

# Irlande

## Des fragilités du système de santé exacerbées par la crise sanitaire

Noélie DELAHAIE <sup>1</sup>

---

Avec 37,13 décès liés au Covid-19 pour 100 000 habitants en date du 28 septembre, la République d'Irlande se situe en 18<sup>e</sup> position du classement mondial réalisé par l'Université Johns-Hopkins. Dans ce pays de 4,9 millions d'habitants, le premier cas de contamination est officiellement détecté le 29 février alors que l'Irlande se prépare depuis quelques semaines à affronter la pandémie. De fait, les autorités irlandaises craignent une certaine difficulté du Health of Service Executive (HSE), le système public de santé en charge de la gestion et de la délivrance des soins médicaux et hospitaliers, à absorber le choc de l'épidémie.

Depuis quelques années déjà, les hôpitaux publics se trouvent en effet dans une situation critique : leurs moyens et ressources ont été considérablement affaiblis par des plans d'austérité budgétaire mis en place dans les années 1980 puis durant la crise économique et financière de 2007-2008. La réduction des capacités hospitalières est également concomitante

aux vagues de privatisation initiées par les pouvoirs publics depuis le début des années 1990, avec pour résultat une forte intrication entre les secteurs privé et public tant en termes de financement que de fourniture de soins. En 2017, la part de l'assurance privée dans les dépenses de santé <sup>2</sup> est désormais la plus élevée d'Europe après la Slovénie (12 %), tandis que la contribution des impôts et prélèvements, bien que majoritaire, est en-deçà de la moyenne européenne (73 % contre 77 %), de même que le reste à charge des ménages (12 % contre 16 %) (OECD, 2019). L'Irlande demeure également le seul pays d'Europe de l'Ouest sans couverture santé universelle, en particulier pour les soins primaires. Ainsi, plus de la moitié de la population dispose d'une assurance maladie privée individuelle, lui permettant un accès plus rapide aux soins, y compris dans les hôpitaux publics. Le pays fait enfin face à une carence importante en matière d'infrastructures de soins primaires, ce qui rend l'offre

---

1. Chercheure à l'IRES.

2. Les dépenses de santé (3406 euros par habitant) sont certes de l'ordre de 20 % supérieures à la moyenne européenne mais elles sont surtout imputables aux prix élevés des soins et des médicaments (OECD, 2019).

de soins très centrée sur l'hôpital. Conjugée à une insuffisance en lits d'hôpital, cette situation se traduit par des délais et des listes d'attente très importants, en particulier pour les patients relevant de l'assurance publique.

Compte tenu des faiblesses du système public de santé, le gouvernement met en place dès la fin du mois de janvier une cellule de crise, la National Public Health Emergency Team (NPHE, équipe nationale d'urgence en santé publique). Placée sous la responsabilité du ministère de la Santé, la NPHE joue un rôle majeur dans la gestion de la crise : elle coordonne les différents acteurs sanitaires et élabore un plan national d'action en suivant les recommandations d'un conseil d'experts indépendants mis en place à cet effet, le Coronavirus Expert Advisory Group (CEAG). La priorité de la NPHE est avant tout d'éviter un débordement des hôpitaux publics par des mesures de restriction sociale et économique tout en augmentant les capacités hospitalières, principalement par la mise à contribution des hôpitaux privés.

---

### **Maîtriser l'afflux de patients à l'hôpital**

Face à une situation sanitaire déjà critique, la NPHE élabore au début du mois de mars, suivant les recommandations du CEAG et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un calendrier d'actions qui seront mises en œuvre au fur et à mesure que la pandémie prend de l'ampleur. Le gouvernement applique dans un premier temps une stratégie d'endiguement (« *containment phase* ») dans l'objectif de briser la chaîne de transmission et de prévenir la propagation du virus. La crainte de voir la situation s'aggraver comme en Italie fait rapidement passer le pays en phase de ralentissement (« *delay*

*phase* »), laquelle vise à freiner la transmission et à protéger les populations vulnérables par des mesures préventives et des soins adaptés. Les autorités décident finalement le confinement général de la population à partir de la troisième semaine de mars (« *mitigation phase* ») : il s'agit alors de diminuer l'impact de l'épidémie en fournissant les services essentiels avec l'accent mis sur la protection des plus vulnérables et la réduction de l'excès de mortalité. Comme ailleurs en Europe, les individus ne sont pas égaux face au risque d'infection : la maladie touche en premier lieu les personnes âgées, les habitants des grandes villes, les moins aisés financièrement, etc. Dans ce contexte, les autorités veillent à assurer un accès égalitaire et universel des citoyens aux soins primaires, de sorte que les médecins généralistes (*General Practitioners*) jouent un rôle majeur dans la gestion de la crise et la délivrance des premiers soins.

### **De l'endiguement de l'épidémie au confinement de la population**

Fin février, les autorités irlandaises recommandent dans un premier temps à la population de faire preuve de vigilance et de respecter les gestes barrières et la distanciation physique. Le 7 mars, la NPHE publie un guide pour prévenir la diffusion de la maladie. Il est en parallèle demandé aux personnes ayant voyagé dans des zones à risques et présentant des symptômes de respecter un isolement de 14 jours et de contacter leur médecin généraliste en vue d'un test de dépistage. Le 9 mars, le gouvernement décide d'annuler la célèbre parade de la Saint Patrick (prévue le 17 mars) et annonce une série de mesures de soutien aux revenus des ménages (2,4 milliards d'euros) et des entreprises (200 millions d'euros) ainsi qu'une enveloppe de 435 millions

d'euros destinée à accroître les capacités du système de santé (équipements, traitements, traçage et tests). Le 12 mars 2020, l'Irlande entre dans une phase de « ralentissement de l'épidémie » : le gouvernement instaure pour une période initiale de deux semaines la fermeture des musées, des sites touristiques, des écoles, collèges, crèches et universités ainsi que l'annulation de tout évènement rassemblant 100 personnes ou plus en lieu clos (5 000 personnes en extérieur). Les employeurs sont encouragés à proposer du télétravail aux salariés. Le 15 mars est décrétée la fermeture des *pubs* et l'interdiction d'organiser des rassemblements privés chez soi. À partir du 24 mars, la fermeture de tous les restaurants, hôtels et commerces non essentiels est décidée. Une nouvelle mesure de soutien aux revenus des ménages, la « subvention salariale temporaire » (*temporary wage subsidy*) équivalant à 70 % du salaire net, ainsi qu'une allocation de chômage d'urgence sont introduites.

