

## Irlande

# Le système de santé sous pression malgré un plan de réforme ambitieux

Noélie DELAHAIE

La République d'Irlande est le seul pays d'Europe de l'Ouest où il n'existe pas d'accès universel aux soins de santé. Près de la moitié de la population dispose ainsi d'une assurance santé privée, laquelle permet un accès plus rapide aux soins, au détriment des assurés publics. Un plan de réforme inédit a certes été lancé en 2017 avec l'objectif d'universaliser l'accès aux soins mais sa très lente mise en œuvre suscite l'inquiétude du corps médical, qui redoute « une crise » du système de santé.

The Republic of Ireland is the only country in western Europe without universal access to health care. Almost half of the population have private health insurance, allowing faster access to care, to the detriment of publicly insured individuals. Although an unprecedented programme of reform was launched in 2017 with the aim of universalising access to healthcare, its very slow implementation is causing concern among medical professionals, who fear "a crisis" in the healthcare system.

*Noélie Delahaie est chercheuse à l'IRES.*

La République d'Irlande est le seul pays d'Europe de l'Ouest où il n'existe pas d'accès universel aux soins de santé, en particulier aux soins primaires. En 2021, près de la moitié de la population dispose ainsi d'une assurance santé privée (Department of Health, 2022), laquelle permet un accès plus rapide aux soins, y compris dans les hôpitaux publics. Conjugée à une saturation chronique des hôpitaux, cette situation se traduit par des délais et des listes d'attente très importants, en particulier pour les patients relevant de l'assurance publique. Fin mars 2023, plus de 85 000 patients (soit plus de 2 % de la population) sont en attente d'une hospitalisation dans le secteur public, et pour près de 10 % d'entre eux depuis plus de 18 mois selon les données produites par le National Treatment Purchase Fund<sup>1</sup>, un organisme créé par le ministère de la Santé. De même, près de 576 000 Irlandais et Irlandaises, soit près d'une personne sur six, sont inscrits sur liste d'attente en vue d'une consultation externe auprès d'un médecin spécialiste hospitalier, dont 15 % d'entre eux depuis plus de 18 mois. La survenance en mars 2020 de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a certes contribué à mettre le système hospitalier sous pression – compte tenu de l'insuffisance structurelle de lits d'hôpital –, mais la complexité d'un système de santé « à deux vitesses » est de longue date reconnue comme le principal facteur d'allongement des listes d'attente.

Dans ce contexte, à la suite de la publication d'un rapport parlementaire, le Sláintecare Report (Houses of the Oireachtas,

2017), un plan décennal de réforme est lancé en 2017 avec l'objectif de rendre universel l'accès aux soins de santé. Alors qu'il fait l'objet d'une mise en œuvre tardive dans les premières années ayant suivi la publication du rapport, le plan de réforme connaît un regain d'intérêt en 2022 avec l'annonce par le gouvernement de deux mesures phares : l'extension de la gratuité des consultations de médecine générale à partir d'avril 2023 et la séparation des secteurs hospitaliers privé et public par l'introduction d'un nouveau contrat d'emploi « exclusivement public » pour les médecins spécialistes hospitaliers qui exercent sous statut privé (*consultants* en anglais). Qu'en est-il en pratique de leur mise en œuvre ? Ces mesures suffiront-elles à désengorger les hôpitaux et à réduire les listes d'attente ?

## Un plan de réforme du système de santé inédit

L'une des spécificités du système de santé irlandais réside dans la forte intrication entre les secteurs public et privé : le service exécutif de santé (Health Service Executive, HSE), une agence gouvernementale placée sous l'égide du ministère de la Santé (Department of Health), est à la fois acheteur et fournisseur de soins ; dans de nombreux cas, il achète des soins aux médecins relevant du secteur privé et aux hôpitaux privés<sup>2</sup>. Bien que le fonctionnement du système de santé fasse l'objet de critiques et de tentatives de réforme depuis plusieurs décennies, ce n'est qu'en 2017 qu'émerge la proposition d'une réforme profonde.

1. Les données sont accessibles sur le site du NTPF : <https://www.ntpf.ie/home/nwld.htm>.

2. En 2019, la part de l'assurance privée dans les dépenses publiques de santé en Irlande est la plus élevée d'Europe après la Slovénie (14 % contre 4,9 % en moyenne européenne). Les impôts et prélèvements obligatoires, bien que majoritaires, représentent 75 % des dépenses (contre 80 % en moyenne européenne) et le reste à charge des ménages 11,7 % (contre 15,4 %) (OECD, 2022).

