



© La santé en l'air



Budget des soins de santé, un vent d'espoir après la tempête ?

> Louise LAMBERT (*)

La pandémie de coronavirus a montré de manière prégnante la nécessité d'avoir un système de soins de santé performant pour toutes et tous. Pourtant depuis une dizaine d'années, c'est plutôt un désinvestissement dans les soins de santé qui s'est joué dans notre pays. De quelle manière et avec quelles conséquences sur la qualité et l'accessibilité des soins ? Pour y répondre, examinons le budget des soins de santé au cours de la dernière décennie, sa répartition et le processus de concertation qui le réfléchit. Cela permet de comprendre le contexte dans lequel la crise sanitaire a éclaté. Et pour le futur ? Que propose le nouvel accord de gouvernement sur le financement des soins de santé ? La nouvelle équipe en place au fédéral tire-t-elle les leçons du passé ? Réponse dans cet article.

Depuis plusieurs mois, la pandémie de COVID-19 s'abat sur le monde. Elle a déjà fait plus d'un million de morts et défie la résilience de nos sociétés et nos systèmes de santé. Elle nous fait prendre conscience que la santé est un droit fondamental dont tout un chacun doit bénéficier, qu'elle n'est jamais acquise et qu'un système de santé fort, accessible et résilient en constitue le socle indispensable.

Cependant, depuis une dizaine d'années, les budgets alloués aux soins de santé ont été largement insuffisants pour répondre à l'évolution des besoins et encore moins pour mettre en place de

nouvelles initiatives visant à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. Au contraire, plusieurs signaux inquiétants se sont multipliés : augmentation du coût à charge du/de la patient-e, hausse des suppléments d'honoraires et du recours aux assurances privées, dégradation des conditions de travail du personnel soignant, augmentation des inégalités sociales de santé, etc.

Dans cet article, nous nous focalisons sur le budget des soins de santé, sa répartition et le processus de concertation qui permet d'y aboutir. Nous proposons de retracer les principales tendances et lignes de force observées dans le budget

fédéral des soins de santé ces dix dernières années afin de mieux appréhender le contexte dans lequel a éclaté la crise du coronavirus et les lignes de rupture du nouvel accord de gouvernement. Nous pointons deux grandes évolutions : une logique austéraitaire à partir de 2012 et l'affaiblissement de la concertation sociale au profit du gouvernement depuis 2015.

Austérité dans les soins de santé

En Belgique, les dépenses totales de santé représentent un peu plus de 10,3% du produit intérieur brut (PIB)¹. La majo-

rité de ces dépenses (76%) repose sur le financement public, réparti entre le fédéral, les régions et les communautés. Ce premier pilier du financement vise à offrir à toutes les Belges des soins de qualité et accessibles. Au niveau fédéral, qui représente le plus gros morceau, le financement est cogéré par les partenaires sociaux (employeur-se et travailleur-se), les mutualités, les représentant-es des prestataires de soins (personnel soignant et institutions de soins) et le gouvernement. Outre le financement public, 24% du financement est supporté par le-la patient-e, soit davantage que dans nos pays voisins (France: 16%; Allemagne: 15%; Pays-Bas: 18%).

Le budget fédéral des soins de santé² évolue chaque année en fonction de la norme de croissance et de l'indexation. La norme de croissance détermine la croissance maximale du budget des soins de santé. Celle-ci a évolué au fil des législatures: elle était de 1,5% entre 1996 et 2000, de 2,5% entre 2001 et 2004 et de 4,5% entre 2005 et 2012. En 2013, le gouvernement Di Rupo a décidé de la ramener à 2% puis, en 2014, à 3%.

En 2015, le gouvernement Michel a pris la décision quant à lui de la rabaisser à 1,5%. Ce dernier chiffre a de quoi surprendre, car selon le Bureau fédéral du Plan, «les déterminants structurels endogènes des dépenses de soins de santé [...] conduisent à une croissance moyenne de ces dépenses de 2,5% par an en termes réels, soit nettement au-dessus de la norme de 1,5%»³. Puisque la norme de croissance n'est plus suffisante pour suivre l'évolution des besoins en soins, des économies et arbitrages vont devenir nécessaires pour maintenir l'équilibre budgétaire.