Sous la pression des maires des principales villes du pays (Dublin, Cork et Galway) particulièrement touchées par l'épidémie et au moment où survient le 22<sup>e</sup> décès lié à la maladie, le gouvernement décide le confinement de la population le 27 mars pour une période initiale de 15 jours. Les citoyens sont ainsi appelés à rester chez eux <sup>3</sup> et les personnes âgées de plus de 70 ans ou présentant un état de santé fragile ont l'interdiction de quitter leur domicile. Le pic de l'épidémie est franchi mi-avril et les services de

soins intensifs dans les trois principaux hôpitaux de Dublin, qui concentre plus de la moitié des personnes contaminées par le nouveau coronavirus, arrivent à saturation. La prolongation du confinement est ordonnée jusqu'à ce que le nombre de personnes en soins intensifs baisse de 150 à 100 et que le taux de reproduction du virus baisse de plus d'1 à 0,6 ou 0,7 <sup>4</sup>. Outre les mesures de restriction sociale et économique, les hôpitaux sont contraints d'annuler ou de reporter toute consultation ou opération chirurgicale non urgente. Les maisons de retraite, grandes oubliées de la gestion de la crise sanitaire, sont incitées à ne pas transférer leurs patients atteints du Covid-19 à l'hôpital. Comme ailleurs en Europe, c'est pourtant dans ces structures que les dégâts humains sont les plus lourds (voir annexe). Par ailleurs, les individus présentant des symptômes de la maladie sont sommés de s'auto-isoler, de contacter leur médecin généraliste et de ne pas se présenter à l'hôpital. Brick *et alii* (2020) estiment que l'ensemble des mesures mises en œuvre, qu'elles visent à restreindre la vie économique et sociale ou les consultations à l'hôpital, ont incontestablement contribué à éviter un engorgement des services d'urgence au niveau national : en mars 2020, 77 932 fréquentations des urgences sont enregistrées, soit une baisse de 32,5 % par rapport au mois de mars 2019.

Alors que le nombre d'hospitalisations et de nouvelles contaminations diminue,

3. Les sorties autorisées sont limitées aux déplacements entre le domicile et le travail pour les travailleurs des secteurs essentiels, à l'achat de denrées alimentaires, aux visites médicales et à l'achat de médicaments, à l'exercice physique individuel dans un rayon de 2 km autour du domicile, aux travaux agricoles ainsi qu'à l'aide aux personnes dépendantes ou vulnérables.

4. F. Kelly, J. Power, « The government will ease restrictions on trial basis when spread is curbed », *Irish Times*, April 13, 2020, <https://bit.ly/3jEJGTa>.

le gouvernement présente début mai les quatre étapes <sup>5</sup> du processus de déconfinement, lequel est amorcé le 18 mai. Pour la première fois, l'utilité du masque apparaît dans le débat public. Devenu obligatoire à partir du 10 juillet dans les transports publics et à partir du 10 août dans les commerces, le port du masque est dans un premier temps conseillé en cas de forte affluence. Si les trois premières étapes du déconfinement sont mises en œuvre suivant le calendrier initialement envisagé, la quatrième phase qui devait débiter le 19 juillet, puis le 20 août, est repoussée à deux reprises dans un contexte de recrudescence de l'épidémie : le taux de reproduction du virus dépasse à nouveau le seuil de 1 dès la mi-juillet avant d'atteindre 1,8 début août, avec pour conséquence des reconfinements dans trois comtés (Kildare, Laois et Offaly) qui concentrent plus de la moitié des infections. Fin septembre, de nouvelles restrictions sont en cours de discussion pour faire face à la hausse des cas de contamination dans la capitale du pays.

#### **Des inégalités d'exposition au risque...**

Durant les premières semaines de la crise sanitaire, peu de statistiques officielles permettent de mettre en évidence des inégalités d'exposition au risque d'infection, mises à part les données épidémiologiques communiquées quotidiennement depuis le 23 mars par le Health Protection Surveillance Center (HPSC, Centre de surveillance et de

protection de la santé). Dans son bulletin du 25 septembre <sup>6</sup>, le HPSC (2020) annonce que l'épidémie a engendré au total 33 988 cas d'infection et 1 540 décès liés au Covid-19 <sup>7</sup>. Les femmes apparaissent plus exposées au risque de contamination (55,25 % des cas confirmés) de même que le personnel soignant (près de 27 % des cas). Si l'âge médian des personnes malades est de 45 ans, le taux de létalité <sup>8</sup> augmente avec l'âge : il passe de moins de 2 % pour les moins de 64 ans à 11,12 % pour les 65-74 ans, 21,69 % pour les 75-84 ans, et enfin 27,22 % pour les plus de 85 ans. Comme ailleurs en Europe, c'est dans les grandes villes que se concentre la diffusion du virus : la capitale dubloise enregistre près de la moitié des cas de contamination (47,49 %) ; viennent ensuite les comtés de Kildare (7,41 %) et de Cork (5,58 %).

Depuis la mi-mai, les publications bimensuelles du Central Statistics Office (CSO, Institut national des statistiques) apportent des précisions sur les caractéristiques « typiques » des personnes contaminées et décédées après avoir contracté la maladie. Les dernières statistiques publiées fin septembre (CSO, 2020) suggèrent qu'il existe, depuis le début de la crise, une surreprésentation des femmes parmi les individus atteints du Covid-19 mais que celles-ci en décèdent moins souvent que les hommes. Comme ailleurs en Europe, toutes les classes d'âge, à l'exception des moins de 24 ans, sont exposées

5. Initialement, la NPHEt préconise 5 phases mais le gouvernement se démarque progressivement des conseils de santé publique (Thomas, Darker, Nolan *et al.*, 2020), sans doute pour répondre à une volonté d'accélérer la reprise d'activité. De même, d'autres préconisations telles que le respect obligatoire d'une quarantaine de 7 jours pour toute personne entrant en Irlande n'ont pas été adoptées par le gouvernement.

