entreprises et l'écrasement des PME par la monopolisation du commerce et de la production par les multinationales. Dès lors, le financement de l'État (par les impôts qu'il lève) va être de plus en plus indispensable pour permettre l'équilibre des caisses de sécurité sociale<sup>45</sup>. Bien entendu, son contrôle économique et politique sur ces caisses va également aller croissant.**

**Les normes austéritaires mises en place au niveau européen (avec l'assentiment unanime des États-membres - faut-il le rappeler ?) vont ensuite pousser les États à se désinvestir de la sécurité sociale.** Alors que les subsides publics remplissaient entre 20 et 25 % du financement de la sécurité sociale entre 1950 et 1973 pour ensuite grimper jusqu'à 33 % en 1980, ils vont se stabiliser à un peu plus de 10 % dans les années 2000. L'année 2015 vient perturber les observations puisque cette année là, les allocations familiales sont régionalisées<sup>46</sup>. Toutefois, on observe que la baisse des subventions publiques se poursuit fortement dans les années qui suivent. Elles passent en effet de 10,5 %

42 Le financement de la sécurité sociale, SPF Sécurité sociale.

43 *Tax shift : Diminution du taux de base des cotisations patronales*, UCM et *Tax shift : Réforme de la réduction structurelle*, UCM.

44 Une « automatisation » qui souligne à quel point il est faux de dire que les cotisations patronales seraient une sorte de contribution des détenteurs du capital au bien-être social puisque lorsqu'un-e travailleur/euse est remplacé-e par une machine (c'est à dire par du capital), les cotisations sociales de l'employeur baissent. C'est donc bien le travail en tant que tel et non le capital qui finance la cotisation sociale abusivement appelée « patronale ». Une contribution du capital serait, de fait, une cotisation basée sur les dividendes et non sur la masse salariale.

45 J. Kesenne, *Le financement des dépenses de soins de santé en Belgique*, Itinera Institute, février 2013.

46 Cela provoque une baisse brutale des subventions publiques et du financement alternatif. Malgré la hausse proportionnelle de la part des cotisations sociales que provoque la baisse des subventions et du financement alternatif, en réalité, en chiffres absolus, les cotisations sociales ne varient presque pas. Par ailleurs, si la baisse des subsides publics va se poursuivre les années suivantes (en chiffres absolus également), celle du financement alternatif va quant à elle proportionnellement fortement réaugmenter (en chiffre absolu, ils reviennent simplement à leur niveau pré-régionalisation et se stabilisent à ce niveau là, c'est à dire +12 milliards d'euros).

du financement total de la sécu en 2015 à à peine 6,6 % en 2018. Alors que la baisse des cotisations patronales<sup>47</sup> s'accélère en même temps que celle des subsides publics, l'État va alors mettre en place le « financement alternatif » qui se compose essentiellement de recettes issues de la TVA<sup>48</sup>. La charge du financement de la sécurité sociale repose dès lors de plus en plus sur les cotisations des travailleurs/euses mais aussi sur leur consommation. Or, - outre la profonde injustice de ce transfert budgétaire - les crises économiques mais surtout l'austérité ont de fortes conséquences sur les niveaux de consommation et donc sur les recettes de la TVA (aussi injuste soit-elle en elle-même).<sup>49</sup>

Sources de financement de la sécurité sociale pour les employé-e-s<sup>50</sup> :

	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Cotisations sociales	70	68	71	74	68	61	62	70	75	72,5	69,3	68,2	63,4	63,8	61,9	72,5	71,1	70,5	71,0
Subventions publiques	24	24	21	20	28	33	30	20	16	12	11,5	10,2	13,5	15,1	17,1	10,5	10,6	8,4	6,6
Financement alternatif	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8,5	14,0	16,5	17,6	17,1	17,3	9,2	10,4	18,2	19,7
Autres	6	6	8	6	4	6	8	10	3	7	5,2	5,2	5,6	4,0	3,7	7,9	7,9	2,9	2,7

Sources : Chiffres jusqu'à 2008 : Itinera Institute, *ibidem*.  
Après 2008, calculs d'après les chiffres de l'ONSS<sup>51</sup>

Ce substitut qu'est censé être le financement alternatif à la baisse des cotisations patronales n'en est donc nullement un et ne rattrape aucunement le « trou de la sécu ». **L'État continue alors de remplir son rôle de « bouche-trou » des caisses de sécurité sociale** (en 2019 : 63 milliards de cotisations perçues contre 102 milliards de dépenses effectuées, soit 62 % du budget de la sécu, que l'État va combler dans l'essentiel<sup>52</sup>) **tout en exigeant des coupes**

47 Il est d'ailleurs intéressant de noter, dans le langage du pouvoir, le glissement sémantique de plus en plus prononcé de « cotisation sociale » des entreprises à « charges sociales », ce qui efface l'idée d'une contribution logique à un système pour lui substituer une idée de surpoids dont il faudrait se débarrasser.

48 *Ibidem*

49 Vu le décrochage des revenus de la majeure partie de la population par rapport à l'inflation, les niveaux de consommation n'ont presque pas augmenté depuis la crise. Par exemple, en Belgique, ils ont augmenté d'à peine 0,8 % entre 2017 et 2018. En 2018, la dernière indexation des salaires (de 2 %) a été faite le 1er septembre 2018, alors que l'inflation pour l'année 2018 était de 2,3 %. Voir G. Grégoire, CADTM, Collectif, *Comment l'austérité renforce structurellement les déficits budgétaires*, *ibidem*.