Pour savoir si des mesures d'économies vont devoir être prises, le budget des soins de santé autorisé (calculé en fonction de la norme de croissance et de l'indexation) est comparé à l'estimation des dépenses de soins (estimations réalisées sur base des données du passé par l'INAMI). Si l'estimation des dépenses est supérieure à l'objectif budgétaire prévu, des mesures d'économies devront être prises. Si elle est inférieure, de nouvelles initiatives pourront être financées.

Avec une norme de croissance de 4,5%, les années 2007-2011 ont vu relativement peu de mesures d'économies être prises dans les soins de santé et bien qu'en diminution progressive, le financement de nouvelles initiatives restait assez élevé (voir figure 1).

De 2012 à 2014, de plus importants efforts ont commencé à être consentis pour assainir les finances publiques (et satisfaire les règles européennes de rigueur budgétaire) et, parallèlement, le financement de nouvelles initiatives a diminué fortement. Au total, un milliard d'économies ont été réalisées sous le gouvernement Di Rupo tandis que le financement de nouvelles initiatives était limité à 177 millions. Les secteurs les plus touchés par ces économies étaient les spécialités pharmaceutiques, les honoraires médicaux, les hôpitaux et les implants. Le mot d'ordre de l'ensemble des acteurs était toutefois de conserver une couverture de santé de qualité et accessible en prenant des mesures d'économies visant surtout l'efficacité.

L'année 2015 se distingue par l'absence totale de financement de nouvelles initiatives. Elle marque le début de la législature du gouvernement Michel, caractérisée par de lourdes mesures d'économies et un financement faible, voire nul, de nouvelles initiatives. Au to-

tal, entre 2015 et 2020, 2,5 milliards sont économisés dans les soins de santé et 165 millions sont dégagés pour financer de nouvelles initiatives.

Dans les 2,5 milliards économisés, on trouve d'abord environ 675 millions qui peuvent être pris comme du «nettoyage» au sein du budget, résultant d'une double comptabilisation ou d'une sous-utilisation considérée comme structurelle. Ces économies s'apparentent donc plutôt à des artefacts comptables.

Reste donc un peu plus de 1,8 milliard d'économies réelles. Une partie importante des mesures d'économies prises (environ 40%) visaient à amener plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources (diminution du prix de certains médicaments, augmentation des prescriptions bon marché, simplification de certaines procédures, etc.) et n'étaient généralement pas néfastes pour la qualité de notre système de santé.

Cependant, la majorité des mesures d'économies (environ 50%, pour près d'un milliard d'euros) ont eu un impact direct ou indirect sur l'accessibilité et la qualité des soins. Dans les impacts directs, on note par exemple la diminution du remboursement des soins chez certain-es spécialistes, la modification des catégories de remboursement des antibiotiques, la diminution de la durée

de séjour en hôpital après accouchement, l'augmentation des plafonds pour le Maximum à Facturer⁴, etc. Mais, c'est aussi indirectement, via une dégradation des conditions de travail des prestataires de soins, que ces mesures d'économies ont impacté l'accessibilité et la qualité des soins. Entre 2015 et 2017, la masse d'index des honoraires des prestataires a systématiquement été amputée d'une partie de son montant. Si cela a permis au gouvernement d'économiser 400 millions en trois ans, cela a créé de fortes frustrations et des remises en question de la part des prestataires de soins quant à la plus-value du système de conventions, engendrant dans certains secteurs une augmentation du déconventionnement. Des coupes linéaires dans plusieurs secteurs (hôpitaux, infirmières, etc.) et des moratoires dans d'autres (maisons médicales et postes de garde) ont également eu des répercussions en termes d'accès aux soins.