6. Dans un souci d'actualisation, les données les plus récentes sont mentionnées. Les tendances présentées ici diffèrent peu de celles qui prévalaient durant la « première vague » épidémique.

7. À ce chiffre s'ajoutent 99 cas « probables » et 158 cas « possibles » de décès dû à la maladie. Les bulletins quotidiens sont consultables sur le site du HPSC : <https://bit.ly/3jxNXaV>.

8. Le taux de létalité représente la part des décès liés au Covid-19 parmi les personnes contaminées.

au risque d'infection mais la mortalité liée au Covid-19 touche plus fréquemment les plus de 65 ans : parmi les personnes décédées, 28 % sont âgées de 65 à 79 ans et 65 % de plus de 80 ans alors qu'elles ne représentent respectivement que 10 % et 3 % de la population irlandaise. De même les habitants de grandes villes sont plus souvent affectés que ceux vivant en zone rurale : par exemple, les Dublinois représentent près de 50 % des cas de contamination et de décès alors qu'ils ne représentent que 28 % de la population totale. Contrairement à d'autres pays, le lien entre le risque d'exposition au virus et les caractéristiques socioéconomiques apparaît moins explicite. Si la part des malades parmi les individus vivant dans les circonscriptions où la population est moins aisée financièrement est plus importante, les données officielles ne font pas apparaître de phénomène de surreprésentation : autrement dit, les individus plus pauvres ne contractent pas plus fréquemment la maladie que les individus plus aisés. De fait, ce sont dans les circonscriptions où la part des ménages dépendant des minima sociaux ou des pensions de retraite publiques est faible que la population contaminée est surreprésentée. Si l'on considère les chiffres en évolution, le CSO (2020) met en évidence une évolution du profil des personnes contaminées. Plus précisément, les personnes vivant dans les circonscriptions où le revenu médian des ménages est inférieur ou égal à 30 000 euros par an représentaient 4 % des contaminations au début de la pandémie, mais cette part a atteint 7 % entre fin juillet et fin septembre 2020. Les données révèlent une montée des cas de contamination dans les zones où la part des ménages dépendant des minima sociaux est élevée : ils représentaient de 17 % à 19 % des cas entre début avril et fin juin, contre 27 % fin septembre.

Le métier apparaît enfin être un critère discriminant, en particulier en raison des caractéristiques des travailleurs qui les occupent. Ainsi, Walsh *et alii* (2020) suggèrent que la majorité des activités définies comme « essentielles » par le gouvernement durant la crise sanitaire exposent plus fortement les travailleurs au risque d'infection liée au Covid-19 : ces derniers sont susceptibles de développer des formes graves impliquant une hospitalisation, voire le décès. Ces travailleurs ont pour point commun de présenter au moins l'un des trois critères considérés comme facteurs de risque : ils souffrent de maladies chroniques les rendant vulnérables au virus, sont âgés de 50 ans ou plus ou encore vivent dans les zones les plus défavorisées. Leurs analyses montrent que 15,4 % des travailleurs effectuant des activités essentielles présentent des problèmes chroniques de santé, près de 28 % sont âgés de 50 ans ou plus et 17 % vivent dans les zones les plus défavorisées. Trois professions apparaissent particulièrement exposées dans la mesure où elles cumulent les trois dimensions à risque : les personnels soignants et aides à domicile, les transporteurs de voyageurs ainsi que les travailleurs du gardiennage et de la sécurité.

**... mais une égalité d'accès aux soins primaires pour les patients atteints du Covid-19**

Si les individus sont inégaux face à la maladie, les autorités sanitaires veillent à ce qu'ils soient égaux face aux soins. Ainsi, le HSE et l'Irish Medical Organisation (IMO), l'une des organisations professionnelles de médecins généralistes, signent mi-mars un accord prévoyant un accès universel aux consultations de médecine générale pour les malades atteints du Covid-19 pendant la crise sanitaire. Cet accord, qui attribue un rôle moteur aux

## Encadré

## Un système de santé à « deux vitesses »

L'accès aux soins primaires de santé publique s'opère de manière schématique selon deux catégories d'éligibilité. La population relevant de la « catégorie 1 » bénéficie des services liés à la « carte médicale » (Medical Card), laquelle permet un accès gratuit aux soins primaires et aux services hospitaliers du secteur public ainsi qu'un copaiement modeste dans le cas de la prescription de médicaments (2 euros par boîte dans la limite de 20 euros par mois). La deuxième catégorie concerne la population éligible à la « carte de consultation d'un médecin généraliste » (General Practitioners visit card) : celle-ci permet de consulter gratuitement un médecin généraliste mais ne couvre pas les frais d'hospitalisation ni les médicaments. La détention de l'une des deux cartes est ouverte à tout citoyen résidant habituellement en Irlande <sup>1</sup> et dépend de plusieurs critères socioéconomiques. Plus précisément, le HSE définit différents seuils de ressources hebdomadaires pour les deux catégories de couverture en fonction de l'âge et de la configuration du ménage (tableau 1) : les seuils de revenus pour bénéficier de la catégorie 1 sont inférieurs à ceux de la catégorie 2 et sont croissants avec l'âge. Par ailleurs, certaines dépenses peuvent être prises en compte pour abaisser le seuil maximal de ressources, en particulier les dépenses liées aux enfants (de 38 euros par enfant de moins de 16 ans à 78 euros par enfant en cours d'études universitaires), les frais d'hébergement (loyer ou remboursement d'emprunt immobilier) et de transports, etc. Depuis 2015, toute personne de 70 ans ou plus ne répondant pas aux critères d'éligibilité de la catégorie 1 ainsi que les enfants de moins de 6 ans sont automatiquement éligibles à la catégorie 2.