50 Il s'agit des recettes de la gestion globale de l'ONSS. La gestion globale s'occupe des caisses pour les pensions (SFP), l'assurance maladie-invalidité (INAMI), l'assurance chômage (ONEM), les maladies professionnelles (Fedris-MP), les accidents du travail (Fedris-AT) et les caisses pour travailleurs/euses marins et, avant 2015, les allocations familiales (voir n.b.p. 46, p. 33). Les cotisations pour les vacances annuelles (ONVA) ne sont, dans l'essentiel, pas comprises dans la gestion globale.

51 ONSS, *rapports annuels de 2012 à 2018*.

52 Il reste toutefois un petit déficit de l'ordre d'un milliard d'euros que l'État ne comble pas et pour lequel l'ONSS s'endette.

**importantes dans les dépenses et des conditionnalités d'accès aux droits sociaux.** L'exemple le plus flagrant de ces dernières années étant l'exclusion des allocations de chômage de dizaines de milliers de personnes à partir de 2015 suite aux mesures du gouvernement fédéral Di Rupo. **Ainsi, l'austérité étatique démolit-elle aussi la sécurité sociale.**

Bien entendu, **cette destruction de la sécurité sociale** se répercute directement sur les allocations de chômage et les pensions mais elle **a aussi un impact majeur sur le financement des soins de santé.** Globalement, l'assurance maladie (INAMI) est financée à 90 % par les caisses de sécurité sociale<sup>53</sup>. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce texte en étudiant les « besoins de financement spécifiques de plus en plus prononcés », l'INAMI est la première source de financement des hôpitaux, suivi par le financement de l'État fédéral (BMF) qui prend quant à lui de moins en moins de place dans ce financement. **Ainsi, les hôpitaux subissent une double austérité vu les pertes induites d'une part par les mesures du gouvernement fédéral et la baisse de la part des cotisations patronales dans le financement assuré par l'INAMI et, d'autre part dans les subsides directs de l'État.** A vrai dire, comme on l'a vu, il leur est même infligé une triple austérité au vu de la pression qu'ils subissent sur les revenus des médicaments de l'officine hospitalière (voir *supra*).

### **Étape 3 : Le privé prend place partout où cela est rentable**

**Partout où cela est rentable, les grandes entreprises privées viennent remplacer le public.** À l'évidence, il n'est pas question ici de malheureux hasard mais de l'application opportuniste des principes du capitalisme (acquérir de nouveaux marchés) et de l'usage de la machine étatique (entre autres par les incitations juridiques) et des institutions internationales pour permettre celle-ci<sup>54</sup>.

Premièrement, en réponse au déficit de financement des caisses de sécurité sociale, **l'État encourage aujourd'hui comme « alternative complémentaire » à ce système de solidarité, les systèmes de capitalisation** (une opportunité à 93 milliards d'euros pour le privé!). En Belgique et ailleurs en Europe, la progression de ces systèmes est particulièrement visible dans le domaine des pensions<sup>55</sup>. Concrètement, les systèmes de capitalisation **drainent**

53 50 % par les cotisations sociales, 11 % par les subsides publics, 29 % par le financement alternatif. Ces chiffres montrent une forte « fiscalisation » (autrement dit une forte dépendance à l'État) du financement de l'INAMI. Les 10 % restants sont issus de diverses sources de taxes et prélèvements. Voir J. Kesenne, *Le financement des dépenses de soins de santé en Belgique*, *ibidem*.

54 Le principe des « trois piliers » du financement des pensions (voir note de bas de page suivante) a été élaboré par la Banque Mondiale en 1994 pour les pays du Sud et a été repris et popularisé auprès des gouvernements par l'Union européenne et l'OCDE tout au long des années 1990 et 2000 comme une prétendue réponse au vieillissement de la population.

55 En Belgique, les deuxième (capitalisation dans le cadre du contrat de travail via un fonds de pension ou une assurance groupe) et troisième (capitalisation individuelle) piliers prennent de plus en plus la place du premier pilier (la pension légale par répartition des cotisations sur des principes solidaires et assurantiel) avec les encouragements du monde politique et les incitations réglementaires. Malgré le fait que ces fonds de pension privés fassent partie des pires fonds d'investissement au monde en termes de pratiques spéculatives et de secteurs d'investissement (armes, exploitation minière et

**les revenus de la population vers les marchés financiers** (ils les « capitalisent ») **où ils sont mutualisés et investis dans des produits financiers. Ils nourrissent ainsi la spéculation boursière** via les compagnies d'assurance, les fonds de pension, les SICAV et autres fonds de placement. Évidemment, qui dit spéculation dit risque d'effondrement en cas de crise et l'actualité le démontre cruellement. Alors que les marchés financiers ont reculé de 15 à 20 %, **ce sont de nombreuses personnes qui devaient partir à la pension cette année qui vont se retrouver avec un capital nettement inférieur à celui qui leur avait été promis jusqu'en début d'année 2020**<sup>56</sup>. Pour ce qui est des services de santé plus particulièrement, **le système de capitalisation est également une réalité qui gagne du terrain**. Les assurances complémentaires, payées par les entreprises sous forme d'assurance hospitalisation par exemple, ou celles que sollicitent ou imposent les mutuelles sous forme de cotisations complémentaires obligatoires participent exactement de la même logique<sup>57</sup>. La hausse des assurances individuelles et familiales pour les soins de santé témoignent aussi de la progression du système par capitalisation. **En 2017, le montant des assurances complémentaires des deuxième et troisième piliers pour les soins de santé était évalué à 5 % des dépenses totales des soins de santé**<sup>58</sup>, contre 4 % en 2013<sup>59</sup>. Alors que les cotisations sociales pour les soins de santé ont la particularité de se baser – en principe – uniquement sur les besoins en soins et non sur la contribution de la personne à la caisse commune<sup>60</sup>, **ces systèmes de capitalisation lient l'accès aux soins de santé aux moyens de la personne, renforçant ainsi encore davantage les inégalités et les injustices sociales et l'aggravation des risques sanitaires pour les personnes précarisées**<sup>61</sup>. Ajoutons que la part que les patient·e·s doivent elleux-mêmes assumer est également en hausse et se chiffre aujourd'hui à 18 % des dépenses totales pour les soins de santé<sup>62</sup>.