## Un système de santé « à deux vitesses »<sup>3</sup>

En Irlande, l'accès aux soins de santé publique s'opère historiquement selon deux catégories d'éligibilité, lesquelles définissent des gammes de prix différentes selon les soins. La « catégorie I » regroupe les assurés disposant de la « carte médicale » (Medical card), laquelle permet un accès gratuit aux consultations de médecins généralistes (*General Practitioners*) et aux hospitalisations dans les établissements publics. La carte médicale prévoit également un copaiement modeste dans le cas de la prescription de médicaments. Au milieu des années 2000, dans l'objectif de renforcer l'accès aux soins primaires, les pouvoirs publics introduisent la « carte de consultation d'un médecin généraliste » (GP visit card). Celle-ci permet uniquement un accès gratuit aux consultations de médecins généralistes, y compris aux consultations d'urgence pratiquées en dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical (« *GP out of hours service* »). À la différence de la Medical card, la GP visit card n'autorise pas d'accès gratuit aux soins hospitaliers ni à la délivrance de médicaments. Les détenteurs de l'une des deux cartes bénéficient d'un accès gratuit aux consultations de médecins spécialistes, à condition d'être adressés par un médecin généraliste.

L'accès aux deux cartes est ouvert aux résidents irlandais qui répondent à certains critères socio-économiques, en particulier d'âge, de configuration familiale et de niveau de ressources hebdomadaires (tableau 1). Depuis 2015, l'accès à la GP visit card est automatique pour les enfants de

moins de 6 ans et les personnes de plus de 70 ans ne répondant pas aux critères d'éligibilité à la catégorie I. En 2021, seulement 40,3 % de la population est couverte par une assurance santé publique : 29,7 % des Irlandais et Irlandaises accèdent à une carte médicale et 10,6 % à une carte de consultation d'un médecin généraliste (Department of Health, 2022).

La deuxième catégorie (« catégorie II ») regroupe le reste de la population (soit près de 60 % des Irlandais et Irlandaises). Ces personnes accèdent aux services d'hospitalisation dans le secteur public, moyennant un ticket modérateur de 80 euros par jour et elles bénéficient, comme les patients relevant de l'assurance publique, d'un accès gratuit aux consultations externes de spécialistes dans les hôpitaux publics, à condition d'être adressées par un médecin généraliste. Elles doivent en revanche s'acquitter du montant des consultations de médecine générale, entre 45 et 80 euros. Or seule une petite partie de ces coûts est couverte par l'assurance maladie privée, qui concerne 49 % de la population totale en 2021 (soit près de 82 % de la population relevant de la catégorie II ; Department of Health, 2022), la plupart des régimes d'assurance se concentrant sur les traitements en milieu hospitalier privé ou public. Enfin, en 2021, plus d'une personne sur dix (soit près de 18 % de la population relevant de la catégorie II) ne possède ni assurance publique, ni assurance privée et est donc soumise à un coût élevé des soins de santé.

Le rôle croissant de l'assurance privée, largement permis par une assurance publique défaillante et encouragé par les

3. Cette partie s'appuie largement sur des éléments développés dans Delahaie (2020). Dans la mesure du possible, une actualisation des données est proposée.

**Tableau 1 - Seuil maximal de ressources hebdomadaires des titulaires de l'assurance publique**

En euros

	Medical card			General Practitioners visit card	
	< 66 ans	66-69 ans	> 70 ans	< 66 ans	> 66 ans
Personne célibataire	184	201,5	550	304	333
Personne célibataire vivant en famille	164	173,5	550	271	286
Personne vivant en couple ou parent isolé avec enfants	266,5	298	1050	441	492