**Tableau 1. Seuil maximal de ressources hebdomadaires ouvrant droit à l'une des deux catégories de couverture publique de santé**

En euros

	Medical Card (Catégorie 1)			General Practitioners visit card (Catégorie 2)	
	Moins de 66 ans	De 66 à 69 ans	Plus de 70 ans	Moins de 66 ans	Plus de 66 ans
Personne célibataire vivant seule	184	201,50	500	304	333
Personne célibataire vivant en famille	164	173,50	500	271	286
Personne vivant en couple ou parent isolé avec enfants	266,50	298	900	441	492

Source : <https://www.citizensinformation.ie/en/>.

En 2017, 32 % de la population irlandaise dispose de la carte médicale et 10 % de la carte de consultation d'un médecin généraliste (OECD, 2019) <sup>2</sup>. Depuis 2012, la part de la population éligible à la Medical Card tend à décroître dans un contexte de durcissement des conditions d'accès (*i.e.* augmentation des seuils de ressources) justifié par la reprise économique et la progression du revenu des ménages.





Le reste de la population (58 %) ne bénéficie d'aucune couverture et doit financer elle-même ses frais de santé. Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont encouragé les Irlandais à recourir à l'assurance privée au moyen de crédits d'impôts et autres incitations fiscales. En 2017, 45 % de la population souscrit à l'assurance individuelle privée, ce qui n'est pas sans exacerber les inégalités dans l'accès aux soins. Les patients relevant de l'assurance privée bénéficient en effet d'un accès prioritaire aux soins de médecine générale et hospitaliers aussi bien dans le secteur privé que public. Une étude récente démontre d'ailleurs que les assurés privés attendent respectivement deux fois et trois fois moins longtemps que les bénéficiaires de l'assurance santé publique pour des consultations externes à l'hôpital public et une hospitalisation (Whyte *et al.*, 2020).

Au final, le rôle croissant de l'assurance privée a permis l'instauration d'un « système de santé à deux vitesses » (Thomas, Barry, Johnston *et al.*, 2020), qui se manifeste par de longues listes d'attente dans les hôpitaux publics du fait d'un manque persistant d'infrastructures de soins primaires. Les délais d'attente pour bénéficier des soins sont historiquement très longs, de plus d'un an pour 23 % de la population ayant besoin de soins thérapeutiques et pour 40 % de celle nécessitant des traitements ophtalmologiques (HSE, 2018). Dans les hôpitaux, environ 14 % des adultes et 12 % des enfants attendent plus de 15 mois pour une opération chirurgicale non urgente. De même 28 % des individus doivent attendre plus d'un an pour bénéficier d'une première consultation externe à l'hôpital. En conséquence, le renoncement aux soins est important en Irlande, en particulier pour les individus les moins aisés : en 2017, 4,9 % des personnes percevant un bas revenu déclarent ne pas satisfaire leurs besoins de santé (3 % en moyenne européenne) contre 1 % de la population la plus aisée (OECD, 2019).

1. Est considéré comme résidente toute personne vivant en Irlande depuis au moins un an ou qui démontre l'intention d'y vivre pour la même période.

2. Seulement 20 % de la population âgée de 15 à 34 ans a accès à la carte médicale tandis que 75 % des plus de 70 ans sont concernés.

médecins généralistes dans le freinage de l'épidémie, est inédit : il n'existe pas de couverture universelle en matière de santé primaire en Irlande où les infrastructures dédiées aux soins primaires sont insuffisantes. Dans ce contexte, le rôle croissant joué par l'assurance individuelle privée a permis l'instauration d'un système de santé à « deux vitesses » (voir encadré).

L'accord vise essentiellement à lever l'obstacle financier dans l'accès aux soins. Il prévoit que les médecins soient remboursés directement par le HSE et

plafonne le tarif des consultations liées au Covid-19 à 30 euros (contre 40 à 65 euros habituellement), quelle que soit la couverture santé (privée ou publique) des patients. Il est en outre prévu que les médecins puissent traiter les patients identifiés lors de téléconsultations comme étant à risque d'infection dans des cliniques disposant de matériel respiratoire dédié. Le montant de ce type de consultation est plafonné à 75 euros. Enfin, le montant des consultations non liées au Covid-19 est plafonné à 25 euros pour les patients

détenteurs d'une carte médicale ou d'une carte de visite d'un médecin généraliste (voir encadré). Il semblerait que les médecins généralistes aient été en mesure de répondre à la demande croissante de consultations et aient rapidement mis en place un processus d'orientation des patients (Thomas, Darker, Nolan *et al.*, 2020). Lorsqu'ils sont orientés vers l'hôpital, les patients atteints de Covid-19 sont suivis sans frais depuis le 1<sup>er</sup> avril.

Enfin, selon les informations officielles disponibles, il n'y a pas eu d'inégalités dans la prise en charge par les hôpitaux des patients atteints du Covid-19, même si le ministère de la Santé s'était préparé à cette éventualité en élaborant, début avril, un guide destiné à aider le personnel soignant à prendre des décisions difficiles au regard de « la priorisation des ressources en soins intensifs dans le contexte du Covid-19 »<sup>9</sup>. Ce guide encourage à prendre en considération les facteurs de fragilité et de comorbidité ainsi que les chances de survie comme déterminants de l'accès des patients aux soins intensifs<sup>10</sup>.

### **Les hôpitaux publics à l'épreuve de la pandémie**

Au moment où survient la crise sanitaire, la situation des hôpitaux est critique

depuis de nombreuses années. Pour pallier les faiblesses structurelles du secteur public, les hôpitaux privés sont appelés à la rescousse.