---

pétrole, etc.), et malgré que cela signifie que la personne qui cotise en vient à avoir les mêmes intérêts que les détenteurs de capitaux qui profitent de sa cotisation, le mouvement ouvrier s'est laissé entraîner dans cette impasse qui le bloque à de nombreux niveaux aujourd'hui.

56 [Impact boursier désastreux pour certaines pensions complémentaires](#), *L'Echo*, 22 avril 2020.

57 T. Müller, *La fin de la sécurité sociale ?*, *ibidem*.

58 *State of Health in the EU · Belgique · Profils de santé par pays 2019*, OCDE, OMS, 2019.

59 J. Kesenne, *Le financement des dépenses de soins de santé en Belgique*, *ibidem*.

60 Il s'agit donc pleinement d'un système de solidarité sans aspect assurantiel, contrairement aux autres caisses de sécurité sociales qui combinent les deux aspects.

61 *State of Health in the EU · Belgique · Profils de santé par pays 2019*, OCDE, OMS, *ibidem*.

62 *Ibidem*

Deuxièmement, le désinvestissement (ou, à tout le moins, le manque structurel d'investissement) de l'État – dont la première source de financement reste nos impôts, comme il est toujours bon de le rappeler – dans la fourniture de services publics sous prétexte d'austérité constitue une opportunité pour les grandes entreprises de créer de nouveaux débouchés d'investissement pour leurs capitaux. Ainsi se crée une nouvelle économie marchande du *care*. Le secteur des soins de santé en est un excellent exemple et tout particulièrement dans les milieux des maisons de repos et de l'aide à domicile où l'on parle même de « silver economy » ou de « business du vieillissement ». La progression de cette privatisation des maisons de repos par des multinationales cotées en bourse ainsi que ses conséquences délétères pour les personnes âgées ont été analysées et dénoncées par l'Observatoire belge des inégalités. De plus en plus émerge **une « médecine à deux vitesses », une à laquelle n'ont accès que les patient·e·s les plus riches et l'autre pour le reste de la population et ce, au détriment du droit à la santé pour tou·te·s**<sup>63</sup>. La véritable tragédie qui se joue durant cette pandémie dans les hôpitaux et tout particulièrement dans les maisons de repos tel que décrit dans la première partie de ce texte et au quotidien dans les journaux est une conséquence directe et indéniable de la progression de cette logique marchande. Alors qu'en Belgique le secteur non-marchand des soins de santé reste globalement prévalent, **la pression à la privatisation est forte partout en Europe**<sup>64</sup>. En France ou en Italie où l'épidémie frappe très durement dans certaines régions, l'installation de cette médecine à deux vitesses est devenue flagrante, tout comme la distinction entre hôpital public et hôpital privé au niveau de leurs moyens et du privilège pour y accéder. **En Belgique, la privatisation des services hospitaliers est surtout visible par l'augmentation de la sous-traitance des tâches**. Celle-ci est déjà bien installée pour ce qui est des cuisines, des laboratoires, de l'entretien des équipements, du nettoyage, etc. Si elle permet aux hôpitaux de se décharger financièrement, elle implique en contrepartie une précarisation des conditions de travail et des rémunérations des professionnel·le·s fournissant ces services ainsi qu'un accroissement des risques au niveau sanitaire et sécuritaire et une perte de cohésion dans la fourniture globale des services hospitaliers. De plus, sous la pression toujours plus forte de l'État sur les hôpitaux pour les contraindre à la rentabilité, cette sous-traitance tend à s'étendre à des domaines sensibles tel que la collecte et le traitement des données privées des patient·e·s, ce qui accroît encore les risques potentiels et pose la question de la protection de la vie privée.

---

63 L'impact des privatisations et en particulier dans les maisons de repos ne pourra pas être détaillée dans cette article pour éviter de trop l'allonger. Nous vous renvoyons à quelques sources telles que : <https://www.maisonmedicale.org/Crise-austerite-et-regionalisation.html> , <http://www.gresea.be/Conflits-sociaux-dans-les-maisons-de-repos> et <http://inegalites.be/La-privatisation-des-maisons-de-repos>.

64 Voir le rapport *La santé, une marchandise? Les dangers d'une commercialisation des soins de santé*, Plateforme ProtectionSociale.Be, p.39.