Le climat d'austérité qui s'est imposé à partir de la crise de la dette publique en 2011 n'a donc pas épargné les soins de santé. Au contraire, c'est un des secteurs qui a le plus contribué à l'assainissement des finances publiques. Car au total, entre 2012 et 2020, 2,8 milliards d'économies réelles ont été pris et le financement de nouvelles initiatives est devenu plus rare, avec comme conséquence une diminution de la qualité et de l'accessibilité des soins.

Cette baisse relative du financement public des soins de santé a été concomitante à un accroissement du financement privé dans certains secteurs. Plusieurs indicateurs témoignent en effet d'une privatisation du financement des soins de santé: accroissement rapide des encaissements des assurances facultatives⁵, hausse des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation⁶, déconventionnement dans le chef de certains prestataires⁷, croissance des suppléments d'honoraires en ambulatoire, etc. Et, parallèlement, les dispositifs ciblés sur les groupes sociaux fragilisés ont progressivement été étendus: le système du maximum à facturer a été fortement élargi au fil des ans, passant d'un budget de 154 millions en 2003 à un budget de

327 millions en 2018. L'intervention majeure⁸ (statut BIM) a également été élargie en 2007 à toutes les personnes à faible revenu et la part relative de bénéficiaires BIM dans la population belge est passée de 12,4% des assuré-es à 17,7% entre 2006 et 2016.

Mesures d'économies et diminution de la croissance des dépenses publiques de santé d'un côté, accroissement de la privatisation du financement et des me-

prend la majeure partie du contenu de celle du Comité de l'Assurance. Notons qu'au sein du Conseil Général, les représentants du gouvernement ont un droit de veto, ce qui affaiblit la gestion paritaire.

La philosophie régissant le processus budgétaire pose dans ses «principes élémentaires» le fait qu'il faut découpler chronologiquement la définition des grandes enveloppes budgétaires de l'assurance maladie du conclave budg-

« Ces cinq dernières années, les évolutions qui ont eu lieu ont affaibli le modèle de co-gestion. »

ures ciblées sur les plus pauvres de l'autre; nous retrouvons ici les prémices d'un basculement progressif d'un système de sécurité sociale à un système d'assistance sociale.

Affaiblissement de la concertation sociale

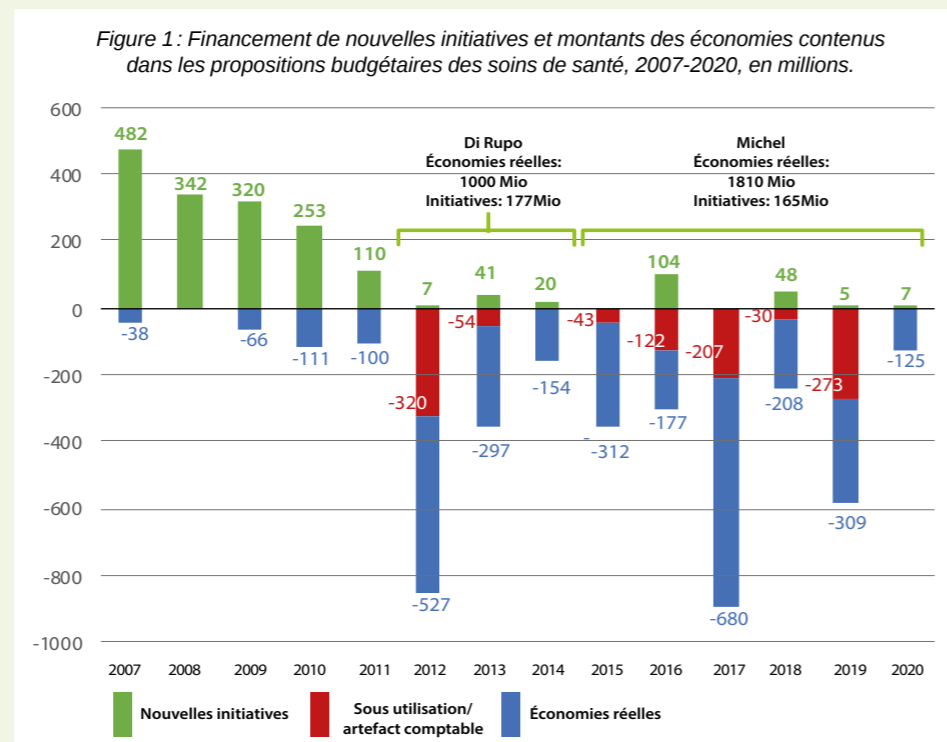
En Belgique, la confection du budget des soins de santé est un exercice annuel de plusieurs mois, qui implique différentes étapes de concertation sociale. Le travail de négociation se fait dans un premier temps au sein des Commissions de Conventions et d'Accords (commission par secteur de soins rassemblant les mutualités et les représentant-es des prestataires de soins concernés) lorsqu'elles déterminent chacune leurs priorités budgétaires. Ensuite, au sein du Comité de l'Assurance, lorsque les représentants tant des prestataires de soins que des mutualités formulent une première proposition budgétaire globale, début octobre. Cette proposition doit respecter le cadre budgétaire fixé par le gouvernement.