### **Des lits en nombre insuffisant au début de la crise**

Le secteur public inclut les hôpitaux financés et gérés par le HSE ainsi que les hôpitaux à but non lucratif (« *voluntary hospitals* »), financés également par le HSE mais placés sous la responsabilité d'organismes indépendants, souvent caritatifs. Depuis le début des années 1980, les ressources et moyens alloués aux hôpitaux publics ont été considérablement réduits du fait du poids grandissant pris par les acteurs privés (Thomas, Barry, Johnston *et al.*, 2020 ; Mercille, 2018). Mercille (2018) identifie plusieurs facteurs d'affaiblissement : la possibilité pour les médecins sous statut privé d'exercer à la fois dans les hôpitaux publics et privés, avec pour conséquence un accès prioritaire réservé aux patients disposant d'une assurance privée ; les exonérations de taxes et impôts allouées aux assurés privés ; les politiques de rigueur budgétaire mises en place dans les années 1980 et durant la crise de 2008<sup>11</sup> ; l'instauration entre 2002 et 2010 d'un programme d'incitations fiscales à destination des investisseurs dans les hôpitaux privés à but lucratif<sup>12</sup>

9. Department of Health, « Ethical considerations relating to critical care in the context of COVID-19 », 2020, <https://bit.ly/3l7X1nc>.

10. Des critères tels que l'âge ou le handicap ne doivent en revanche pas entrer en considération pour éviter toute discrimination. Le personnel soignant est invité à utiliser le score « d'évaluation de la défaillance organique séquentielle » (Sequential Organ Failure Assessment score). Ce système de *scoring* permet de déterminer le taux de défaillance d'une personne sur la base de six indicateurs liés au fonctionnement des systèmes respiratoire, cardiovasculaire, hépatique, de coagulation, rénal et neurologique. Autrement dit, la probabilité pour un patient d'être pris en charge augmente avec les chances de survie.

11. Entre 1980 et 1989, les dépenses publiques de santé ont diminué de 7,5 %, dont une baisse de 9,5 % des montants alloués à l'hôpital. Entre 2008 et 2014, la rigueur budgétaire s'est accompagnée d'une diminution de 10 % des dépenses de santé et de 27,8 % des dépenses hospitalières.

12. Pour 100 millions d'euros engagés dans la construction d'un hôpital, les investisseurs bénéficient de 44 millions d'euros d'allègements fiscaux.



(« *Private for-profit hospitals* ») ; et enfin la création d'un fond national d'achat de soins (National Treatment Purchase Fund, NTPF) à travers lequel le gouvernement rémunère les hôpitaux privés qui prennent en charge les patients inscrits sur les listes d'attente de l'hôpital public. L'une des spécificités du système réside ainsi dans l'intrication forte entre les secteurs privé et public : le HSE est à la fois acheteur et fournisseur de soins et dans de nombreux cas, il achète des soins à des médecins généralistes relevant du secteur privé ou aux hôpitaux privés.

Conjuguées à l'absence de couverture universelle et à l'insuffisance de structures en matière de soins primaires (encadré 1), les évolutions à l'œuvre depuis quatre décennies se répercutent de manière mécanique sur les capacités des hôpitaux publics. De fait, en comparaison européenne, le nombre de lits par habitant est l'un des plus faibles en Irlande (2,9 lits pour 1 000 habitants contre 5,1 en moyenne dans les pays européens). Il en résulte un taux d'occupation des lits parmi les plus hauts d'Europe (95 %), soit 20 points de plus que la moyenne européenne et des délais d'attente très élevés (OECD, 2019). Dans son analyse, Mercille (2020) souligne d'ailleurs que le nombre de lits a globalement baissé depuis les années 1980, signalant que l'expansion du secteur privé n'a pas permis de combler le recul du secteur public : entre 1980 et 2015, le nombre de lits y a baissé de près de 31 % (de 15 111 à 10 473) tandis qu'il a progressé de 26 % (de 1 518 à 1 910 lits) dans le secteur privé.

Récemment, le constat, partagé par l'ensemble des partis politiques, d'une inadéquation du système de santé, et *a fortiori* du secteur public, à la demande croissante de soins dans un contexte de vieillissement de la population a abouti à la nécessité d'une réforme profonde. À la suite de la publication d'un rapport parlementaire, le Sláintecare Report (Houses of the Oireachtas, 2017), une réforme de grande ampleur est lancée en 2018, dont l'achèvement est prévu à l'horizon 2028. Parmi les actions préconisées, l'accent est mis sur le renforcement des soins primaires, la séparation des systèmes public et privé de santé ainsi que l'apport de 2 600 lits supplémentaires<sup>13</sup> en 10 ans. Néanmoins, lorsque la crise sanitaire éclate, la réforme n'a pas eu le temps de produire ses effets.

### **Les hôpitaux privés à la rescousse**

Au début de la crise, le HSE dispose de 12 250 lits (dont 250 en soins intensifs) avec un taux d'occupation proche de 100 %. 650 lits ont pu être libérés par l'annulation et le report d'opérations non urgentes<sup>14</sup> mais le manque de places demeure trop important. Plusieurs mesures sont alors mises en œuvre. Le HSE demande dès le 24 mars à l'association des hôpitaux privés (Private Hospital Association) de mettre à disposition ses infrastructures. Conclu le 30 mars pour une durée de trois mois, l'accord prévoit que les 18 hôpitaux privés du pays fonctionnent « suivant les règles du secteur public », de sorte que les patients du secteur public et du secteur privé soient traités de manière identique. Il permet l'apport supplémentaire de 2 500 lits, de

13. Une récente estimation montre que la réforme, bien qu'ambitieuse, ne suffira pas à faire face à la demande de soins. Keegan *et al.* (2019) estiment que les capacités en lits devraient être accrues de 4 000 à 6 300 unités, dont 3 200 à 5 600 lits pour l'hôpital public.