L'hôpital est de plus en plus considéré comme une entreprise qui se doit d'avoir un objectif de rentabilité, voire de dégager de plus en plus de bénéfices. Cette quête du bénéfice est logiquement présente dans les institutions privatisées mais pas seulement. Tel que mentionné plus haut, le fort endettement des hôpitaux non-marchands en Belgique – qui risque d'exploser vu l'aggravation de la situation financière des hôpitaux suite à la crise sanitaire<sup>65</sup> – les contraint également à adopter une logique de recherche d'excédent budgétaire similaire au privé. La qualité des soins en pâtit, tandis que dans le même temps, la pression sur le personnel s'accroît et **cela crée d'une part une stratification sociale dans les hôpitaux non-marchands** (sur les divers suppléments, tels que celui pour les chambres particulières) et **d'autre part un accroissement de l'avantage compétitif qualitatif, de rapidité de l'accès aux soins et de confort pour les institutions privées marchandes... pour les personnes qui peuvent se les payer.**

Ajoutons qu'en plus de prendre place dans la fourniture de services de santé préventifs et curatifs, **la privatisation s'étend considérablement dans le secteur de la recherche et de la pharmacie.** Si cet aspect ne sera pas développé dans cette analyse, il est clair que la main mise de plus en plus forte des multinationales sur ces secteurs représente un enjeu de société très préoccupant qu'il est urgent de traiter également.

---

65 Selon les directeurs/trice du CHU Saint Pierre de Bruxelles et du CHR la Citadelle de Liège, la crise du covid-19 devrait coûter entre 5 et 7 milliards d'euros aux hôpitaux à la suite de la perte des revenus complémentaires (ticket parking, chambres simples, et autres suppléments). Alors que 33 % des hôpitaux étaient déjà en situation de déficit avant la crise sanitaire, « si rien n'est fait, fin 2020 ce sera 100 % ». Le secteur hospitalier risque de perdre cinq à sept milliards d'euros: «Mais personne n'en parle», *La Libre*, 26 mai 2020

### **III. COMMENT LA REFINANCER DE MANIÈRE JUSTE ET PÉRENNE?**

En résumé, nous avons donc établi que les soins de santé sont structurellement sous-financés. Les carences graves provoquées par ce sous-financement sont bien sûr exacerbées en cette période de crise sanitaire. Ce manque de financement s'explique d'une part par l'accaparement des ressources publiques par le remboursement d'une dette illégitime et d'autre part par la destruction de la sécurité sociale ainsi que des services publics du fait de l'austérité. Une austérité qui est elle-même justifiée par la volonté de réduction des déficits publics et le remboursement de la dette.

Dès lors, il nous apparaît que l'application des mesures suivantes devrait être étudiée par les citoyen·ne·s et les mouvements sociaux, en complément des revendications portées par les travailleurs/euses en lutte dans le secteur de la santé (voir ci-dessous).

#### **Dans l'immédiat pour faire face à la crise sanitaire et sociale**

Ces mesures (et d'autres) sont détaillées par le CADTM dans cet article : [Série Covid-19 \(3/4\) : Propositions de mesures à prendre.](#)

- Investir immédiatement dans les soins de santé et les autres premières lignes
- Réquisitionner le matériel vital et plafonner les prix
- Instaurer un moratoire sur le paiement de la dette publique
- Sortir du Pacte de Stabilité Européen
- Couvrir l'ensemble de la population en assurances maladie et hospitalisation
- Réquisitionner plusieurs secteurs clés et interdire les brevets pharmaceutiques
- Mettre en place une allocation de quarantaine
- Financer ces mesures par une cotisation de crise

Pour ce qui est des mesures nécessaires spécifiques à la dette belge, la Plateforme d'audit citoyen de la dette (ACiDe)<sup>1</sup> les a formulées dans son communiqué « [COVID-19 et dette publique : Comment éviter que le scénario de 2008 ne se reproduise ?](#) ».

---

<sup>1</sup> Voir le descriptif de la plateforme page 48.

## De manière structurelle

Les trois premières mesures sont également détaillées dans l'article « Série Covid-19 (3/4) : Propositions de mesures à prendre ». De plus, les mesures que le CADTM et d'autres mouvements sociaux préconisent depuis plusieurs décennies sont on ne peut plus d'actualité. Nous ne les reprenons pas dans leur diversité ici, uniquement quelques-unes. Vous pouvez en retrouver de manière plus complète dans les documents suivants :

Manifeste pour un nouvel internationalisme des peuples

Cahier de revendications communes sur la dette et la nécessité d'un réel contrôle citoyen sur la finance

- Revaloriser les métiers de première ligne
- Recommencer les emprunts publics obligatoires
- Instaurer une véritable justice fiscale
- **Auditer, par les citoyen-ne-s, les dettes publiques et les répudier si nécessaire**

Mener **une enquête approfondie, sur initiative et sous contrôle populaire, des comptes de toutes les structures publiques pour en annuler les dettes illégitimes**. Suspendre leur remboursement pendant la durée de l'enquête. Ces annulations ne doivent pas inclure les dettes détenues par des organismes publics ni des petits porteurs de titres (extrêmement peu nombreux aujourd'hui). Des mesures complémentaires doivent être prises pour ne pas affecter indirectement de petit-e-s épargnant-e-s impliqué-e-s dans les investissements de leurs fonds de pension, compagnies d'assurance ou SICAV (en fonction des patrimoines et revenus disponibles). Cela permettrait de libérer des sommes considérables pour réorienter le budget public et augmenter très fortement les dépenses en santé, entre autres. Aujourd'hui, face à l'explosion de la dette en cours - le gouvernement a encore emprunté 8 milliards le 31 mars pour faire face à l'augmentation des dépenses et la BNB prévoit une hausse du ratio dette/PIB de 99 % aujourd'hui à 115 % d'ici la fin de l'année<sup>2</sup>- et des injustices socio-économiques, qui peut encore prétendre qu'un tel audit ne serait pas nécessaire ?.

Par ailleurs, un **audit citoyen permanent** permettrait de contrôler les dépenses et les recettes de manière continue.

