

# Royaume-Uni

## Une sous-estimation initiale du risque, puis une gestion chaotique

Jacques FREYSSINET<sup>1</sup>

---

Au Royaume-Uni, la sous-estimation initiale du risque engendré par la pandémie a laissé place à une gestion chaotique des étapes de mise en place du confinement puis du déconfinement. La brutale diffusion du virus a mis en évidence les défaillances d'un système de santé qui a été soumis depuis les années 1980 à des politiques de privatisation masquée et qui a été affaibli depuis 2010 par l'austérité budgétaire. Face à l'afflux des malades, les hôpitaux publics ont été handicapés par des sous-effectifs massifs et sont restés dépourvus, pendant de longues semaines, des équipements indispensables. Les mesures d'urgence ont certes permis de faire face, mais dans des conditions qui ont révélé l'ampleur des inégalités devant la pandémie.

---

### Le contexte

Le gouvernement britannique maintient, aussi longtemps qu'il le peut, un

optimisme fondé sur une double affirmation : d'une part, le Royaume-Uni serait touché plus tardivement que les pays du continent européen, ce qui lui permettrait d'étaler jusqu'à l'été la gestion de la crise sanitaire ; d'autre part, le pays disposerait avec son National Health Service (NHS, Service national de santé) d'un outil efficace pour maîtriser la pandémie<sup>2</sup>.

### **Une explosion décalée et longtemps sous-estimée**

Si les deux premiers cas d'hospitalisation sont annoncés dès le 31 janvier, la pandémie ne connaît d'abord qu'une lente extension : le seuil de 10 décès n'est atteint que le 12 mars et le seuil de 1 000 n'est franchi qu'à la fin de ce mois. C'est en avril que les chiffres explosent, avec un pic des décès le 8 avril alors que se développe une polémique sur la sous-évaluation des données officielles. En effet, longtemps le gouvernement ne publie que le nombre de décès imputés

---

1. Chercheur associé à l'IRES.

2. Les compétences en matière de santé ont été transférées, plus ou moins complètement selon les cas, aux autorités élues de l'Écosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord. Dans cet article, les institutions décrites sont celles de l'Angleterre. Les chiffres produits par l'Office statistique national ne couvrent généralement que l'Angleterre et le Pays de Galles. Nous donnons aussi, lorsqu'ils sont disponibles, les chiffres pour l'ensemble du Royaume-Uni.

au Covid-19 survenus dans les hôpitaux. Très vite des informations circulent sur la mortalité due au Covid-19 dans les maisons de retraite ou à domicile. Deux méthodes complémentaires sont mises en œuvre pour un chiffre plus fiable. En premier lieu, l'Office for National Statistics (ONS, Office national de statistiques) s'appuie sur le dépouillement des motifs de décès indiqués lors de leur enregistrement à l'état-civil ; ce chiffre présente aussi un risque de sous-évaluation car, faute de tests, les décès hors hôpitaux peuvent ne pas avoir été attribués au virus. En second lieu, l'ONS calcule l'excédent des décès relativement à la moyenne des cinq années précédentes pour la même période de l'année. Enfin, il faut ajouter les décès en Écosse et en Irlande du Nord car les données de l'ONS ne couvrent que l'Angleterre et le Pays de Galles. Au total, des estimations concordantes ne sont données qu'à partir de la fin du mois d'avril. En réalisant des comparaisons internationales de surmortalité, un institut de recherche italien calcule pour le Royaume-Uni un coefficient de 1,9 relativement au nombre officiel de décès alors que ce coefficient est de 1,4 pour l'Italie et la France ou de 1,3 pour l'Espagne (Villa, 2020). En mobilisant les données de l'ONS et des techniques d'extrapolation, le *Financial Times* publie pour la première fois le 22 avril une méthode d'estimation qui depuis lors est constamment actualisée<sup>3</sup>. À cette date, on compte 41 102 décès excédentaires

alors que chiffre officiel est de 17 337. Sous les critiques, le gouvernement introduit le 29 avril dans son évaluation le nombre des morts liés au virus dans les maisons de retraite et à domicile.

À partir du 28 mai, le *Financial Times* publie une étude portant sur les excès de mortalité dans les 19 pays qui fournissent des informations statistiques fiables et comparables<sup>4</sup>. À partir de cette date, le Royaume-Uni alterne avec l'Espagne en tête du classement des taux de décès excédentaires par million d'habitants parmi les pays européens. Ce sont ces chiffres qui servent de référence dans le débat public. Depuis la fin du mois de juin, le nombre de décès excédentaires s'est stabilisé au voisinage de 65 000. Cependant de nouveaux foyers d'infection localisés sont apparus au depuis le mois de juillet.

### **Un système sanitaire en restructuration permanente**

Les britanniques disposent d'un système de santé dont ils ont longtemps affirmé qu'il était le meilleur du monde. Créé au lendemain de la Seconde Guerre mondiale sur la base du célèbre rapport présenté en 1942 par William Beveridge, le NHS respecte trois principes fondateurs : l'universalité, la gratuité et l'accès à des soins complets de qualité sur l'ensemble du territoire. En ce sens, en référence aux typologies usuelles, le Royaume-Uni est souvent présenté comme représentatif du modèle beveridgien<sup>5</sup>. Une caractéristique de ce modèle

3. C. Giles, « UK coronavirus deaths more than double official figure », *Financial Times*, April 22, 2020, <https://www.ft.com/content/67e6a4ee-3d05-43bc-ba03-e239799fa6ab>. Pour l'actualisation quotidienne : « Coronavirus tracked : the latest figure », <https://www.ft.com/content/a2901ce8-5eb7-4633-b89c-cbdf5b386938>.

4. J. Burn-Murdoch, C. Giles, « UK suffers second-highest death rate from coronavirus », *Financial Times*, May 28, 2020, <https://www.ft.com/content/6b4c784e-c259-4ca4-9a82-648ffde71bf0>.

5. Remarquons cependant qu'il se distingue sur deux aspects majeurs des propositions de Beveridge. En premier lieu, pour ce dernier, une condition nécessaire à la mise en œuvre du système

est que l'appréciation des besoins et le choix des traitements sont de la seule responsabilité des médecins. Dès lors, la maîtrise des coûts n'est possible pour les pouvoirs publics que par l'action sur l'offre. L'instrument principal est sa limitation quantitative (retards dans la construction d'hôpitaux, sous-effectifs...) qui se traduit de la manière la plus visible par les longs délais d'attente pour l'accès aux soins non vitaux à l'hôpital.