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

pouvoirs publics *via* des incitations fiscales, a conduit à l'instauration d'un « système à deux vitesses » (Thomas *et al.*, 2020), qui se manifeste par de longues listes d'attente dans les hôpitaux publics. Ce constat est imputable au manque persistant d'infrastructures de soins primaires ainsi qu'à l'affaiblissement des capacités du secteur public, suite aux vagues de privatisations initiées à partir des années 1990, aux politiques d'austérité budgétaire durant les années 1980 et à la suite de la crise économique et financière de 2008 (Delahaie, 2020). De fait, en 2019, l'Irlande dispose de 2,9 lits d'hôpital pour 1 000 habitants (contre près de 5,2 en moyenne dans les pays de OCDE) et le taux d'occupation est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE : il s'élève à 90 % contre 42 % en moyenne (OECD, 2022)<sup>4</sup>. Dans ce contexte, les inégalités d'accès aux soins de santé sont particulièrement fortes. Les patients relevant de l'assurance privée bénéficient en effet d'un accès prioritaire aux soins de médecine générale et aux hôpitaux

aussi bien publics que privés : ces derniers attendent deux à trois fois moins longtemps respectivement pour des consultations externes à l'hôpital et une hospitalisation que les bénéficiaires de l'assurance publique (Whyte *et al.*, 2020).

### **Le rapport *Sláintecare* : vers un accès universel aux soins de santé**

Alors que de nombreux pays en Europe mettent en place un système de santé universel après la seconde guerre mondiale, la question d'universaliser l'accès aux soins primaires ne se pose en Irlande qu'en 2011 avec l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement de coalition Fine Gael-Labour Party (centre-droit/centre-gauche)<sup>5</sup>. Il s'agit de la première fois dans l'histoire de la République d'Irlande qu'un gouvernement prend l'engagement politique de mettre fin au fonctionnement à deux vitesses du système de santé et d'introduire la gratuité des consultations de médecine générale

4. Selon des estimations de Walsh et Brick (2023), le système de santé souffre d'un manque de 1000 lits et nécessite l'apport de 300 lits supplémentaires en 2023 pour répondre à la demande.

5. L'échec des tentatives précédentes s'explique en particulier par les réticences de l'Église catholique et des organisations professionnelles médicales. La première redoutait une dilution de son pouvoir de contrôle sur les institutions de santé tandis que la profession médicale craignait une perte des revenus tirés des honoraires privés qu'engendrerait une prise en charge par l'État des dépenses de santé (Connolly, Wren, 2019).

(Connolly, Wren, 2019 ; Burke *et al.*, 2018). Après des années d'austérité budgétaire en réponse à la crise économique et financière de 2008, ce projet est toutefois abandonné en 2015 en raison de son coût jugé trop élevé. À la suite des élections de 2016, un nouveau gouvernement de coalition est formé par le Fine Gael (centre-droit) et des parlementaires indépendants. Le système de santé et ses fragilités ayant été au cœur de la campagne électorale, un comité parlementaire inter-partis est mis en place pour définir « une vision à long terme des soins et des politiques de santé en Irlande » (Connolly, Wren, 2019:95).

Les travaux de ce comité aboutissent à la publication en mai 2017 du rapport Sláintecare (Houses of the Oireachtas, 2017), lequel exprime un consensus politique sur la nécessité d'une réforme profonde du système de santé.

Ce rapport pointe en particulier la nécessité d'évoluer vers un système de santé à « un niveau » (*single-tier*) et universel. Parmi ses recommandations (encadré 1) figurent notamment l'introduction d'un accès universel aux consultations de médecine générale et aux soins primaires, la réduction voire la suppression du reste

### Encadré 1 - Principales recommandations du rapport Sláintecare

Publié en mai 2017, le rapport parlementaire inter-partis présente un plan décennal de réforme du système de santé, dont certaines actions doivent faire l'objet d'une mise en œuvre prioritaire durant les six premières années. Ce document émet un certain nombre de recommandations pour rendre universel le droit de la population irlandaise à la santé :

- un accès gratuit aux consultations de médecine générale, aux soins hospitaliers et des frais réduits sur l'achat de médicaments ;
- la délivrance des soins à « un niveau de complexité le plus faible possible », *i.e.* hors de l'hôpital, par le développement d'infrastructures de soins de santé primaire ;
- le déploiement d'un outil de service de santé en ligne (*e.health*) ;
- des temps d'attente garantis avec un maximum de 4 heures aux urgences, 10 jours pour l'élaboration de diagnostics, 10 semaines pour une consultation externe à l'hôpital et 12 semaines pour une procédure d'hospitalisation ;
- un retrait progressif des soins privés de l'hôpital public ;
- un accès précoce aux soins de santé mentale ;
- l'augmentation des effectifs du personnel de santé (infirmières, infirmiers, médecins généralistes et spécialistes) ;
- l'établissement d'un nouveau conseil d'administration du Health Service Executive (HSE) ;
- l'élaboration d'une nouvelle législation sur la gouvernance du système de santé ;
- la création d'un fonds de santé.