14. HSE media release, June 2, 2020, « Covid-19 Committee Meeting Tuesday 2 June 2020 », <https://bit.ly/3d2ZNav>.

1 000 chambres individuelles dédiées à l'isolement de patients, de 194 respirateurs, de neuf laboratoires d'analyses et de 8 000 soignants, dont 600 médecins seniors (« *consultants* »). Les conditions financières de l'accord, non mentionnées dans l'accord initial, ont fait l'objet de nombreux débats entre les acteurs. Ce n'est que courant avril que les coûts sont divulgués par la presse ou lors de débats parlementaires : mi-avril, le quotidien *Irish Times* rapporte que le coût dû à la contribution des hôpitaux privés s'élève à 115 millions d'euros par mois (hors rémunération des soignants). La facture sera finalement revue à la baisse pour atteindre 300 millions d'euros entre début avril et fin juin. Ce sont les conditions de rémunération des médecins qui constituent le point de blocage le plus important. Initialement, le HSE propose que les médecins relevant du privé se voient offrir un contrat de trois mois, par lequel ces derniers s'engagent à réserver la fourniture de soins aux patients du public seulement pour un salaire compris entre 141 000 et 195 000 euros par an (contrat catégorie A). Cette proposition est vécue comme injuste dans la mesure où de nombreux médecins exerçant habituellement en hôpital public sont souvent sous contrats plus avantageux financièrement (connus sous les termes de catégories B et C), leur permettant de traiter des patients relevant du privé. Sans remettre en cause l'accord initial, l'organisation représentant les médecins hospitaliers (Irish Hospital Consultants' Association, IHCA) exhorte ses membres à ne pas signer les contrats proposés par le HSE. Fin mai, seulement la moitié des

médecins auraient accepté le contrat proposé par le HSE. Au final, si l'approche de l'État en matière de santé publique face à l'urgence sanitaire fait l'objet d'un consensus parmi les acteurs et la population, les avis divergent sur les conditions financières de l'opération et ce, d'autant plus que les hôpitaux privés auraient fonctionné à hauteur de 33 % de leurs capacités.

Outre l'apport du secteur privé, le gouvernement réquisitionne début avril 1 100 lits en chambre d'isolement et 450 lits d'urgence dans de nouvelles constructions à l'ouest de Dublin. Dans le même temps, le gouvernement prévoit la construction d'une quarantaine d'hôpitaux de campagne dont un seul aurait vu le jour début juin selon les informations disponibles. D'une capacité de 68 lits, l'hôpital de campagne de Limerick a été construit par des militaires en 15 jours pour prendre en charge les patients non atteints du virus et ceux qui pourraient s'être rétablis après contamination. L'objectif recherché est de soutenir les hôpitaux de la région<sup>15</sup> qui s'attendent à une deuxième vague de contamination. Ces différentes opérations permettent d'obtenir près de 6 000 lits d'hôpital et plus de 250 lits en soins intensifs supplémentaires.

En termes de personnel, face à la crainte d'une vague sans précédent de contamination du personnel soignant<sup>16</sup>, le gouvernement lance dès le 17 mars une campagne de recrutement « *Be on call in Ireland* » ouverte à toute personne souhaitant contribuer à la lutte contre l'épidémie. Début avril, cet appel attire 70 000 candidatures, dont 12 000 répondant aux qualifications exigées sont

15. En particulier l'hôpital universitaire de Limerick qui, avant la pandémie, était le plus surpeuplé du pays.

16. Le 4 avril, 27 % des cas de contamination concerne le personnel infirmier. Fin juin, le principal syndicat infirmier, Irish Nurses and Midwives Organisation (INMO), annonce que 66 % du personnel aurait été contaminé.

retenues par le HSE. Début mai, le HSE annonce 2 000 recrutements, dont 57 % seulement sont effectifs<sup>17</sup>. Par ailleurs, l'ensemble des étudiants en école d'infirmière et d'infirmier sont recrutés en tant qu'assistants. Si le travail des personnels soignants a été rendu particulièrement éprouvant durant la crise sanitaire, peu de contestations ont vu le jour, si ce n'est contre la promesse du HSE, non respectée six semaines après la fermeture des écoles, de leur verser une allocation de garde d'enfants. Dans ce contexte, de nombreux personnels ont été contraints de prendre des congés payés ou de déclarer un arrêt maladie pour s'occuper de leurs enfants. Fin avril, le HSE annonce finalement le versement d'une allocation aux conjoints et conjointes des personnels de la fonction hospitalière, une mesure jugée « au mieux partielle » par l'un des principaux syndicats du secteur, Forsa, et injuste par le principal syndicat infirmier, Irish Nurses and Midwives Organisation (INMO), puisqu'elle ne prend pas en considération le cas des familles monoparentales.

---

### **Une pénurie généralisée de tests et d'équipements**

En Irlande, si les pénuries ont particulièrement affecté la politique de dépistage, des tensions sont également apparues dans la fourniture de matériel médical et d'équipements de protection personnelle.

### **Une politique de dépistage difficile à mettre en œuvre**

Au début du mois de mars, le test de dépistage est réservé aux individus

présentant des symptômes et ayant voyagé dans une zone à risques ainsi que les personnes ayant été en contact avec une personne infectée. Ces restrictions sont sans aucun doute imputables au manque de structures disposant des compétences pour analyser les résultats du test de détection du Covid-19 : l'ensemble des tests sont en effet pratiqués et analysés par un seul laboratoire, The National Virus Reference Laboratory (NVRL) de l'University College Dublin. Pour faire face à la demande croissante, les autorités sanitaires décident d'investir massivement pour accroître les capacités de dépistage dans l'objectif de réaliser 15 000 tests par jour. Fin mars, pas moins de sept *drive-tests* sont installés dans des parcs à travers le pays et 47 nouveaux centres de dépistage sont créés dans des structures de soins, gymnases et aéroports fermés. Les autorités font également appel à la marine nationale qui met cinq navires à disposition jusqu'à la mi-mai (trois à Dublin, un à Cork et un autre à Galway). Par ailleurs, le HSE charge 27 laboratoires hospitaliers ainsi que deux autres structures relevant du ministère de la Santé et du ministère de l'Agriculture d'aider le NVRL à analyser les résultats des tests.