À partir des années 1980, les gouvernements conservateurs privilégient la réduction des coûts au moyen de différentes techniques de privatisation, camouflée ou ouverte :

- introduction à l'hôpital des méthodes de gestion du secteur privé ;
- recours à la sous-traitance pour les fonctions annexes ;
- appel aux capitaux privés pour la construction des hôpitaux ;
- mise en concurrence des hôpitaux publics et privés auprès d'« acheteurs de soins » dotés d'un budget (aujourd'hui, les Clinical Commissioning Groups – CCG, qui réunissent dans une zone géographique les médecins de ville ou General Practitioners – GP).

Le gouvernement du New Labour conserve dans une large mesure cette logique avec la différence majeure qu'il l'accompagne, entre 2000 et 2010, d'une forte croissance du budget du NHS <sup>6</sup>.

En parallèle, il existe un secteur privé auquel les patients peuvent s'adresser

librement en supportant le coût complet, généralement par l'intermédiaire d'assurances individuelles ou d'assurances collectives d'entreprises (Kober-Smith, 2011). Dans la période récente, les gouvernements conservateurs, au nom de la réduction des durées d'attente, ont permis aux hôpitaux privés de devenir prestataires du NHS pour des opérations routinières. Cette solution sera mobilisée face à la pandémie.

Parallèlement, la pandémie pose avec acuité la question des conditions de santé dans les maisons de retraite. Leur rôle s'y est révélé étroitement complémentaire de celui du NHS. Le gouvernement de Margaret Thatcher avait contraint les collectivités territoriales, en charge de ce secteur, à externaliser la gestion en recourant à des procédures d'appel d'offres. À côté de multiples petites structures du tiers secteur, quelques grands groupes privés ont pris une place dominante, attirés par la garantie d'un financement public et la perspective d'une demande croissante liée au vieillissement de la population. Le secteur occupe une main-d'œuvre essentiellement féminine, considérée comme non qualifiée avec de bas niveaux de salaire et sans perspective de carrière professionnelle. La différence de statut est radicale avec le personnel du NHS qui appartient au secteur public, même si la sous-traitance occupe dans ce dernier une place non négligeable. La pandémie engendre donc un choc asymétrique sur ces deux secteurs.

---

réside dans la réalisation du plein emploi. Or, le NHS a été confronté à plusieurs phases de chômage massif. En second lieu, pour Beveridge, le financement est assuré par des cotisations. Les contributions de l'État doivent être exceptionnelles et habituellement limitées à la période de montée en charge du nouveau régime. Or, le NHS est financé pour l'essentiel par le budget de l'État ; les contributions des salariés et des employeurs (National Insurance Contribution) n'interviennent que pour une faible part.

6. Sur l'histoire du NHS des origines jusqu'aux années 2010 : Klein (2013) ; Kober-Smith (2010). Sur la période récente : Volovitch (2002) ; Join-Lambert, Lefresne (2004) ; Lefresne (2014) ; Dalingwater (2015).

---

### Hiérarchiser pour maîtriser l'afflux des patients

Dans un premier temps, le gouvernement considère prioritaire de retarder la diffusion du virus de façon à favoriser l'acquisition d'une immunité collective et à repousser le pic d'infection jusqu'à l'été, au moment où le NHS serait en meilleure position pour l'affronter. Cette option ne permettra pas au système de santé d'éviter les choix imposés par la saturation des capacités.

### Une politique fluctuante face à la diffusion du virus

Il existe un contraste entre la réponse budgétaire rapide, massive et diversifiée du gouvernement aux conséquences économiques et sociales de la pandémie et son attitude attentiste et fluctuante quant aux mesures de protection sanitaire. Dès le 11 mars, dans le budget de printemps (*Spring Budget*), 12 milliards de livres (13,7 milliards d'euros) de mesures additionnelles sont annoncées avec trois priorités : le financement des dépenses de santé (5 milliards de livres), les aides ciblées aux entreprises (5 milliards de livres) et les aides aux ménages les plus vulnérables (1 milliard de livres). Très vite, des mesures de grande ampleur sont annoncées : prêts ou garanties de prêts aux entreprises, réductions d'impôts ou délais de paiement, indemnisation du chômage temporaire, aides aux travailleurs indépendants, amélioration du niveau et accélération ou élargissement de

l'accès à différentes prestations sociales. Même si des critiques sont portées sur certaines lacunes du dispositif ou sur certaines inégalités de traitement, tous reconnaissent l'ampleur des premières mesures adoptées en moins de 15 jours.

Le contraste est marqué avec la politique de santé<sup>7</sup>. Alors que les premières hospitalisations ont lieu fin janvier et que, dès le 10 février, le gouvernement reconnaît l'existence d'une « menace sérieuse et imminente pour la santé publique<sup>8</sup> », il reste longtemps dans une position attentiste, semblant opter pour la stratégie de l'immunité collective<sup>9</sup>.

Le 2 mars, Boris Johnson incite la population à vaquer à ses occupations comme de coutume (« *To go about business as usual* »). Un premier plan est présenté le 3 mars : les mesures de distanciation sociale ne sont pas jugées nécessaires ; une loi d'urgence ne sera pas présentée avant fin mars car il se passera « des mois plutôt que des semaines » avant que de nouveaux pouvoirs soient nécessaires. Pour Boris Johnson, « le pays est très bien préparé ; il dispose d'un fantastique NHS ; il a une fantastique capacité de mener des tests à grande échelle<sup>10</sup> ». Selon lui, la meilleure mesure que peuvent prendre ses concitoyens est de « laver leurs mains avec du savon pendant au moins 20 secondes<sup>11</sup> ». Le gouvernement affirme cependant qu'il prépare toutes les mesures nécessaires en cas de diffusion de la pandémie.

Le 12 mars, Boris Johnson change de ton. Il recommande l'auto-confinement

---

7. L. Boussaguet, F. Faucher, « Le yoyo de BoJo : la gestion symbolique de la crise du Covid-19 au Royaume-Uni », *The Conversation*, 24 juin 2020, <https://bit.ly/3b1fxtr>.