---

<sup>2</sup> La crise du Covid-19 coûtera 45 milliards d'euros à la Belgique en 2020, *L'Echo*, 08 avril 2020.

## **Refinancer le secteur des soins de santé et en socialiser la gestion**

À l'heure de régler nos comptes, le sous-financement organisé de la santé (et de la sécurité sociale en générale) sera au centre des conflits. Il ne s'agit pas d'accepter une simple « avance » sur le financement des hôpitaux comme le propose la Ministre de la santé, qui devra ensuite être remboursée à coups de flexibilisation du secteur. Il ne s'agit pas non plus d'accepter que les conquêtes sociales soient détournées de leurs objectifs tel que les 400 millions d'euros du « fond blouses blanches » qui avaient été promis aux personnels de santé pour une amélioration de leurs conditions de travail et qui sont aujourd'hui utilisés dans la lutte contre le covid-19.

De plus, les politiques de santé publique doivent être menées dans une vision à long-terme qui implique un financement adéquat des services de première ligne (centres de santé, soins à domicile, etc.). Cela présenterait trois avantages clés : la réalisation de la prévention/promotion de santé avant que les problèmes de santé ne se développent, la prise en charge des problèmes de santé le plus tôt possible lorsqu'ils apparaissent, et la gestion efficace de l'envoi vers la deuxième ligne (le curatif) qui serait ainsi soulagé d'une grande partie du « triage » à l'entrée des patient·e·s.

**Il s'agit d'inverser la logique de marchandisation des soins de santé pour en refaire un outil du bien commun.** Pour ce faire, plusieurs mesures doivent être prises :

- 1. Réaliser un audit citoyen des comptes des hôpitaux.** La grave situation d'endettement des hôpitaux que nous avons brièvement évoquée doit être prise à bras le corps par les citoyen·ne·s, les syndicats, les autres organisations des mouvements sociaux et les pouvoirs publics. Les causes de cet endettement doivent être établies et le remboursement de la dette questionnée en fonction des conclusions de l'audit. Quoiqu'il en soit, l'ensemble de la dette des hôpitaux doit être reprise par l'État<sup>3</sup> car il est d'ores et déjà clair qu'elle résulte en grande partie du sous-financement dont celui-ci est responsable et qu'elle représente une charge insoutenable pour les hôpitaux. La gestion de la comptabilité doit être mise sous le contrôle de ses travailleurs et travailleuses, tandis que les personnes qui sont actuellement en charge et seraient responsables de graves manquements doivent être sanctionnées.
- 2. Socialiser l'essentiel du secteur de la santé,** c'est à dire les hôpitaux mais aussi les maisons de repos, les structures de soins à domicile, les maternités, les maisons médicales, les centres PMS, les CPAS, les centres de santé mentale, etc. Il s'agit de reconnaître le secteur des soins de santé comme un bien commun vital. De ce fait, il doit être mis sous contrôle des citoyen·ne·s, des travailleurs/euses du secteur et des institutions publiques (d'où le terme « socialiser » plutôt que « nationaliser »).

<sup>3</sup> C'est à dire indépendamment d'une annulation de sa part illégitime qui devrait être répudiée.

Les modalités d'une socialisation de la santé restent à définir et sont d'ores et déjà l'objet de réflexions au sein de collectifs en lutte dans le secteur<sup>4</sup>. L'objectif étant de mettre au centre des enjeux la réponse aux besoins de santé et le bien-être des patient·e·s et des professionnel·le·s<sup>5</sup>. Le modèle de gestion et de financement des maisons médicales est également une piste à approfondir pour être étendue.

Cela implique aussi de « déprivatiser » toutes les institutions privées qui sont gérées dans une optique marchande. C'est-à-dire de les racheter pour un euro symbolique à ceux qui en ont profité.

Outre la socialisation de la gestion de la santé, **il importe aussi de remettre en cause la propriété privée** (par des personnes physiques ou morales) **des infrastructures et du matériel médical**. En effet, ces biens étant financés par l'argent public, il serait légitime que leur propriété soit collective et donc elle-même socialisée.

Par ailleurs, il faut appliquer cette logique de socialisation à l'ensemble des secteurs vitaux (logement, énergie, eau, transports, agriculture, **industrie pharmaceutique, etc. ainsi que la recherche scientifique dans ces secteurs et dans les sciences de l'environnement et de la vie**). En effet, comme nous l'avons vu lors de notre examen de l'augmentation de la demande en soins de santé<sup>6</sup>, l'accès de la population à des biens et services de qualité dans ces secteurs vitaux est intrinsèquement lié aux enjeux de santé publique. C'est pourquoi ce principe de socialisation qui nous semble être un pas important dans la garantie d'un accès juste pour tou·te·s à ces secteurs doit être abordé de manière globale et pas uniquement au secteur des soins de santé. Dans cette même optique, la socialisation **des banques et des assurances** afin de créer un service de l'épargne, du crédit et des assurances géré par les citoyen·ne·s et les travailleurs/euses de ces secteurs est également primordial.

- 3. Remettre la sécurité sociale dans les mains de la population.** L'État et les entreprises ont unilatéralement rompu leurs engagements de financement de la sécurité sociale. Cela pose de fait la question de la gestion des caisses de sécurité sociale en elle-même. En effet, il est absolument nécessaire de ne pas espérer que l'État devienne un outil apte à assurer de manière infaillible et sur le long terme le bien-être de la population sans jamais céder à la satisfaction d'intérêts privés. Dans la plus idéale des visions de l'État, il est évident que celui-ci reste faillible du fait même qu'il est un outil de pouvoir. Dès lors, il faut que le bien commun soit assuré par la population elle-même et l'État doit être cantonné dans un rôle de garant du respect de ce bien commun, pas

---

4 Que le terme de « socialisation » soit effectivement utilisé ou non par les personnes et collectifs recherchant des moyens émancipateurs et démocratisants pour le secteur est bien sûr un détail qui importe peu.