Le rapport préconise aussi l'instauration, durant les cinq premières années, d'une nouvelle carte de santé (« Carta Sláinte ») permettant à chaque Irlandais et Irlandaise d'accéder gratuitement à un vaste éventail de soins primaires.

à charge des patients ainsi que l'augmentation significative des dépenses publiques et des investissements dans les infrastructures de santé. Le rapport Sláintecare préconise également de réduire les inégalités d'accès à l'hôpital par la suppression des soins délivrés par des médecins relevant du secteur privé dans les hôpitaux publics (encadré 2). Initialement, le coût de mise en œuvre de ce plan est évalué à 2,8 milliards d'euros par an pendant 10 ans. Un fonds de transition de 3 milliards est en outre prévu pour les six premières années en vue de financer les actions prioritaires, en particulier les investissements en infrastructures, le développement des capacités de formation et la mise en place de la stratégie de santé.

### Des avancées limitées en matière d'accès aux soins de santé primaires

Universaliser l'accès aux soins de santé primaires est l'une des priorités du projet Sláintecare, qui fait néanmoins l'objet d'une mise en œuvre tardive et la nouvelle carte de santé « Carta Sláinte » ne paraît toujours pas être au cœur des projets gouvernementaux. L'extension de l'accès aux soins primaires est mise au premier plan de l'agenda gouvernemental 2022-2023 mais sa mise en œuvre se heurte à la pénurie de médecins généralistes.

#### Un engagement politique tardif

Malgré la composition multipartite du comité parlementaire du plan Sláintecare, ce n'est qu'en août 2018 que le

gouvernement élabore une feuille de route pour la période 2018-2021<sup>6</sup> (Thomas *et al.*, 2021). Celle-ci définit principalement les dispositions en matière de gouvernance et de responsabilité du gouvernement dans la mise en œuvre du plan ainsi que la création d'un comité d'orientation. En revanche, elle ne contient pas d'engagements concrets destinés à améliorer l'accès aux soins primaires (Connolly, Wren, 2019). Mi-2020, soit trois ans et demi après la publication du rapport, Thomas *et alii* (2021) notent ainsi des progrès très limités : certes des innovations substantielles pour financer des projets pilotes émergent mais la recherche d'une réduction des coûts d'accès aux soins primaires pour les patients semble avoir été reléguée au second plan<sup>7</sup>.

Ce n'est qu'à partir du milieu de l'année 2020, au moment où survient la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, que le plan Sláintecare connaît un regain d'intérêt. Conscients des fragilités structurelles du système de santé et de son incapacité à faire face à la pandémie, les pouvoirs publics mettent en place des actions temporaires inédites afin d'éviter la saturation des hôpitaux publics (Delahaie, 2020 ; Burke *et al.*, 2021 ; Mercille *et al.*, 2022). Parmi ces mesures, figurent celles recommandées par le plan Sláintecare : la prévention et le maintien des patients hors de l'hôpital, le déploiement universel et gratuit de tous les soins liés au Covid-19, le rapprochement provisoire des secteurs public et privé par une réquisition des hôpitaux privés, qui fonctionnent alors selon les

6. Se référer au document « Sláintecare Implementation Strategy », disponible sur le site du gouvernement irlandais : <https://bit.ly/3N2vnsy>.

7. Il s'agit essentiellement de réflexions autour de la création de zones régionales de santé, de la mise en place du Fonds d'intégration de Sláintecare et de la publication d'un rapport en février 2019 (Independent Review Group, 2019) qui approuve la suppression de la pratique privée dans les hôpitaux publics.

règles du public. À ces mesures s'ajoutent l'allocation de ressources supplémentaires pour renforcer la capacité du système avec 18 000 recrutements financés par le HSE et l'augmentation du nombre de lits.

### **Une extension de la gratuité des soins qui se heurte à la pénurie de médecins**

Après une année 2021 marquée par une crise de gouvernance liée à des démissions de membres du comité d'orientation de Sláintecare<sup>8</sup>, le gouvernement tente de donner un nouvel élan au plan de réforme avec l'annonce à l'automne 2022, lors de la présentation du budget 2023, d'une enveloppe record de 1,15 milliard d'euros supplémentaires dédiée aux dépenses de santé (soit près de 5 % du budget alloué à la santé publique)<sup>9</sup>. Parmi les mesures clés du plan Sláintecare figure l'extension de l'éligibilité à la GP visit card à plus de 400 000 nouveaux patients (soit 13 % de la population ne disposant pas d'une assurance publique) : la gratuité pour les enfants âgés de 6 et 7 ans serait ainsi mise en place fin 2022 et à compter d'avril 2023 pour les personnes dont le revenu est inférieur ou égal au revenu médian annuel (soit 46 000 euros). Selon le gouvernement, le développement de l'accès aux soins primaires est l'un des moyens de réduire les listes d'attente dans les hôpitaux.