8. « *A serious and imminent threat to public health.* »

9. A. Mornington, « Ce que la stratégie d'immunité de groupe britannique révèle du gouvernement Johnson », *The Conversation*, May 13 2020, <https://bit.ly/2D2IF76>.

10. « *This country is very well prepared, we have a fantastic NHS, we have a fantastic ability to conduct large-scale testing.* »

11. « *Wash their hands with soap for at least 20 seconds.* »

pendant une semaine à celles et ceux qui présentent des symptômes. Les voyages scolaires à l'étranger doivent être annulés. Il conseille aux personnes de plus de 70 ans d'éviter les croisières. Le 13 mars, il modifie à nouveau sa position et annonce interdiction des rassemblements de masse à partir du prochain week-end, ceci 24 heures après avoir affirmé l'inefficacité de cette mesure.

Cependant les informations scientifiques alarmantes se multiplient (voir encadré). Le 13 mars, Patrick Vallance, premier conseiller scientifique du Premier ministre (*Chief scientific adviser*), déclare qu'environ 40 millions de personnes (60 % de la population) devraient être infectées pour créer une immunité collective (*herd immunity*) et éviter ainsi le retour du virus. Le 16 mars, une fuite dans la presse révèle le contenu d'un document de Public Health England<sup>12</sup> : dans un « scénario raisonnable du pire » (*reasonable worst case scenario*), 80 % de la population seraient infectés dans les 12 mois, dont 8 millions hospitalisés. Le même jour, l'Imperial College, consulté par le gouvernement, estime que la stratégie de l'immunité collective pourrait entraîner jusqu'à 250 000 décès. Cependant, le gouvernement reste dans le registre des conseils ciblés sur différentes catégories de population.

Ce n'est que le 18 mars qu'est annoncée la décision de fermer les écoles à partir du 20 mars au soir, sauf « pour les

enfants les plus vulnérables et ceux des personnels clés ». Les *pubs*, restaurants, théâtres et cinémas, centres de loisir, gymnases... suivent à partir du 21 mars, mais pas les parcs publics. Le confinement est annoncé le 23 mars, ainsi que la fermeture des magasins non essentiels et il est par la suite prolongé jusqu'au 7 mai.

Le 10 mai, Boris Johnson annonce un déconfinement en trois étapes en fonction de l'évolution de la pandémie<sup>13</sup>. Dès le 13 mai, les sorties sont libres en respectant une distance minimale de deux mètres. Le 1<sup>er</sup> juin, ouvrent à nouveau les magasins non alimentaires, les crèches et une partie de l'enseignement primaire. Le 4 juillet, la mesure est étendue aux espaces publics, aux activités culturelles et de loisirs ainsi qu'aux cafés-hôtels-restaurants malgré les réserves et critiques exprimées par de nombreuses instances ou personnalités médicales à propos du risque d'une deuxième vague<sup>14</sup>. Après des messages contradictoires, le gouvernement décide que les masques seront obligatoires à partir du 24 juillet dans tous les commerces, mais pas dans les bureaux, les salles de classe ou les espaces publics.

Enfin, cédant à une pression croissante, Boris Johnson s'engage le 15 juillet, sans plus de précisions, à demander ultérieurement une enquête indépendante qui porterait sur la gestion de la pandémie par le gouvernement.

12. « Santé publique d'Angleterre » est une agence du ministère de la Santé.

13. Les exécutifs d'Écosse, d'Irlande du Nord et du Pays de Galles, qui jusqu'alors s'étaient alignés sur les choix du gouvernement britannique, rejettent ce changement de stratégie sur lequel ils n'ont pas été consultés. Ils maintiennent le principe du confinement, « *Stay at home* » (Restez chez vous), que Boris Johnson a décidé de remplacer par une vague recommandation, « *Stay alert* » (Restez vigilants).

14. Au risque d'une deuxième vague s'ajoute pour le NHS le retard accumulé sur les opérations non urgentes qui ont été repoussées. Le nombre de personnes sur les listes d'attente, qui était de 4 millions avant la pandémie, pourrait passer à 10 millions d'ici la fin de l'année (S. Neville, « NHS seeks to embed lessons of pandemic », *Financial Times*, June 29, 2020, <https://www.ft.com/content/7f4735f4-3242-40ac-9495-8627de9b2f91>).

Encadré

**The Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE)**

Un « Groupe de conseil scientifique en cas de situations critiques » a été créé auprès du gouvernement en 2009 ; depuis lors, il a été activé à 11 reprises. Son président est le Chief Scientific Adviser (Principal conseiller scientifique) du gouvernement et, s'il s'agit d'un problème de santé, son vice-président est le Chief Medical Officer (Principal responsable médical). Ils peuvent seuls s'exprimer au nom du Groupe. Ils choisissent les experts indépendants qui le constituent ; la composition varie en fonction de la nature des situations critiques auxquelles le pays doit faire face. Des fonctionnaires représentant les ministères concernés participent à ses réunions (GOV.UK, « The Scientific Advisory Group for Emergencies » ; Wikipedia, « Scientific Advisory Group for Emergencies »).

Dans un premier temps, le gouvernement refuse de rendre publique la liste des experts qui sont membres de SAGE dans le cas du Covid-19, selon lui afin de les protéger contre toute pression extérieure. Soumis à des critiques croissantes du Parlement et des médias, il publie le 4 mai une liste de plusieurs dizaines de membres. Les protestations de certains de ces experts révèlent que Dominic Cummings, le redoutable conseiller de Boris Johnson, a participé activement dès le mois de février à des réunions de SAGE et a pesé « de manière inappropriée » (*inappropriately*) sur ses avis.

Les critiques portées sur l'absence de transparence dans le fonctionnement de SAGE, notamment les délais dans la publication des rapports qui lui sont fournis, suscitent l'initiative d'un précédent Chief Scientific Adviser qui crée un groupe de 12 « scientifiques indépendants »<sup>1</sup>. À plusieurs reprises, ce groupe met en cause le manque de rigueur de la politique du gouvernement.