5 Il ne nous appartient pas de détailler ici ces pistes de réflexion. En effet, l'initiative de cette recherche étant logiquement prise par des travailleurs/euses en lutte dans ce secteur, il leur revient de les présenter elleux-mêmes. Nous sommes bien entendu tout à fait partant·e·s pour travailler avec elleux à tenter de les enrichir et à les soutenir.

6 Voir page 14 de ce document.

comme un gestionnaire. **La sécurité sociale peut et doit être gérée par les représentants·e-s élu·e-s des ayant droit de la sécu** - c'est à dire les salarié·e-s en emploi et hors emploi - comme cela a été le cas pendant des dizaines d'années. **Pour la gestion spécifique des caisses de santé, il s'agirait d'une combinaison de représentant·e-s des travailleurs/euses de la santé, d'usagers/ères et de chercheurs/euses** (ce qui implique que la recherche doit être socialisée et émancipée du big pharma, comme décrit ci-dessous)

**Quant aux cotisations patronales, elles doivent, au minimum, être prélevées sur les dividendes des entreprises et non plus sur le travail** (car pour l'instant elles ne sont qu'une valorisation de la plus-value réalisée par celui-ci)<sup>7</sup>. **Et l'État doit, quant à lui, faire respecter aux entreprises leurs obligations de verser ces cotisations. Cela est une solution a minima car c'est l'ensemble de l'organisation du travail et de la production qui est à changer. L'économie doit, dans son ensemble être reprise des mains des détenteurs de capitaux pour être générée par celles et ceux qui la font tourner : les travailleurs et travailleuses.** Les processus de socialisation des secteurs stratégiques s'inscrivent pleinement dans cette démarche.

Par ailleurs, il ne doit pas être exclu que l'État puisse combler les trous quand c'est nécessaire mais un financement solidaire par cotisation élaboré de manière juste permettrait déjà de refinancer fortement la sécurité sociale. La lutte contre le chômage de masse qui est clairement un poids (bien que très surévalué par rapport à des dépenses inutiles telles que la dette<sup>8</sup>) pour les caisses de sécurité sociale, doit se centrer sur la relocalisation et reconversion des entreprises, sur la dénonciation de la gestion actionnariale des plus grandes et sur la monopolisation de l'économie (et donc de la vie) par ces dernières. En outre, le financement de la sécurité sociale doit être complété par des cotisations spéciales sur le capital des entreprises lorsque celles-ci recourent à l'automatisation du travail. Enfin, il est important de noter que puisque le montant des cotisations sociales dépend de la masse salariale, la solution la plus simple et la plus efficace pour augmenter les cotisations pour refinancer la sécu... c'est d'augmenter les salaires ! **Les arguments qui présentent le « trou de la sécu » comme une situation qui dépend entièrement de la population et qui justifie la régression des droits sociaux** (« les personnes avec un emploi payent pour les chômeurs/euses qui en profitent », « les jeunes payent pour les vieux et l'espérance de vie augmentent donc il faut repousser l'âge de la pension », « le coût des soins de santé augmente donc il faut privatiser les assurances et les institutions de soins ») **sont simplifiés à l'extrême et visent à éviter de poser la vraie question qui compte : celle de la juste répartition des richesses<sup>9</sup>.**

7 Cela ne veut pas dire que les cotisations actuelles sur le travail dites « cotisations patronales » doivent être supprimées mais qu'elles doivent être reconnues comme une cotisation des travailleurs/euses (ce qui explique qu'elles doivent être gérées pas elleux) et non du patronat. Quant au fait de faire le prélèvement des réelles cotisations patronales sur les dividendes et non sur les bénéfices permettra d'éviter de demander une trop forte contribution au secteur non-marchand.

8 Le paiement de la dette représente près de six fois les dépenses pour les allocations de chômage (source BNB et Agence de la dette)

9 Lire la brochure de la CNE, *6 mensonges pour démanteler nos pensions*, septembre 2011.

**Sauf situation exceptionnelle, le financement des soins de santé doit de nouveau être assuré par les cotisations sociales afin de garantir leur pérennité sur le long terme.**

**La sécurité sociale est un bien commun extrêmement précieux qui, s'il est justement financé, est en mesure de garantir le fonctionnement des services essentiels tels que les soins de santé. Sa gestion doit dès lors être entièrement mise dans les mains de la population et elle doit être étendue à l'ensemble des droits fondamentaux et vitaux (en plus de la santé, l'alimentation et le logement) et son financement doit être protégé par l'État.** De la sécurité sociale dépend la résilience de notre société. Si la Belgique s'en est si bien sortie les premières années qui ont suivies le krash de 2008 c'est parce qu'elle avait un système de sécurité sociale et des services publics qui pouvaient encore encaisser le choc. Et si cette sécurité sociale avait été entretenue comme elle aurait du l'être, il est évident que nous aurions pu beaucoup mieux traverser cette pandémie (tout comme la situation aurait été bien pire si on avait laissé toute latitude aux gouvernements pour mener leurs politiques d'austérité).