Néanmoins, les autorités sanitaires font rapidement face à des pénuries de tests de dépistage et de réactifs de laboratoire dans un contexte de rationnement généralisé pratiqué par les fournisseurs internationaux. Début avril, seuls 1 500 tests sont réalisés chaque jour, soit 10 fois moins que l'objectif initial et 40 000 personnes sont en attente de dépistage. Les délais d'attente

---

17. Ce faible nombre de recrutements doit être mis en relation avec le fait que l'Irlande souffre d'un manque de médecins, dont le nombre s'élève à 3,1 pour 1 000 habitants (contre 3,6 en moyenne européenne). Le nombre de personnel infirmier est en revanche plus élevé que la moyenne : 12,2 infirmières et infirmiers contre 8,5 en moyenne européenne (OECD, 2019).

et d'obtention des résultats demeurent très longs (7 à 10 jours) et de nombreux centres sont contraints de fermer temporairement, faute de matériel. En conséquence, les tests sont réservés aux cas les plus vulnérables ou présentant au moins deux symptômes d'infection au Covid-19 ainsi qu'au personnel soignant. Courant avril, le HSE renforce ses capacités en signant un contrat avec une entreprise allemande, laquelle est en mesure d'effectuer 2000 tests par jour. Avec la progression du nombre de cas, le gouvernement annonce le 26 avril un nouvel objectif de 100000 tests par semaine et promet l'accès au test de dépistage à toute personne présentant au moins un symptôme d'infection. Officiellement, il est avancé que les délais d'attente sont réduits (1 à 3 jours) mais de nombreux médias rapportent des problèmes encore persistants fin juin.

En dépit des pénuries, il semblerait que les capacités de dépistage se soient améliorées à partir d'avril. Selon les résultats de L'Estrange (2020) établis sur la base des données du Worldometer Coronavirus, le nombre de tests pour 1 million d'habitants a progressé de 6,1 à 31,1 au mois d'avril, classant l'Irlande au 14<sup>e</sup> rang européen (contre le 24<sup>e</sup> rang début avril). Au 21 septembre, l'Irlande a pratiqué plus d'1 million de tests depuis le début de la crise, avec un taux de résultats positifs de l'ordre de 2,28 % sur les sept derniers jours (contre 20 % début avril).

**Des tensions sur la fourniture de matériel médical et surtout d'équipements de protection personnelle**

Historiquement, les unités de soins intensifs sont peu nombreuses en Irlande : au début de la crise, le pays ne dispose

que d'environ 6 lits pour 100000 habitants contre 11,5 en moyenne européenne<sup>18</sup>. Le HSE, qui dispose alors de 250 lits de soins intensifs, annonce début mars l'acquisition de 145 lits supplémentaires (hors apport du privé). Cet objectif ne semble pas avoir été atteint puisque seuls 28 lits ont été livrés le 19 avril, à un moment où l'épidémie a déjà atteint son pic. S'agissant des respirateurs et autres matériels médicaux, la presse irlandaise n'a pas relevé de problèmes majeurs. Dès le mois d'avril, le HSE, qui dispose alors de 500 respirateurs artificiels et de plus de 900 machines d'assistance respiratoire, annonce un investissement massif visant l'acquisition de 1500 respirateurs artificiels. Début juin, 2200 respirateurs artificiels sont mis à disposition des hôpitaux. Il convient de rappeler que ces tensions surviennent alors que de nombreux groupes pharmaceutiques et de matériel médical ont choisi de s'implanter en Irlande pour des raisons d'optimisation fiscale (Coron, Sauviat, dans ce numéro).

La pénurie est particulièrement marquée en ce qui concerne les équipements de protection personnelle (EPP). Habituellement, le pays dispose d'un stock de 500000 masques, de 200000 lunettes de protection, de 100000 blouses et de 4 millions de gants. Avec la crise, les besoins sont considérablement revus à la hausse : le HSE doit acquérir 36 millions de masques, 24 millions de lunettes de protection et de blouses ainsi que 56 millions de gants. Le HSE a certes commandé pour 30 millions d'euros d'EPP début février mais les stocks sont vite épuisés. Durant le mois de mars, le personnel soignant est donc contraint de réduire l'utilisation d'EPP en n'y recourant qu'en cas inévitable d'exposition aux risques ou en

18. G. Curley, « Intensive care units cannot cope with another wave of COVID-19 », *The Irish Times*, September 8, 2020, <https://bit.ly/210rJAn>.

prolongeant la durée d'utilisation au-delà des recommandations du fabricant. Ce n'est que fin mars que les premières commandes en provenance de Chine sont enfin livrées en Irlande. Si, dans un premier temps, des problèmes de rationnement persistent, du fait d'un contrôle strict par le HSE de la répartition des stocks, il semble que les autorités soient parvenues à faire face à la pénurie. Depuis le début de la crise, 60 millions d'euros auraient été investis dans les EPP et le HSE prévoit une dépense de l'ordre de 240 millions d'euros pour l'année 2020.

### Conclusion

La crise sanitaire démontre avec acuité que le système public de santé existant demeure insuffisant pour répondre à une situation d'urgence de grande envergure : capacité insuffisante en lits d'hôpital et de soins intensifs, coexistence de deux systèmes de santé, l'un public et l'autre privé, avec pour résultat des délais d'attente parmi les plus longs d'Europe et des inégalités dans l'accès aux soins. Conscient des faiblesses structurelles du HSE, le gouvernement a investi 1 milliard d'euros pour mettre en place, le temps de la crise, un service national hospitalier unique, sans distinction entre les secteurs privé et public. La mobilisation temporaire des hôpitaux privés, qui a permis de renforcer les capacités du secteur public et de soigner les patients de manière équitable, a sans conteste permis au pays de faire face à la « première vague » épidémique.