Le gouvernement a constamment affirmé que ses décisions ne reposaient pas seulement sur les aspects sanitaires du dossier mais aussi sur l'ensemble des problèmes économiques et sociaux créés par la pandémie. Certains membres de SAGE et parfois son président ont fait connaître leurs regrets ou leurs réticences sur les retards dans la mise en œuvre du confinement et sur le caractère prématuré de son relâchement<sup>2</sup>.

1. C. Hodgson, « UK should consider border controls, say independent scientists », *Financial Times*, May 4, 2020, <https://www.ft.com/content/08b7b3e9-22a3-479e-977d-c368575eb6fe>.

2. Par exemple : G. Parker, S. Neville, T. Powley, « Johnson suffers "back to work" blow from chief scientist », *Financial Times*, July 16, 2020, <https://www.ft.com/content/6ed00ea3-01b1-41da-a4d3-b872f1d07c56>.

**De multiples sources d'inégalités**

Il existe de nombreuses informations sur les inégalités sanitaires face à la pandémie, mais il est difficile d'identifier des variables explicatives pertinentes. En premier lieu, il existe trois étapes au

cours desquelles sont mises en évidence des inégalités et elles donnent des résultats différents : l'exposition au risque, l'accès aux soins, la probabilité de décès. En second lieu, si l'on met à part l'âge et le sexe, dont l'impact est bien identifié, les

autres variables explicatives potentielles sont fortement corrélées entre elles. Par exemple, les emplois peu qualifiés dans les secteurs d'activité les plus exposés au risque sont plus que proportionnellement occupés par des personnes appartenant aux minorités ethniques, qui vivent dans des zones défavorisées et sont déjà victimes de comorbidités les rendant plus vulnérables au virus.

L'Office statistique met à jour régulièrement des statistiques descriptives qui rendent compte de différents facteurs associés à ces inégalités et Public Health England a produit au mois de juin un document de synthèse (PHE, 2020). Pour l'instant, on ne dispose pas, sauf partiellement (voir *infra*), de travaux qui permettent d'imputer un poids spécifique à chacune des variables potentiellement explicatives. Notons cependant que les inégalités entre les différentes populations sont calculées après correction de leur composition par âge (*age-standardised mortality rates*).

- La prise en compte de l'âge, du sexe et des comorbidités aurait pu être génératrice d'inégalités dans l'accès aux soins. En effet, un document à l'entête du NHS a été dévoilé le 13 avril par le *Financial Times*<sup>15</sup>. Trois critères y sont combinés pour décider de l'admission en soins intensifs. L'âge est coté entre 0 point (moins de 50 ans) et 6 points (plus de 80 ans). Le degré de fragilité (*frailty*) vaut entre 1 point (« robuste, actif, énergique et motivé ») et 9 points (« approchant la fin de la vie »). Enfin, différentes comorbidités valent chacune un ou deux points. Le total des trois rubriques est diminué d'un point pour les femmes (sans

explication). En cas de pénurie d'équipements, seuls les patients ne dépassant pas 8 points seraient admis en soins intensifs. Il est donc souhaitable d'être jeune, robuste et sain. Certes, le document précise qu'il peut exister des cas particuliers et que la souveraineté de décision du médecin est maintenue (*clinical discretion will continue to apply*). Néanmoins, l'impact de la divulgation a été suffisant pour que le NHS doive préciser qu'il ne s'agissait pas d'un « document approuvé ». Cet exemple témoigne de la crainte d'être débordé qu'éprouvait au début d'avril le service de santé. À notre connaissance, on ne dispose pas d'informations contrôlables sur l'utilisation effective de ce « support à la décision ». En pratique, il semble qu'une modalité de sélection, non explicite mais brutale, ait été la « libération » de lits d'hôpitaux par transfert massif des personnes âgées dans les maisons de retraite où la mortalité a été considérable (voir *infra*).

- Le secteur d'activité et la profession interviennent d'abord dans l'inégalité d'exposition au risque. L'ONS a créé un indice d'exposition potentielle sur la base de l'intensité des proximités physiques et de l'exposition aux maladies (ONS, 2020a). Sans surprise, les deux groupes principaux sont constitués d'abord par l'ensemble des professions médicales et des soins aux personnes (*social care*) qui combinent les deux caractéristiques ; viennent ensuite les métiers des hôtels-cafés-restaurants, coiffeurs et analogues très concernés par la proximité physique et peu par l'exposition aux maladies. Ce second groupe se situe dans des activités qui ont été, pendant un temps, fermées au

15. NHS, « Covid-19 Decision Support Tool », <http://prod-upp-image-read.ft.com/765d3430-7a57-11ea-af44-daa3def9ae03> ; P. Foster, B. Staton, N. Rovnik, « NHS score tool to decide which patients receive critical care », *Financial Times*, April 13, 2020, <https://www.ft.com/content/d738b2c6-000a-421b-9dbd-f85e6b333684>.

public. Les populations non blanches occupent 20 % des emplois les plus exposés alors qu'elles ne représentent que 10 % de l'emploi total. Les inégalités d'exposition au risque se traduisent-elles dans les décès ? Les inégalités entre les catégories professionnelles (*occupations*) sont mesurées, dans la tranche d'âge 20-64 ans, par le ratio des décès pour 100 000 personnes (ONS, 2020b). Si le personnel de santé a un ratio identique à la moyenne, ce n'est pas le cas pour les personnels du *social care* (soins aux personnes) pour lesquels il est environ le double<sup>16</sup>. Les écarts les plus forts s'observent pour les professions peu qualifiées (ratio plus que double de la moyenne), par exemple, pour le personnel de sécurité (plus que quadruple) ou pour les chauffeurs (plus que triple).

- Les inégalités spatiales ont une double composante (ONS, 2020c ; Davenport *et al.*, 2020 ; McCurdy, 2020). En premier lieu, en lien avec la facilité de propagation du virus, le taux de mortalité pour 100 000 habitants, corrigé de la composition par âge (*age-standardised mortality rate*), est fortement corrélé à la dimension des agglomérations urbaines<sup>17</sup> avec un pic à Londres qui a un taux de 137,6 alors que la moyenne est de 81,2 pour l'Angleterre et le Pays de Galles et que les zones rurales d'habitat isolé ont un taux de 22,2. L'écart est maximum pour le mois d'avril qui correspond au pic de la pandémie. Il est fortement réduit en mai avec le confinement. Pour ce mois seulement, le taux de la région du Nord-Est devient

double de celui de Londres. En second lieu, et l'observation précédente nous y invite, il faut prendre en compte la situation plus ou moins défavorisée des zones géographiques. L'ONS utilise un indice multidimensionnel de « privation » (*deprivation*) qui combine la prise en compte d'indicateurs des revenus, de l'emploi, de la santé, de l'éducation, de la criminalité, de l'environnement et de l'accès au logement dans chaque zone géographique. Pour l'Angleterre, les taux de mortalité varient du simple à plus du double entre les zones les plus défavorisées (1<sup>er</sup> décile) et les plus favorisées (10<sup>e</sup> décile) avec respectivement 128,3 et 58,8.