**Plus largement, il faut refuser toutes les mesures d'austérité, passées et annoncées.** Aujourd'hui, on se rend compte de ce qu'implique l'austérité dans le secteur des soins de santé. Il faut également se rendre compte à quel point cette austérité est également dévastatrice dans les autres secteurs d'utilité publique : l'éducation, les transports publics, le logement social, la culture, les pensions, la protection de l'environnement, etc. Or, les catastrophes écologiques vont se multiplier (même si nous arrêtons la destruction en cours puisque nous avons atteint plusieurs points de non retour). Il faut donc nous donner les moyens de traverser ces catastrophes et de construire un avenir qui soit, malgré tout, juste et vivable collectivement. Ces perspectives de « socialisations » des secteurs essentiels, de prise en main commune de notre avenir, de contestation de la concentration du capital et de l'injustice de la dette permettent d'imaginer une idée de futur qui puisse tout de même être enviable pour tou-te-s.

Il faut agir pour la réappropriation collective et réellement démocratique et la relocalisation au plus proche possible des moyens de subsistances.

## **Nous appelons à :**

- Soutenir la plateforme **La Santé en lutte** et **ses revendications** et à manifester avec le personnel soignant lors de **la Grande Manif de la Santé** le 13 septembre 2020, ainsi que la plateforme naissante du **Travail Social en Lutte**.
- Soutenir **l'audit citoyen de la dette**. Pour un audit de la dette publique et des hôpitaux.

Et plus largement à :

- Soutenir les différentes initiatives pour le droit au logement pour tou-te-s, en période de confinement et tous les jours, telles que le **Belgian Housing Action Day** et **Action logement Bruxelles**. Car l'accès à un logement décent est une condition nécessaire à la santé.
- Soutenir les luttes féministes menées entre autres par le **Collectif 8 maars** qui permettent notamment de défendre les droits des femmes qui sont aujourd'hui en première ligne dans la lutte contre les effets sanitaires et sociaux liés à la pandémie. Cette situation est également une « occasion » de revoir notre échelle de valeur, afin de saboter les activités destructrices et de valoriser les activités essentielles, de re-production sociale.
- Soutenir la lutte des sans-papiers pour un droit à la régularisation, à une protection sociale et à un logement digne.
- Renforcer et élargir les magnifiques initiatives de solidarité qui sont mises en place partout en Belgique et dans le monde.
- Contraindre les gouvernements des pays riches, tels que la Belgique, à stopper leurs oppressions sur les populations des pays du sud de l'Europe mais aussi du monde, en annulant leurs dettes et en faisant preuve d'une réelle solidarité et ce tout particulièrement en cette période de crise sanitaire. Voir à cet effet **le communiqué de presse du CADTM Europe** et **celui du CADTM Afrique**.
- Perpétuer la réappropriation collective des biens communs tels que les soins de santé, ainsi que les luttes matérielles et de l'imaginaire pour une société plus libre et plus juste.

## **Remerciements**

Les visuels et la mise en page de cette étude ont été réalisés par Pierre Gottiniaux. Merci beaucoup à lui.

Un grand merci à Jérémie Cravatte et Aline Fares du CADTM ainsi qu'à Loïc Warnotte et Maxime Roodthoof pour leurs relectures et leurs apports à cette analyse.

Merci aussi à Micheline Bruyninckx (Setca), Christian Savestre (POUR, ACiDe Bruxelles) et Daniel Puissant (Attac Liège, RJF) pour leurs précieuses informations.

Merci à Brigitte Ponet, Françoise Mulfinger et Line Nguyen pour leurs relectures.

Et bien sûr, merci aux militant·e·s de la plateforme la Santé en lutte, et particulièrement à Faïza, Stephen et Moïra, pour leur aide et leurs contributions à ce document qui, nous l'espérons, pourra leur servir à appuyer leurs revendications primordiales pour un système de santé qui permette à tou·te·s un réel accès au droit à la santé et au personnel de ce secteur d'avoir enfin des conditions de travail et une rémunération dignes de l'importance de leur rôle social.

**Menez la lutte avec :**



## **LA SANTÉ EN LUTTE**

Nous sommes infirmier·e·s, sages-femmes, brancardier·e·s, aides soignant·e·s, médecins, personnel de la lingerie, de la restauration, de l'entretien ménager, technicien·ne·s, secrétaires, laborantin·e·s, ambulancier·e·s, patient·e·s, etc. Nous sommes également citoyen·ne·s et désireux·ses d'un système de santé basé sur l'humain plutôt que la rentabilité financière. Notre structure fonctionne en assemblée, de manière démocratique et collective. Un·e membre, une voix. Elle est ouverte à toutes les personnes et organisations qui souhaitent se mobiliser.

### **SIGNEZ LA PÉTITION**

- Pour signer notre pétition au nom de votre organisation envoyez nous un email à [lasanteenlutte@gmail.com](mailto:lasanteenlutte@gmail.com)
- Pour signer notre pétition en votre nom propre cliquez sur le lien: [Pétition en ligne](#)

### **PARTICIPEZ À LA GRANDE MANIFESTATION DE LA SANTÉ LE 13 SEPTEMBRE 2020 À BRUXELLES**

[Article · Evenement facebook](#)

### **RETROUVEZ-NOUS**

Site internet : [lasanteenlutte.org](http://lasanteenlutte.org)

Email :

Bruxelles : [lasanteenlutte@gmail.com](mailto:lasanteenlutte@gmail.com)

Liège : [lasanteenlutte.liege@bawet.org](mailto:lasanteenlutte.liege@bawet.org)

Charleroi : [santeenlutte.charleroi@gmail.com](mailto:santeenlutte.charleroi@gmail.com)

[Facebook](#) - [Instagram](#) - [Twitter](#)