Si l'ensemble des acteurs se montre en principe favorable à une extension de la gratuité des soins, l'annonce d'une telle mesure suscite de vives inquiétudes parmi les organisations professionnelles dans un contexte de pénurie de médecins généralistes<sup>10</sup>. Dès l'automne 2022, le Collège irlandais des médecins généralistes (Irish College of General Practitioners, ICGP<sup>11</sup>) avertit que la mise en place de cette mesure entraînerait des retards dans les soins non urgents, et par répercussion dans les soins hospitaliers, dans un contexte où la profession fait face à une pénurie de professionnels et recense près de 500 départs à la retraite prochainement. L'ICGP (2022) estime en effet que 4 257 médecins généralistes sont en exercice en 2022, dont 2 807 à temps plein : parmi ceux-ci, 25 % ont entre 60 et 65 ans, 14 % entre 65 et 70 ans, et 5 % sont âgés de plus de 70 ans. Selon l'organisation professionnelle, l'extension de la GP visit card suppose une progression de 40 % du nombre de médecins. La durée de formation d'un médecin généraliste étant de 4 ans en moyenne<sup>12</sup>, la pénurie de professionnels ne pourrait pas se résorber avant 2028, voire 2029 malgré l'augmentation des capacités de formation (ICGP, 2022).

De son côté, l'organisation médicale irlandaise (Irish Medical Organisation, IMO), qui représente les médecins

8. Deux des principaux membres du comité ont démissionné après avoir dénoncé la lenteur de la mise en place du plan de réforme. V. Clarke, « Sláintecare resignations "show fundamental problems" with health-reform plan », *The Irish Times*, September 9, 2021.

9. P. Cullen, « Health budget reaches new record with allocation of additional €1,15 bn », *The Irish Times*, September 27, 2022.

10. Notons qu'il n'existe pas en Irlande de données administratives sur le nombre de médecins généralistes ni sur le nombre de consultations délivrées. Les données proposées par les organismes internationaux comme Eurostat ou l'OCDE incluent les médecins généralistes en formation. Ainsi, Walsh *et alii* (2019) estiment qu'il existait en 2014 6,7 médecins généralistes pour 10 000 habitants en Irlande tandis que l'OCDE en recensait près de 7,8. Ce manque de données est d'ailleurs pointé par l'OCDE (OECD, 2022) qui préconise aux pouvoirs publics irlandais de mettre en place un suivi statistique sur ce point.

11. L'ICGP est une organisation professionnelle qui compte 4 200 membres en Irlande, dont 85 % sont des médecins généralistes.

12. La durée est de 6 ans pour les médecins spécialistes.

généralistes et les médecins spécialistes hospitaliers (*consultants*), a aussi vivement critiqué les annonces du gouvernement. À l'instar de l'ICGP, elle fustige l'incohérence de la mesure compte tenu de la pénurie de personnel. Elle rappelle ainsi qu'une extension de la gratuité des soins suppose « une planification à long terme, et non des annonces budgétaires motivées par des considérations politiques <sup>13</sup> ». L'IMO prédit une augmentation de la pression sur les cabinets de médecins généralistes, entraînant le déplacement des soins des patients existants, y compris les plus malades.

Ces inquiétudes de la profession se trouvent d'ailleurs confirmées par de récentes évaluations menées par des chercheurs de l'Economic and Social Research Institute (ESRI). Connolly *et alii* (2023) ont notamment cherché à mesurer les coûts et la demande supplémentaire engendrés par l'extension de la gratuité des soins à partir du modèle de projection des soins de santé de l'ESRI, le modèle Hippocrate (ESRI's Health Care projection model). Leurs calculs montrent que le nombre de consultations devrait progresser de 2,3 millions par an (+12 % par an), pour un coût estimé de 381 à 881 millions d'euros d'ici 2026. Si l'étude souligne que le coût supplémentaire de la gratuité des soins de médecine générale est soutenable du point de vue des finances publiques, elle pointe l'insuffisance du nombre de médecins pour pouvoir assurer ces soins. En effet, dans une précédente étude, Connolly *et alii* (2022) estiment qu'au moins 521 médecins généralistes

supplémentaires sont nécessaires pour faire face à l'augmentation de la demande.