- Les inégalités selon les groupes ethniques<sup>18</sup> sont surtout fortes aux dépens de deux catégories : les Noirs et les Bangladais-Pakistanaïens (ONS, 2020d). Pour la période du 2 mars au 15 mai, après correction selon la composition par âge, la probabilité de mortalité est 2,4 fois plus élevée pour les femmes noires et 3,3 fois pour les hommes noirs que pour leurs homologues blanches et blancs. Pour les Bangladaïens et Pakistanaïens, les ratios correspondants sont de 2,0 et 2,5. Si l'on réalise une analyse statistique de type « toutes choses égales par ailleurs »<sup>19</sup>, le ratio est encore de 1,4 pour les femmes noires et de 2,0 pour les hommes noirs ; pour les Bangladaïens-Pakistanaïens, il est de 1,1 pour les femmes et 1,5 pour les hommes. Il existe donc une disparité qui résiste à la prise en compte de toutes les autres variables explicatives

16. L'écart s'explique principalement par les différences dans les qualifications professionnelles et les dotations en équipements personnels de protection (voir *infra*).

17. Taux calculés sur la période allant du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai.

18. Les statistiques distinguent sept catégories : White, Mixed, Indian, Bangladeshi-Pakistani, Chinese, Black, Other. La catégorie des Whites se distingue des six autres qui sont regroupées sous l'appellation de BAME (Black and minority ethnic groups).

19. En plus des différences d'âge, le modèle corrige des variables suivantes : région, densité démographique, degré de « privation » de la zone (voir *supra*), composition du ménage, ménages multi-générationnels, position socio-économique, statut d'occupant du logement, qualification, type d'emploi (exposition au virus).



disponibles. Les écarts sont nettement plus faibles pour les autres groupes ethniques (ONS, 2020d ; voir aussi : Fisher, 2020 ; Platt, Warwick, 2020).

À une pandémie d'ampleur longtemps sous-estimée, le gouvernement a réagi par des affirmations à chaque fois démenties et par des décisions constamment remises en cause<sup>20</sup>. L'intense effort de mobilisation des ressources a subi l'impact de ce contexte perturbateur, ce qui contribue à expliquer qu'aient été reproduites ou amplifiées les inégalités qui caractérisent la société britannique.

---

### Mobiliser les ressources

Face à une situation initiale de pénuries généralisées, d'importantes mesures d'urgence ont été adoptées pour les hôpitaux tandis que les foyers de personnes âgées sont restés dans une situation de détresse.

### Une situation critique au départ

De longue date, le NHS connaît des déficits dans le personnel et dans le nombre de lits qui engendrent de longues durées d'attente pour l'accès aux soins sauf cas d'urgence. Un pic est atteint à la fin des années 1990 avec des scandales de forte surmortalité dans certains hôpitaux. Il conduit alors le gouvernement du New Labour à adopter un plan d'une ampleur exceptionnelle (Volovitch, 2002). En valeur réelle, le taux de croissance annuel moyen du budget du NHS est de 6 % jusqu'en 2010. La politique de coupes budgétaires massives menée par les gouvernements conservateurs à partir de 2010

épargne relativement le domaine politiquement sensible du NHS. Cependant depuis lors le taux de croissance réel moyen est tombé à 1 %. Compte tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation du coût des soins, un taux de 4 % est estimé nécessaire pour maintenir le niveau de qualité. La dégradation des indicateurs est telle qu'en 2019 le gouvernement de Theresa May présente un plan de long terme pour le NHS. Au début de 2020, sa mise en œuvre n'a pas commencé.

En ce qui concerne les foyers de personnes âgées, la situation est plus grave encore au moment où éclate la pandémie. La politique d'externalisation imposée aux collectivités territoriales par les gouvernements conservateurs au cours des décennies 1980 et 1990 (voir *supra*) a attiré des investisseurs institutionnels et des fonds de placement. Ils étaient intéressés par un marché en croissance tendancielle assurée et par un financement public supposé garanti. Le retour des conservateurs au pouvoir en 2010 engendre un double choc. D'une part, la politique d'austérité budgétaire engendre une chute brutale des ressources des collectivités territoriales<sup>21</sup> qui prenaient en charge, sous conditions de ressources, la majorité des pensionnaires. D'autre part, un nouveau salaire minimum, le National Living Wage, est introduit en 2016 avec une trajectoire qui l'amène en 2020 au niveau de 60 % du salaire médian. Comme l'essentiel du personnel est payé au salaire minimum, les maisons de retraite enregistrent une forte augmentation des coûts salariaux qu'elles ne peuvent reporter, partiellement, que sur

---

20. Un article de presse a fait l'inventaire des 12 « virages à 180 degrés » de Boris Johnson face à la pandémie : J. Pickard, « U-turns by the dozen : Boris Johnson's pandemic response », *Financial Times*, August 26, 2020, <https://www.ft.com/content/00c5b1ed-a9ba-4a44-bde6-670135f9ef7e>.

21. Le gouvernement central assure en moyenne les trois quarts de leurs recettes et fixe les règles de la fiscalité locale.

les tarifs de leur clientèle privée. Les dernières années voient se succéder faillites et fermetures de maisons de retraite avec une dégradation de tous les indicateurs de qualité mesurés lors des inspections. Des scandales de maltraitance sont mis en lumière <sup>22</sup>.

Globalement, en 2020, un rapport montre pour l'Angleterre une amplification des inégalités en matière de santé au cours des dix dernières années (Marmot *et al.*, 2020). Les coupes budgétaires ont plus fortement frappé les zones les plus défavorisées (*most deprived areas* ; voir *supra*). Le rapport définit une mesure de la « mortalité évitable » (*avoidable mortality*) : elle est trois fois plus élevée dans le premier décile (zones les plus défavorisées) que dans le dixième décile (zones les plus favorisées).