Après l'étape du Comité de l'Assurance, c'est au Conseil Général de l'INAMI, composé de représentants des employeurs, du gouvernement, des mutualités et des syndicats, qu'est donné le rôle d'approbation finale du budget global. Depuis 2001, c'est le gouvernement lui-même qui se charge de déposer une proposition de budget au Conseil Général, proposition qui, généralement,

taire gouvernemental—et ce, pour éviter que la sécurité sociale ne devienne une variable d'ajustement du budget gouvernemental. Il est également précisé que «le ministre des Affaires sociales ne peut intervenir qu'en ultime recours»⁹.

Ces cinq dernières années, les évolutions qui ont eu lieu, tant dans le cadre légal que dans la manière dont la concertation sociale a été menée, ont affaibli le modèle de co-gestion.

En 2017, la ministre des Affaires sociales a introduit une nouvelle réglementation régissant le processus budgétaire dont l'objectif annoncé était d'aligner le calendrier budgétaire belge avec le calendrier européen. Cette nouvelle réglementation a plusieurs conséquences. Premièrement, elle supprime la notion de «besoins» d'investissements budgétaires que pouvaient auparavant formuler les Commissions de conventions et d'accords. Et elle introduit à la place l'exigence de formuler des propositions d'économie pour compenser tout dépassement budgétaire ou toute demande de nouveaux moyens, même s'il existe un réel besoin sociétal derrière cette demande. La logique d'«austérité» est donc institutionnalisée. Mais, le changement le plus notable et préjudiciable à la gestion paritaire de la sécurité sociale concerne le temps accordé au Comité de l'Assurance pour, à partir des positionnements des différentes Commissions de conventions et d'accords, construire une proposition de budget concertée. Anté-



rieurement, il avait trois mois pour aboutir à une telle proposition, ce qui permettait une large concertation des différents acteurs. Dans la nouvelle réglementation, une quinzaine de jours est réservée pour effectuer ce travail d'arbitrage transversal. Si la concertation sociale reste possible en théorie dans la nouvelle réglementation, ses conditions d'existence sont fortement affaiblies dans la pratique.

Dans les faits, entre 2015 et 2020, la concertation sociale a été mise à mal à plusieurs étapes du processus budgétaire (voir tableau 1). Tout d'abord, quatre années sur les six, la proposition de budget déposée par la délégation gouvernementale au Conseil Général diffère fortement de celle déposée au Comité de l'Assurance et issue de la concertation entre mutualités et prestataires de soins. Pourtant, les propositions du Comité de l'Assurance respectaient le cadre légal fixé par le gouvernement.