Certes, la pénurie de médecins généralistes constitue un frein à l'extension de l'accès aux soins primaires mais la réaction hostile du corps médical doit aussi être mise en regard avec le système de rémunération des médecins, lequel est à la capitation pour les patients relevant de l'assurance publique et à l'acte pour ceux ayant un contrat privé<sup>14</sup>. Dans ce contexte, l'accès aux soins justifie sans doute le rationnement par la capacité des patients à payer.

Début avril 2023, sous la pression des organisations professionnelles, qui réclament des mesures pour accroître les capacités de formation et l'attractivité du métier, le ministre de la Santé, Stephen Donnelly, décide finalement de reporter la mesure annoncée lors du budget 2023, sans pour autant préciser de délai. Dans l'attente des recommandations d'un rapport visant à faire un état des lieux de la profession, le gouvernement précise qu'il invitera l'IMO à revenir à la table des négociations dans l'espoir de parvenir à un nouvel accord.

## Une séparation des secteurs privé et public encore incertaine

Limiter les files d'attente à l'hôpital et désengorger les établissements suppose, selon le plan Sláintecare, la création de six hôpitaux réservés uniquement aux soins non urgents. Néanmoins, près de six ans après la

13. P. Cullen, « Doctors critical of extension of free GP care announced in budget », *The Irish Times*, September 27, 2022.

14. Dans le mode de rémunération par capitation, les médecins perçoivent une somme forfaitaire par patient inscrit à leur cabinet (quel que soit le nombre de visites du patient au cours de l'année) tandis que dans le cas d'une rémunération à l'acte, le paiement aux médecins intervient à chaque consultation d'un patient.



publication du rapport, seuls deux hôpitaux de soins non urgents sont en projet.

La séparation des secteurs public et privé constitue une autre mesure phare du plan Sláintecare. En effet, les médecins spécialistes hospitaliers (*consultants*) exercent souvent à l'hôpital public sous statut privé. Dans ce cadre, ils ont la possibilité de choisir entre plusieurs types de contrat proposés par le HSE, lesquels définissent le volume maximal de soins pouvant être délivrés sous statut privé (encadré 2). Certes, le HSE propose un contrat exclusivement public mais force est de constater que 80 % des

*consultants* choisissent un contrat autorisant le recours à des soins privés (OECD, 2022).

En décembre 2022, après 6 mois de discussions avec l'IMO et l'association irlandaise des *consultants* hospitaliers (Irish Hospital Consultants' Association, IHCA), le ministère de la Santé annonce l'instauration du « contrat Sláintecare », un contrat exclusivement public, lequel permettrait de « réduire les listes d'attente à l'hôpital et de maximiser les capacités de l'hôpital » ainsi que la création de 1 000 postes « exclusivement publics » pour faire face à la pénurie de médecins hospitaliers. Ce contrat

### Encadré 2 - Les contrats de *consultants* en Irlande

La volonté de restreindre les pratiques privées au sein du secteur public n'est pas nouvelle. En 2008, le gouvernement introduit de nouveaux contrats délivrés par l'hôpital public pour inciter les *consultants* à réduire leurs pratiques privées en échange d'une augmentation de salaire. Outre l'introduction de la semaine de 39 heures, l'accord conclu prévoit trois types de contrats dont les modalités précisent le volume de pratiques privées autorisées :

- le contrat type A : contrat uniquement public, sans possibilité de pratique privée ;
- le contrat type B : contrat par lequel les *consultants* sont libres de s'engager dans des pratiques privées dans le secteur public dans la limite de 20 % de leur activité ;
- le contrat type C : contrat par lequel les *consultants* peuvent s'engager dans des pratiques privées hors du secteur public, tout en respectant la limite de 20 % de leur activité privée dans le secteur public.

Ces contrats viennent s'ajouter aux contrats de catégories 1 et 2 instaurés en 1997 : le premier limite les pratiques privées en dehors du secteur public tandis que le second est beaucoup plus flexible.