### **Une allocation prioritaire des moyens au NHS**

En principe, sauf urgences, l'entrée dans le système de santé s'opère au niveau des *General Practitioners* (GP, médecins de ville) qui peuvent prescrire, si nécessaire, le recours à des spécialistes et l'hospitalisation. Cette procédure n'a pu fonctionner correctement (Salisbury, 2020 ; Thornton, 2020). Dépourvus d'équipements de protection individuelle, les GP ont privilégié les consultations par téléphone ou par vidéoconférence. Dans certaines régions, les *Clinical Commissioning Groups* qui les regroupent (voir *supra*) ont financé l'activité de *hot hubs* (plateformes d'urgence) mais leur efficacité a été mise en doute <sup>23</sup>. Enfin, leur intervention a été limitée par le fait qu'ils n'avaient pas le pouvoir de prescrire

des tests de dépistage. En pratique, sauf formes bénignes, l'envoi à l'hôpital s'est imposé.

Au moment où éclate la pandémie, le NHS compte environ 100 000 postes vacants, dont 50 000 d'infirmières et infirmiers, et il ne dispose que de 3 700 lits de soins intensifs <sup>24</sup>. Fin février, 4,4 millions de patients sont en attente de traitement dont 80 % depuis plus de 18 semaines. Des mesures d'urgence sont prises pour accroître les capacités d'accueil.

En ce qui concerne le personnel, la pénurie est accrue par l'auto-confinement des personnels qui présentent des symptômes soit pour eux-mêmes, soit parmi leurs proches ; le phénomène est amplifié par la pénurie de tests (voir *infra*). Deux types de ressources sont mobilisées. En premier lieu, un appel est lancé aux retraités récents (moins de trois ans) parmi les médecins (15 000) et les infirmières et infirmiers (50 000). Au 10 mai, 30 000 ont répondu à l'appel et près de 12 000 ont été réintégrés dans le NHS. En second lieu, des étudiantes et étudiants en médecine en dernière année (5 500) ainsi que les élèves des écoles d'infirmières et infirmiers (18 000) sont intégrés aux équipes soignantes.

La pandémie favorise une prise de conscience de la dépendance du système de santé britannique à l'égard de personnels étrangers : 37 % des médecins du NHS ont obtenu leur diplôme hors du Royaume-Uni. De plus, il est apparu qu'ils couraient des risques supérieurs. Ainsi, une étude portant sur 106 décès enregistrés jusqu'au 22 avril dans le secteur de la santé et du *social*

22. G. Plimmer, « Private equity and Britain's care home crisis », *Financial Times*, February 9, 2020, <https://www.ft.com/content/952317a6-36c1-11ea-a6d3-9a26f8c3cba4>.

23. E. Philpotts, « GPs set to diagnose Covid-19 face to face in "hot hubs" », *Pulse*, April 2, 2020, <https://bit.ly/2QwYYfw>.

24. Soit deux fois moins de lits pour 100 000 habitants que la France et l'Italie.

care (soins aux personnes) constate que 63 % concernent des minorités ethniques alors qu'ils ne représentent que 21 % des effectifs du NHS ; plus de 50 % des morts sont nés hors du Royaume-Uni alors que cette catégorie ne représente que 18 % des effectifs du NHS (Cook *et al.*, 2020). Le 6 mai, le NHS annonce le lancement d'une étude pour évaluer la spécificité des risques courus par ces populations.

En ce qui concerne les lits disponibles, trois mesures sont successivement mises en œuvre :

- en premier lieu, un objectif de libération de 30 000 lits est poursuivi d'une part, par l'arrêt des admissions non urgentes liées à d'autres morbidités, d'autre part, par la sortie anticipée de patients lorsqu'elle est jugée possible pour un retour vers des soins soit à domicile, soit pour les personnes âgées en maison de retraite médicalisée ;

- en deuxième lieu, des « hôpitaux Nightingale <sup>25</sup> » sont installés dans quelques grandes agglomérations urbaines en utilisant des locaux inutilisés du fait de la pandémie. Par exemple, à Londres, un centre de conférences est équipé avec l'aide de l'armée ; il est ouvert

après huit jours de travaux ; il est prévu avec une capacité finale de 4 000 lits <sup>26</sup> ;

- en troisième lieu, un accord est passé avec l'organisation qui représente les hôpitaux privés pour la mise à disposition de 8 400 lits (dont seulement 138 en soins intensifs). Cet accord est jugé intéressant par les représentants du secteur privé car celui-ci souffre d'une chute des entrées pour soins non urgents et surtout de l'interruption de l'arrivée de la très rentable clientèle étrangère. L'accord lui permet de fonctionner à pleine capacité <sup>27</sup>.

Fin avril, le nombre de nouveaux cas se stabilise avant de baisser fortement en mai. Plusieurs centaines de lits de soins intensifs redeviennent disponibles ; les opérations non urgentes reprennent progressivement. Au total, le NHS semble avoir tenu le choc pendant le pic de la pandémie, mais à un coût humain élevé et non sans de sévères contreparties dont la principale concerne les foyers de personnes âgées.

### **Une hécatombe dans les foyers de personnes âgées ?**

La priorité accordée au NHS, en particulier dans l'attribution des tests et des équipements de protection personnelle (voir *infra*), s'accompagne longtemps

25. Florence Nightingale (1820-1910) est une figure historique au Royaume-Uni. Cette infirmière a tenu une place exceptionnelle dans le perfectionnement des soins, l'utilisation des statistiques, ainsi que dans le mouvement féministe.

26. Cette opération a connu initialement, à l'initiative du gouvernement, un considérable impact médiatique. Cependant, des doutes se sont rapidement exprimés puisque le fonctionnement reposait sur le prélèvement de personnel dans des hôpitaux déjà en situation de pénurie. Ultérieurement, les taux de remplissage se sont révélés faibles. L'Institute for Public Policy Research a calculé que le coût des Nightingale Hospitals correspond à près d'un million de coûts moyens de journée dans les hôpitaux. Il y voit l'illustration du caractère court-termiste et inefficace de la politique de fermeture des lits imposée au NHS depuis 2010 par les coupes budgétaires successives (Thomas, 2020).