Dès lors, le budget des soins de santé n'a pas été approuvé au Conseil Général trois années sur six. Peu relevés par la presse nationale, ces faits sont pourtant historiques. Un rejet d'une proposition budgétaire au sein du Conseil Général n'était plus survenu depuis les années nonante. Comme le prévoit la procédure dans ce cas de figure peu fréquent où les instances de concertation tripartite de l'INAMI sont mises en échec, l'initiative budgétaire revient au gouvernement et c'est alors au Conseil des ministres qu'est entérinée la proposition budgétaire. Ce nouveau *modus vivendi*, à savoir un budget non plus décidé au niveau des organes de concertation, mais directement par le Conseil des ministres, est pourtant en désaccord avec la philosophie de la réglementation introduite en 1993. Une telle procédure doit rester l'exception et non la règle.

La concertation sociale, pourtant ADN de notre sécurité sociale, a donc été fortement affaiblie ces six dernières années par l'action du gouvernement précédent. Les mesures prises ont affaibli les organes de concertation en amont (nouvelle réglementation régissant le processus budgétaire) et en aval en contournant les organes de négociation et en renforçant le rôle du Conseil des ministres.

Vote d'une proposition pour le budget des soins de santé

	Approuvée au Comité de l'Assurance (CA)	La proposition au Conseil Général ressemble à celle du CA	Approuvée au Conseil Général	Décidée au Conseil des ministres
2015	✗	✗	✓	–
2016	✓	✗	✗	✓
2017	✗	✗	✗	✓
2018	✓	✓	✓	–
2019	✓	✗	✓	–
2020	✓	Pas de proposition	✗	✓

Tableau 1 : Résumé du vote et du contenu des propositions budgétaires pour les soins de santé, 2015-2020.

Des enjeux de gouvernance

Au-delà de la croissance du budget des soins de santé et de l'évolution de la concertation sociale, ce sont aussi des questions d'organisation et de gouvernance qui vont déterminer la qualité et l'accessibilité de notre système de santé. Voici certains éléments qui entravent la mise en place d'une bonne politique de santé :

(1) Notre système de santé fonctionne en silos avec des commissions paritaires par profession et une représentation par profession au sein du Comité de l'Assurance (7 médecins, 6 paramédicaux, 5 établissements de soins, 2 pharmaciens et un dentiste). Cela rend difficile la mise en place de politiques transversales et pluridisciplinaires ancrées dans une vision intégrée de la santé. Cela engendre également de grosses inégalités dans la possibilité des métiers de la santé de se faire entendre (certains professionnels de la santé ne sont pas représentés au Comité de l'Assurance comme les infirmières salariées, les maisons médicales et les nouvelles disciplines paramédicales).

(2) L'établissement du budget est un exercice annuel au cours duquel les objectifs budgétaires de chaque secteur sont fixés pour un an. Cette temporalité ne permet pas de s'ancrer dans une vision à long terme et est peu motivante puisque toute nouvelle initiative doit être entièrement financée à l'intérieur du budget de l'année correspondante.

(3) Dans un budget normé, la répartition des moyens est un enjeu important puisque les taux de croissance plus

élevés accordés à certains secteurs devront être compensés par d'autres. Or, ces dernières années, le budget des spécialités pharmaceutiques, représentant plus de 20 % du budget des soins de santé, a connu de très fortes croissances (+7,7 % en 2019 et en 2020, +7,6 % en 2021), drainées par la croissance des médicaments sous convention article 81/111¹⁰. Financer de telles croissances alors que les ressources sont limitées dans un budget normé s'est réalisé au détriment des autres secteurs de soins.

Conclusion

Depuis une dizaine d'années, nous observons un double durcissement des choix politiques : une austérité budgétaire et de nombreuses mesures d'économies, concomitante à une privatisation accrue des soins et à un recours aux politiques ciblées sur les bas revenus ainsi qu'un affaiblissement des acteurs sociaux et du modèle de concertation sociale au profit du gouvernement, singulièrement sous la dernière législature. Ces deux lignes de force représentent les prémices d'une évolution majeure vers un contrat social tout autre : d'un système de soins de santé de type universel vers un modèle d'assistance sociale. L'assistance sociale est caractérisée par une couverture minimale des risques sociaux, réservée aux plus démunis et gérée de manière fortement étatique. Parallèlement, pour les classes moyennes ou privilégiées, la protection sociale est davantage privatisée et marchandisée et elles doivent se tourner vers le marché des assurances

facultatifs pour couvrir leurs frais de santé¹¹.