Selon les données publiées par l'OCDE (OECD, 2022), les contrats autorisant le recours aux pratiques privées sont les plus fréquemment choisis par les médecins hospitaliers. En 2020, plus de 80 % des 3 276 *consultants* détiennent un contrat autorisant le recours à des pratiques privées. Le contrat le plus répandu est le contrat de type B (1 920 *consultants*), tandis que seuls 596 *consultants* adhèrent au contrat de type A.

prévoit, pour les nouveaux entrants et les titulaires volontaires, un salaire annuel allant de 210 000 à 257 000 euros – soit des niveaux qui prévalaient avant 2012, avant que le gouvernement impose des baisses de l'ordre de 30 % des salaires pour faire face à la crise économique et financière de 2008 –, une durée de travail hebdomadaire de 37 heures, la possibilité pour les *consultants* d'opter pour une souplesse horaire tout en exigeant d'eux plus de flexibilité pour répondre aux besoins de service le soir et le week-end lorsque le planning le nécessite. En contrepartie et suivant la pratique développée par le National Health Service au Royaume-Uni, les *consultants* sont libres, une fois leurs engagements tenus dans le cadre de leur contrat public, d'avoir une pratique privée hors du site d'affectation<sup>15</sup>.

Le nouveau contrat est finalement entré en vigueur le 8 mars 2023 après une décision unilatérale du gouvernement mais son adoption demeure incertaine dans la mesure où il a été rejeté par la majorité des membres de l'IMO et de l'IHCA. Ainsi, une enquête de l'IHCA a révélé que plus de deux tiers des professionnels interrogés en Irlande et à l'étranger ne passeraient probablement pas au nouveau contrat. De même, selon un sondage mené par l'IMO, 57 % des *consultants* actuels de l'IMO, 64 % des jeunes médecins – futurs *consultants* – ont exprimé leur opposition à ce contrat et 59 % des *consultants* travaillant actuellement à l'étranger ont déclaré qu'ils ne reviendraient pas en Irlande pour accepter le contrat<sup>16</sup>. Si l'IMO reconnaît des avancées

sur certains points, en particulier le niveau de rémunération, elle dénonce l'absence de garanties concernant la répartition des tâches, la localisation et le nombre suffisant de personnel médical. Face à la pénurie de *consultants* – plus de 900 postes actuellement vacants –, l'IMO redoute « une crise de recrutement permanente<sup>17</sup> », laquelle risque de se traduire par un allongement des listes d'attente, contrairement aux recommandations du rapport Sláintecare, la saturation des hôpitaux et des risques majeurs pour la santé des patients. De fait, selon les données du NTPF, fin mars 2023, seulement 40 % des patients en attente d'une hospitalisation ont été pris en charge dans le délai de 12 semaines garanti par le plan Sláintecare et moins de 28% des patients ont pu accéder à une consultation externe sous 10 semaines<sup>18</sup>.

## Conclusion

Cinq ans après la publication du rapport Sláintecare, les pouvoirs publics irlandais peinent (se refusent ?) à réformer un système de santé « à deux vitesses ». Si l'ensemble des acteurs sociaux et professionnels s'accorde sur la nécessité de réformer le système, les mesures phares du plan Sláintecare, telles que l'universalisation de l'accès aux soins de santé primaire et le recul, voire la suppression, des soins privés de l'hôpital public, se heurtent à la réaction hostile du corps médical au nom de la pénurie de médecins généralistes et hospitaliers. Dans ce contexte, la persistance du nombre élevé de patients sur les listes

15. Notons que cette proposition n'est pas nouvelle. Le gouvernement a tenté en 2019 de mettre en œuvre ce contrat mais celui-ci avait été rejeté par les organisations professionnelles.

16. P. Cullen, « IMO members reject €257,000-a-year public-only contract », *The Irish Times*, March 7, 2023.

17. <https://bit.ly/3N6o5E7>.

18. Sur les garanties en termes de délai, voir l'encadré 1.

d'attente et la saturation des hôpitaux sont symptomatiques de l'échec de la réforme, ce qui fait craindre à l'ensemble des personnels soignants une « crise du système de santé ».