27. Cette mesure d'urgence prend place dans une longue évolution qui a favorisé le recours aux hôpitaux privés présenté tantôt en termes de complémentarité (réduire les files d'attente), tantôt en termes de concurrence (stimuler l'accroissement de l'efficacité des hôpitaux publics). En l'occurrence, le rôle des hôpitaux privés a été limité car ils fonctionnent principalement grâce au concours des médecins des hôpitaux publics autorisés à compléter ainsi leurs revenus. Or, débordés par la pandémie dans leur emploi principal, ces médecins ne pouvaient contribuer à accroître l'intervention des hôpitaux privés.

d'une minoration par le gouvernement des risques qui pèsent sur les foyers de personnes âgées<sup>28</sup>. Ce risque sera amplifié par l'obligation faite à ceux-ci de contribuer à la libération de lits dans les hôpitaux en acceptant le transfert de 25 000 personnes sans qu'elles aient subi de test<sup>29</sup>. L'absence de tests provoque aussi un important absentéisme du personnel qui doit pratiquer l'auto-confinement à domicile en cas de symptômes.

La situation est d'abord masquée par la non-publication du nombre de décès dus au Covid-19 dans ces établissements. Même lorsque ces chiffres commencent à être publiés à partir du 29 avril, ils sont sous-estimés du fait de l'absence de tests de détection de l'infection. Selon l'ONS, pour l'Angleterre et le Pays de Galles, les *care homes* ont enregistré entre le 2 mars et le 1<sup>er</sup> mai 23 000 décès excédentaires relativement à la même période de 2019 alors que le chiffre officiel est de 12 500 décès associés à des tests positifs. Selon les termes de Sebastien Payne : « Le spectre des morts solitaires dans les maisons de santé plane au-dessus de gouvernement<sup>30</sup>. »

---

### Faire face aux pénuries aiguës de matériels

La pandémie est le moment d'une prise de conscience par l'opinion publique de

la dépendance dans laquelle se trouve le Royaume-Uni à l'égard de fournisseurs étrangers, principalement asiatiques, parfois américains, pour l'ensemble des matériels sanitaires : respirateurs, équipements de protection personnelle et tests. Différentes mesures d'urgence sont improvisées au fil des jours dans chacun de ces domaines.

### Respirateurs

Le NHS disposerait au départ de 8 175 respirateurs tandis que les besoins sont d'abord estimés à 30 000 puis à 60 000. À l'appel du gouvernement, les industriels sont mobilisés à la mi-mars pour une production de 20 000 respirateurs dans un délai de deux semaines, ce qui est jugé peu réaliste. Des programmes se mettent en place principalement sur la base de groupes de l'automobile et de l'aérospatiale (Ventilator Challenge UK) ou encore d'un fabricant d'aspirateurs et de sèche-cheveux (Dyson). Le gouvernement se porte garant en cas d'actions en justice contre les fabricants pour mauvais fonctionnement ou violation des droits de propriété. En revanche, les petits producteurs nationaux de respirateurs se plaignent de n'avoir pas été sollicités. Les ambassades sont mobilisées pour rechercher des fournisseurs étrangers, mais le Royaume-Uni ne s'associe pas aux appels d'offres lancés par l'Union européenne. Au 21 mai, 2 000 respirateurs seulement ont été livrés<sup>31</sup>.

---

28. Un document gouvernemental du 25 février indique qu'il est très peu vraisemblable que les pensionnaires des foyers de personnes âgées soient infectés (« *It remains very unlikely that anyone receiving care in a care home or the community will become infected* »).

29. Les documents britanniques utilisent les termes *care homes*, c'est-à-dire littéralement « maisons de soins ». En pratique, la surmortalité touche essentiellement les foyers de personnes âgées.

30. S. Payne, « The spectre of lonely care home deaths hang over the government », *Financial Times*, June 15, 2020, <https://www.ft.com/content/cd62bbf0-a73a-11ea-92e2-cbd9b7e28ee6>.

31. Fin juin, un rapport d'experts conclut que la construction précipitée de respirateurs rudimentaires se révèle non seulement inutile, mais dangereuse pour les patients (P. Foster, « Medical experts warned UK watchdog against "basic" ventilator drive », *Financial Times*, June 23, 2020, <https://www.ft.com/content/a4574c5c-52f2-4c28-91ef-cd0a0ea2bb9b>).

### **Équipements de protection personnelle**

Dans ce domaine (vêtements, masques, gants...), les pénuries sont criantes malgré les alertes déclenchées l'année précédente par certaines instances scientifiques. Elles font l'objet de plaintes répétées du personnel du NHS et, plus encore, de celui des foyers de personnes âgées. Des substituts de fortune doivent être imaginés, des équipements d'usage unique doivent être réutilisés, le personnel cherche à s'approvisionner sur Internet... La presse est remplie de descriptions surréalistes. Ici encore, appel est fait aux ambassades pour des achats à l'étranger et à l'industrie nationale pour imaginer des solutions de substitution.

### **Tests**

Au début du mois de mars, la capacité est de 1 500 tests d'infection par jour ; ils sont réservés aux cas de difficultés respiratoires aiguës. Les critiques sont violentes aussi bien de la part du personnel que des personnalités scientifiques. L'une des conséquences, en conjugaison avec les pénuries d'équipements personnels de protection, est un absentéisme élevé puisque, en cas de symptômes, les personnels des hôpitaux et des foyers de personnes âgées doivent s'auto-confiner pendant 14 jours. Le 1<sup>er</sup> avril, le gouvernement reconnaît qu'au sein du NHS, 2 000 personnes seulement ont bénéficié d'un test alors que 500 000 sont en contact avec les malades.

Le 11 mars, le gouvernement avait annoncé que le nombre quotidien de tests

passerait à 10 000 ; le 26 mars, l'objectif devient 25 000 pour mi-avril, puis le 2 avril 100 000 pour fin avril. Ce chiffre semble, selon le gouvernement <sup>32</sup>, avoir été atteint ponctuellement le 30 avril avant une rechute au mois de mai.