À contre-courant de ces évolutions, la crise du coronavirus vient réaffirmer l'urgence de refinancer nos soins de santé sur une base solidaire et efficiente. Elle nous enjoint de saisir ce momentum pour tirer les leçons de la crise et mettre en place les changements structurels nécessaires pour consolider notre système de soins de santé. Au niveau du budget des soins de santé, plusieurs recommandations nous semblent prioritaires :

Afin de passer d'une politique de santé court-termiste et par silo à une politique transversale et cohérente, nous devons travailler à une meilleure répartition des moyens en fonction d'objectifs de santé et adopter un cadre budgétaire pluriannuel. L'accent doit être mis sur le renforcement de la première ligne, les soins préventifs, l'accessibilité financière et la réduction des inégalités sociales de santé.

Il reste d'importants coûts non remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé, que ce soit le matériel dentaire ou médical (lunettes, appareils auditifs, implants), les médicaments non remboursés, les suppléments d'honoraires ou les frais liés aux soins de santé mentale. Ces coûts doivent impérativement être régulés et la part pour le-la patient-e diminuée. Les suppléments d'honoraires doivent être supprimés en cas d'hospitalisation en chambre à un lit tout en garantissant une rémunération correcte aux prestataires et établissements de soins.

Dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, il est nécessaire de rendre plus transparent le système de remboursement actuel et de revoir les critères pour les conventions article 81/111 sur base des recommandations du KCE. Il est également important d'établir un pourcentage d'augmentation maximale du budget de ce secteur et de le responsabiliser correctement en cas de dépassement.

Enfin, une politique de santé ambitieuse ne pourra se concrétiser sans la co-construction des réponses proposées avec les acteurs de la santé. Il faut pour cela redonner un pouvoir d'initiative à la concertation sociale dans un cadre de gouvernance plus transversale.

Le récent accord de gouvernement s'inscrit dans ces recommandations et marque une rupture avec les politiques d'austérité menées ces dix dernières années. Il apporte un vent d'espoir pour le secteur des soins de santé. Il comprend notamment un réinvestissement de quelque trois milliards à l'horizon 2024¹²; la volonté de mener une politique de soins de santé dans une perspective de long terme sur base d'objectifs de santé publique—notamment la réduction des inégalités de santé—et au départ d'un cadre budgétaire pluriannuel; la poursuite de la réforme du secteur hospitalier (budget pluriannuel, renforcement des réseaux hospitaliers et poursuite de la redéfinition de la nomenclature) et la revalorisation de la première ligne de soins (avec un focus sur le rôle de la première ligne en tant que coach et gardien du système de santé).

Il reste toutefois des zones d'ombre qui incitent à être vigilant-es et à surveiller de près les évolutions pour que la rupture avec les politiques précédentes soit confirmée :

L'accord comprend trop peu de solutions pour lever les obstacles financiers aux soins de base et endiguer la privatisation des soins. Peu est dit sur les secteurs pour lesquels le coût à charge des patient-es est particulièrement élevé (soins dentaires, médicaments, hospitalisations, matériel médical, matériel auditif, lunettes, etc.). Et les réponses apportées pour contrôler la commercialisation et la privatisation du secteur (assurances hospitalisation, suppléments d'honoraires, déconventionnement) sont floues et restent insuffisantes.

L'accord reste timide sur le renforcement de la première ligne et le virage ambulatoire pourtant nécessaire pour faire face aux défis du vieillissement et de la chronicisation des maladies. L'accord ne parle pas de la fidélisation chez un médecin généraliste, ni de l'échelonnement des soins ni d'un financement qui soutient l'interdisciplinarité.