La lente mise en œuvre du plan Sláintecare ne se répercute pas uniquement sur les médecins, qu'ils soient généralistes ou hospitaliers : elle affecte aussi durablement les conditions d'emploi et de travail du personnel infirmier, lequel se trouve de plus en plus souvent dans l'incapacité de prendre en charge dans de bonnes conditions les patients à l'hôpital et aux urgences. Face à

cette crise de capacité, l'Irish Nurses and Midwives Organisation, principale organisation syndicale représentant le personnel infirmier, a menacé à plusieurs reprises depuis janvier 2023 d'appeler ses membres à entreprendre des actions de grève. Si les mesures mises en œuvre pendant la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 ont permis au système de santé irlandais d'absorber le choc (Delahaie, 2020 ; Burke *et al.*, 2021 ; Mercille *et al.*, 2022), l'échec de la réforme semble à l'heure actuelle résulter d'une absence de volonté politique de faire progresser le plan Sláintecare<sup>19</sup>.

---

19. S. Burke, « Hospital overcrowding is a symptom of the failure to reform the health service », *The Irish Times*, January 7, 2023.

## Sources :

- Burke S., Barry S., Siersbaek R., Johnston B., Ní Fhallúin M., Thomas S. (2018), « Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland », *Health Policy*, vol. 122, n° 12, p. 1278-1282, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.006>.
- Burke S., Parker S., Fleming P., Barry S., Thomas S. (2021), « Building health system resilience through policy development in response to COVID-19 in Ireland: From shock to reform », *The Lancet Regional Health - Europe*, n° 9, p. 100223, <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100223>.
- Connolly S., Keegan C., O'Malley S., Regan M. (2023), « Extending eligibility for general practitioner care in Ireland: Cost implications », *Research Series*, n° 156, Economic and Social Research Institute, January, <https://doi.org/10.26504/rs156>.
- Connolly S., Wren M.-A. (2019), « Universal Health Care in Ireland – What are the prospects for reform? », *Health Systems & Reform*, vol. 5, n° 2, p. 94-99, <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1551700>.
- Connolly S., Wren M.-A., Keegan C., Rodriguez A.G. (2022), « Universal Primary Care in Ireland: Cost and workforce implications », *The Economic and Social Review*, vol. 53, n° 4, Article 4, Winter, <https://www.esr.ie/article/view/2222>.
- Delahaie N. (2020), « Irlande : des fragilités du système de santé exacerbées par la crise sanitaire », n° spécial, « Les mobilisations sanitaires des États et de l'Union européenne face à la première vague de Covid-19 », *Chronique internationale de l'IREs*, n° 171, septembre, p. 139-153, <https://bit.ly/38j0Lib>.
- Department of Health (2022), *Health in Ireland. Key Trends 2022, Government of Ireland*, <https://bit.ly/43cea5u>.
- Houses of the Oireachtas (2017), *Sláintecare Report (Ireland), Committee on the Future of Healthcare*, <https://bit.ly/3cZgDHc>.
- Independent Review Group (2019), *Report of the Independent Review Group established to examine private activity in public hospitals*, February, <https://bit.ly/3IKaAht>.
- Irish College of General Practitioners (2022), *Shaping the Future. A Discussion Paper on the Workforce & Workload Crisis in General Practice in Ireland*, October, <https://bit.ly/45weDB4>.
- Mercille J., Turner B., Lucey D. S. (2022), « Ireland's takeover of private hospitals during the COVID-19 pandemic », *Health Economics, Policy and Law*, vol. 17, n° 2, p. 232-237, <https://doi.org/10.1017/S1744133121000189>.

- OECD (2022), *OECD Economic Surveys: Ireland 2022*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/46a6ea85-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., Johnston B., Barry S., Siersbaek R., Burke S. (2021), « Sláintecare implementation status in 2020: Limited progress with entitlement expansion », *Health Policy*, vol. 125, n° 3, p. 277-283, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.01.009>.
- Walsh B., Brick A. (2023), « Inpatient bed capacity requirements in Ireland in 2023. Evidence on the public acute hospital system », *QEC Research Note*, n° 20230101, ESRI, March, <https://doi.org/10.26504/rn20230101>.
- Walsh B., Smith S., Wren M.-A., Barron S., Morgenroth E., Eighan J., Lyons S. (2019), « Geographic profile of healthcare needs and non-acute healthcare supply in Ireland », *Research Series*, n° 90, ESRI, July, [https://www.esri.ie/system/files/publications/RS90\\_1.pdf](https://www.esri.ie/system/files/publications/RS90_1.pdf).
- Whyte R., Connolly S., Wren M.-A. (2020), « Insurance status and waiting times for hospital-based services in Ireland », *Health Policy*, vol. 124, n° 11, p. 1174-1181, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.001>.