En exacerbant les fragilités de l'État sanitaire, la crise liée à la pandémie de Covid-19 pose de sérieux enjeux et défis pour l'avenir du système public de santé. Les listes d'attente qui étaient déjà parmi les plus longues d'Europe ont été considérablement allongées par le report

des soins non urgents : fin septembre, plus de 612 000 personnes sont en attente d'une première consultation à l'hôpital, soit une progression de 15 % depuis le début de l'année. Dans ce contexte, des initiatives émergent, à l'instar de la campagne pour un service de santé national et unique en République d'Irlande et en Irlande du Nord (Campaign for « An All-Ireland National Health »), soutenue par le parti socialiste People Before Profit. L'un des axes de revendication porte sur la nécessité de nationaliser le système privé de santé, de développer les infrastructures de soins primaires et d'en universaliser l'accès.

*Achevé de rédiger le 29 septembre.*

### Sources :

Brick A., Walsh B., Keegan C., Lyons S. (2020), « COVID-19 and emergency department attendances in Irish public hospitals », *ESRI Special Article*, Economic and Social Research Institute, Dublin, [https://doi.org/10.26504/qec-2020may\\_SA\\_lyons](https://doi.org/10.26504/qec-2020may_SA_lyons).

CSO (2020), « COVID-19 deaths and cases from 28 February to 18 September 2020 », *Series 12*, Central Statistics Office, September 25, <https://bit.ly/3ldvQY7>.

Houses of the Oireachtas (2017), *Committee on the Future of Healthcare*, Sláintecare Report, Dublin, May, <https://bit.ly/3cZgDHc>.

HPSC (2020), *Epidemiology of COVID-19 in Ireland*, Report prepared by HPSC on 25/09/2020 for National Public Health Emergency Team, <https://bit.ly/2GW0yX7>.

HSE (2018), *Annual Report and Financial Statements 2017*, Health Service Executive, Dublin, <https://bit.ly/3iyuXaS>.

Keegan C., Brick A., Walsh B., Bergin A., Eighan J., Wren M. (2019), « How many beds? Capacity implications of hospital care demand projections in the Irish hospital system, 2015-2030 », *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 34, n° 1, p. 569-582, <https://doi.org/10.1002/hpm.2673>.

L'Estrange S. (2020), « COVID-19 testing practices: Why they matter. And why they don't »,

## IRLANDE

Paper of University College Dublin, April 30, <https://www.ucd.ie/sociology/t4media/Testing%20Matters.pdf>.

Mercille J. (2017), « Neoliberalism and health care: The case of the Irish nursing home sector », *Critical Public Health*, vol. 28, n° 5, p. 546-559, <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1371277>.

Mercille J. (2018), « Privatization in the Irish hospital sector since 1980 », *Journal of Public Health*, vol. 40, n° 4, p. 863-870, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy027>.

OECD (2019), « Ireland: Country health profile 2019 », *State of Health in the EU*, Paris/Brussels, OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, <https://doi.org/10.1787/2393fd0a-en>.

Thomas S., Barry S., Johnston B., Siersbaek R., Burke S. (2020), « Embracing and disentangling from private finance: The Irish system », in Flood C.M., Thomas B. (eds.), *Is Two-Tier*

*Health Care the Future?*, Ottawa, University of Ottawa Press, p. 291-314, <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdctx.16>.

Thomas S., Darker C., Nolan A., Barry S., Kelleher K., Burke S. (2020), « Ireland's response to the Coronavirus pandemic », *HEPL Blog Series*, <https://bit.ly/3nlAOUu>.

Walsh B., Redmond P., Roantree B. (2020), « Differences in risk of severe outcomes from COVID-19 across occupations in Ireland », *ESRI Survey and Statistical Report Series*, n° 93, <https://doi.org/10.26504/sustat93>.

Whyte R., Connolly S., Wren M.-A. (2020), « Insurance status and waiting times for hospital-based services in Ireland », *Health Policy*, July 11, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.001>

Autres sources : Plateforme WHO/European Commission sur les réponses sanitaires à la crise, *The Irish Times*.



## Annexe

### Les maisons de retraite : une prise de conscience tardive ?

Fin juin, les maisons de retraite enregistrent près de 62 % des décès liés à la maladie <sup>1</sup>. Contre l'avis du HSE qui considèrerait encore le 10 mars que les restrictions sociales nuiraient « au bien-être social des résidents », les établissements ordonnent l'interdiction des visites dès le début de la crise sanitaire.

Dans une note d'orientation du 25 mars, le HSE exclut dans un premier temps les maisons de retraite de son plan d'action en leur demandant de traiter les patients infectés par le Covid-19 dans leurs propres structures et de ne les transférer vers des hôpitaux que dans des cas où cela « conférerait un avantage supplémentaire ». Ce n'est que début avril que l'ampleur de l'épidémie est révélée au moment où le nombre de foyers d'infection <sup>2</sup> passe de 9 à 50 durant la dernière semaine de mars. Le gouvernement annonce alors une série de mesures pour aider les maisons de retraite à faire face à l'épidémie : un soutien financier pour l'achat de matériel de protection (jusqu'à

72 millions d'euros), le contrôle de la température du personnel deux fois par jour, et la priorité aux résidents et aux personnels pour les tests de dépistage. Mi-avril, face aux problèmes d'absentéisme des personnels (contaminés ou sans mode de garde des enfants), le HSE propose le redéploiement de son personnel, sur une base volontaire, dans les maisons de retraite privées. Ce nouvel accord précise toutefois que ce déploiement doit être « un dernier recours absolu après avoir épuisé toutes les autres options pour trouver du personnel », de sorte que le secteur public ne soit pas lésé. Néanmoins, selon les informations disponibles et de l'aveu même des autorités publiques, peu de personnel a effectivement été déployé dans les maisons de retraite. La prise de conscience tardive de la situation de ces établissements doit avant tout être lue au regard des vagues de privatisation qu'a connues le secteur depuis plusieurs décennies, avec pour conséquence un affaiblissement de ses moyens et un désengagement de l'État (Mericille, 2017).

---

1. Aujourd'hui, il existe 440 maisons de retraite privées et 120 établissements gérés par le HSE, avec environ 30 000 résidents.

2. Un foyer est constitué de deux ou plusieurs cas positifs.