L'accord prend des positions contradictoires sur le secteur des médicaments et ne mentionne pas d'objectifs chiffrés en vue de le responsabiliser ou de limiter sa croissance annuelle. Un accord plus contraignant aurait été nécessaire.

L'accord de gouvernement contraste donc avec les choix politiques pris ces dix dernières années. Il donne l'espoir que les fondements de notre système de santé, qui se veut de qualité et universel, soient renforcés. Reste à voir concrètement si ces changements d'orientation se traduiront en actes. #

(*) Service d'étude de la Mutualité chrétienne

1. Source : OCDE

2. Le budget fédéral des soins de santé représentait 26,4 milliards en 2019. Les plus gros postes sont les suivants : les honoraires et actes techniques des médecins (spécialistes et généralistes) pour 8,3 milliards, les hôpitaux pour 5,9 milliards et les médicaments pour 5,5 milliards. On trouve ensuite une multitude de plus petits postes : infirmières (1,6 milliard), dentistes (1 milliard), kinés (824 millions), implants (751 millions), dialyse (441 millions), rééducation (418 millions), bandagistes et orthopédistes (235 millions), maisons médicales (200 millions), etc.

3. Bureau fédéral du Plan, *Perspectives économiques 2019-2024*, Juin 2019, p. 18.

4. Le Maf est une mesure basée sur l'année civile qui garantit à un ménage que pour l'année concernée, ses dépenses en matière de soins de santé (ticket modérateur) ne dépasseront pas un certain plafond, déterminé en fonction de ses moyens financiers.

5. Les encaissements des assurances facultatives, donc les primes payées par la population, ont crû en moyenne de 7,1 % entre 2008 et 2018 alors que les dépenses nominales de l'assurance obligatoire soins de santé ont crû de 4,1 % en moyenne sur la même période.

6. Si les honoraires de l'assurance obligatoire soins de santé facturés lors d'hospitalisations classiques ou de jour ont augmenté de 3,7 % en moyenne entre 2006 et 2018, les suppléments d'honoraires ont crû en moyenne de 7,8 % sur la même période (source : IMA, 2020)

7. Le taux de conventionnement des médecins spécialistes passe de 44,6 % en 2012 à 44,2 % en 2018 et celui des dentistes de 34,3 % à 26,8 % (celui des généralistes augmente, lui, de 83,1 % à 85,1 %).

8. Instaurée en 1963, l'intervention majorée permet à certain-es assuré-es de payer une quote-part moindre lors d'un séjour hospitalier, ainsi que pour la plupart des soins ambulatoires assurés par les médecins, dentistes, kinésithérapeutes ou encore pour les médicaments.

9. Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales au sujet du projet de loi portant réforme de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (actuellement reprise dans la loi SSI coordonnée), Doc. parl., Sénat, 1992-1993, 579/2, pp. 8-9.

10. Créée en 2010, la convention article 81/111 a pour objectif d'offrir un remboursement temporaire à des médicaments dont les études ne sont pas suffisantes pour assurer un remboursement permanent parce que des incertitudes demeurent quant à l'efficacité clinique ou au rapport coût-efficacité du produit ou sur le plan budgétaire. Les médicaments sous convention article 81/111 ont crû en moyenne de 32 % entre 2015 et 2018 alors que l'ensemble des autres médicaments a connu une croissance négative (-0,6 %) sur la même période.

11. Dans un tel système, les patient-es des catégories socio-économiques les plus faibles pourraient certes bénéficier d'un remboursement plus ou moins suffisant. Mais, dans l'ensemble, la classe moyenne, majoritaire et moins bien couverte, risque de rencontrer des difficultés d'accès aux soins de santé et de délégitimer ce mécanisme de protection des plus faibles, quité à en réduire son ampleur et sa couverture.

12. Relèvement de la norme de croissance à 2,5 %, pérennisation du fonds Blouses Blanches et de l'accord social visant à améliorer les conditions de travail du personnel hospitalier, réinvestissement dans la santé mentale, etc.