**Menez la lutte avec :**



## **La plateforme d'audit citoyen de la dette**

La Plateforme d'audit citoyen de la dette (ACiDe), créée en 2013, rassemble plusieurs groupes locaux de citoyen·ne·s dans diverses villes de Belgique ainsi qu'une trentaine d'associations et syndicats. Concrètement, l'audit citoyen de la dette consiste à rassembler, principalement à l'échelle communale mais aussi à d'autres niveaux (région, fédéral, entreprises publiques, hôpitaux publics, CPAS, etc.), des citoyen·ne·s qui décident de se réapproprier les comptes publics. Ensemble, elles et ils exigent des autorités politiques qu'elles leur délivrent les informations nécessaires pour analyser l'origine des dettes réclamées aux institutions publiques, les conditions dans lesquelles ces dettes ont été contractées, qui les détient et si elles ont profité à l'intérêt général ou non. ACiDe cherche ainsi à ouvrir le débat quant à la légitimité du remboursement de la dette.

Globalement, la plateforme vise à mettre en place de réelles pratiques démocratiques à l'encontre du pouvoir financier et à initier une réelle réappropriation collective de l'enjeu du financement du bien commun. Dès lors, ACiDe défend dans une optique plus large la nécessité d'un réel contrôle citoyen permanent sur les finances publiques dans leur ensemble. En ce sens, il s'agit de construire des communautés locales de personnes et d'associations s'alliant pour exercer ce contrôle et pour faire poids ensemble sur les autorités publiques pour rendre ce contrôle effectif.

### **SUIVEZ-NOUS**

Sur notre site : [www.auditcitoyen.be](http://www.auditcitoyen.be)

Sur facebook : via notre [page générale](#), celle du groupe de [Bruxelles](#), de [Liège](#) ou de [Verviers](#).

### **CONTACTEZ-NOUS**

[acide@auditcitoyen.be](mailto:acide@auditcitoyen.be)

### **REJOIGNEZ UN DE NOS GROUPES LOCAUX**

- À Bruxelles : virginie@cadtm.org et gilles@cadtm.org
- Dans la région Centre (La Louvière) : freddy.bouchez@skynet.be et nathalie.rozza@skynet.be
- À Liège : liege@auditcitoyen.be
- À Marche-en-Famenne : pascal.fontaine@ceppst.be
- À Tournai: acidetournai@gmail.com
- À Verviers : acide-verviers@auditcitoyen.be

**Envie de lancer un groupe d'audit pour votre commune  
ou une institution publique ?**

**Envie de participer à un audit des hôpitaux ?**

**Contactez-nous !**



Le CADTM Belgique et son réseau international sont incontournables dans la réalisation d'audits de la dette et dans les campagnes contre la dette illégitime dans les pays où le réseau CADTM est implanté.

Le CADTM Belgique est une ONG de développement qui utilise la dette comme angle d'analyse pour aborder les problèmes de développement et proposer des alternatives en vue de l'émancipation des peuples. Pour l'ONG, cette émancipation passe par l'annulation totale et inconditionnelle des dettes publiques et privées illégitimes, odieuses, illégales et insoutenables. Conscients que d'autres mesures doivent être prises, le CADTM Belgique impulse et promeut avec ses partenaires du réseau et ses collaborateurs des alternatives respectueuses des droits humains et de la nature.

Le CADTM est la seule ONG belge travaillant spécifiquement sur le « système dette » : c'est-à-dire l'analyse et la vulgarisation des mécanismes d'endettement (public et privé) dans le cadre d'une approche systémique fondée sur les droits humains. Nous abordons la dette comme un mécanisme politique et économique qui impacte directement les populations.

Dans ce cadre, le CADTM Belgique accorde une importance particulière aux liens entre dette au Nord et dette au Sud et analyse le « système dette » dans son ensemble. Ainsi, le CADTM Belgique met également en évidence les mécanismes de domination et d'exploitation qui régissent autant les dettes publiques que les dettes individuelles illégitimes, asservissant les peuples en tant que sujet collectif et les individus (paysans endettés, familles expulsées de leur logement par les banques, femmes acculées par le système du micro-crédit au Sud, étudiants surendettés...).

Par ces liens, le CADTM Belgique entend favoriser un nouvel esprit de solidarité internationale entre les peuples, remettre en cause les schémas traditionnels Nord/Sud et ainsi favoriser la mobilisation citoyenne pour l'annulation de la dette illégitime tant au Sud qu'au Nord. La mobilisation citoyenne est, en effet, la voie privilégiée du CADTM Belgique pour remplir sa mission. Pour mobiliser les citoyens et interpellier les autorités politiques, le CADTM Belgique s'appuie sur son expertise reliée au travail réalisé par son réseau au Sud, ses groupes de travail et ses diverses collaborations.

## **Nous ne devons rien, nous ne paierons rien : annulons les dettes illégitimes !**

L'ensemble de nos analyses et études sont disponibles en consultation libre et en téléchargement à cette adresse : [www.cadtm.org/Themes](http://www.cadtm.org/Themes)

Pour nous soutenir : [www.cadtm.org/Soutenez-nous](http://www.cadtm.org/Soutenez-nous)

### **Retrouvez-nous :**

Dans nos locaux en Belgique :  
à Liège, rue Fabry, 35  
à Bruxelles, rue des Foulons, 47-49

Lors **d'une activité**

Sur notre site internet : [cadtm.org](http://cadtm.org)

Sur **Facebook** et **Twitter**

Via notre **newsletter**

Avec le soutien de