---

### **Les réactions des organisations syndicales et professionnelles**

Le Trades Union Congress (TUC) et les grands syndicats généraux comme Unite et GMB mettent l'accent sur les insuffisances globales du système de santé et sur les inégalités qu'elles engendrent parmi les victimes de la pandémie. Les problèmes propres aux personnels des secteurs de la santé et du *social care* sont mis en avant par les syndicats qui y sont fortement implantés comme UNISON et par les organisations professionnelles des médecins (British Medical Association, BMA) et des infirmières et infirmiers (Royal College of Nursing, RCN).

L'engorgement initial des hôpitaux et le sous-équipement des foyers de personnes âgées alimentent la mise en cause des politiques, interrompues seulement dans la décennie 2000, de réduction des moyens du NHS et du financement public des établissements de *social care*. Il en résulte en particulier un volume considérable de postes laissés vacants soit pour réaliser des économies budgétaires, soit parce que les bas salaires découragent les candidatures et favorisent les départs.

Les pénuries globales ont des effets inégalitaires déjà mis en évidence par les constats des syndicalistes <sup>33</sup> avant d'être

---

32. Le contrôleur des statistiques (Statistical Regulator) a adressé au ministre de la Santé une inhabituelle et sévère mise en garde sur la non-fiabilité du nombre de tests annoncés : L. Hughes, C. Giles, « Matt Hancock criticised by regulator over UK coronavirus testing figures », *Financial Times*, June 2, 2020, <https://www.ft.com/content/2c32d72f-8bf3-4a46-8c2a-8781721cc0db>.

33. A. Collinson, « The new class divide – how Covid-19 exposed and exasperated workplace inequality in the UK », TUC, May 18, 2020, <https://bit.ly/31zCUr0>.

mesurés par l'Office national des statistiques (voir *supra*). Les taux d'exposition et de mortalité sont fortement supérieurs pour les personnes peu qualifiées, les minorités ethniques<sup>34</sup> et les immigrés, catégories qui se recoupent largement (TUC, 2020). Par ailleurs, les personnels en première ligne dans les hôpitaux et les foyers de personnes âgées sont très majoritairement des femmes.

La manque d'équipements de protection personnelle et de tests est vivement critiqué par les syndicats directement concernés, ceux des hôpitaux mais plus encore ceux des foyers de personnes âgées. Ces derniers dénoncent de plus le fait que, pour libérer des lits dans les hôpitaux, des personnes âgées aient été transférées dans ces foyers sans tests d'infection ni moyens de traitement<sup>35</sup>. Ils s'élèvent aussi contre le fait qu'au nom de l'objectif d'éviter l'entrée du virus, les personnels de certaines maisons de retraite aient été interdits de sortie et donc confinés sur place<sup>36</sup>. Dans les hôpitaux, l'absence d'équipements de protection personnelle est encore plus criante pour le personnel non médical des entreprises sous-traitantes, par exemple celui chargé du nettoyage<sup>37</sup>.

Le 15 mai, 17 syndicats du NHS ont adopté conjointement un texte qui définit neuf conditions qui doivent être respectées lors de la réouverture des services

fermés pour faire face au pic de la pandémie<sup>38</sup>. Depuis lors, les critiques syndicales se sont multipliées quant aux conditions de réouvertures de divers services : agences pour l'emploi, transports publics, écoles<sup>39</sup>...

## Conclusion

La crise du Covid-19 a révélé l'impact de tendances de long terme qui ont conduit, en premier lieu, à la mise en œuvre de modalités diversifiées de privatisation des secteurs de la santé et des soins aux personnes (*social care*) et, en second lieu, sauf sous les gouvernements du New Labour, à la réduction drastique de leur financement. Les logiques de marchandisation et la pénurie de ressources ont amplifié de multiples formes d'inégalités dans un système qui est présenté comme universel et comme garantissant à toutes et à tous l'accès à des soins de qualité.

Il est difficile de mesurer le poids respectif de l'incompétence, de la démagogie et de la pression des intérêts économiques sur le comportement apparemment erratique du gouvernement britannique : une menace d'abord sous-estimée, un confinement à retardement et un déconfinement probablement trop précoce font que le Royaume-Uni se situe actuellement dans les premiers rangs

34. R. Hussain, « Coronavirus – why structural racism is putting BAME lives at risk », TUC, April 22, 2020, <https://www.tuc.org.uk/blogs/coronavirus-why-structural-racism-putting-bme-lives-risk>.

35. Joint statement ADASS, UNISON, Unite, GMB and TUC, « Critical lack of PPE and testing has allowed coronavirus to sweep through the care sector », April 16, 2020, <https://bit.ly/3llLeT3> (Note : ADASS = Association of Directors of Adult Social Services ; PPE = Personal Protective Equipment).

36. Royal College of Nursing, « RCN position on staff living in care homes », s.d. (mars ou avril 2020), <https://bit.ly/2D3poT4>.

37. Entretien avec Helen O'Connor, *GMB organiser*, « Grande-Bretagne : Si vous voulez arrêter le coronavirus, répondez aux exigences du personnel hospitalier », *À l'encontre*, 16 mars 2020, <https://bit.ly/32v249x>.

38. NHS Trade Unions' Blueprint for Return.

39. « Unions question pace of lockdown easing », *FACT Service*, 82(26), July 2, 2020.

mondiaux quant à l'excédent par million d'habitants des décès liés à la pandémie.

*Achévé de rédiger le 14 septembre.*

### Sources :

Cook T., Kursumovic E., Lennane S. (2020), « Exclusive: Deaths of NHS staff from Covid-19 analysed », *Health Service Journal*, April 22, <https://bit.ly/31zZ0d7>.

Dalingwater L. (2015), « The NHS at the Heart of the Election Campaign », *Revue française de civilisation britannique*, vol. XX, n° 3, <https://doi.org/10.4000/rfcb.568>.

Davenport A., Farquharson C., Rasul I., Sibieta L., Stoye G. (2020), « The geography of the COVID-19 crisis in England », *Briefing Note*, Institute for Fiscal Studies, June 15, <https://doi.org/10.1920/BN.IFS.2020.BN0294>.

Fisher B. (2020), « The impact of the pandemic on BAME populations and the implications for policy and plans going forward », Briefing Topic 1 – BAME, Socialist Health Association, May 27, <https://www.sochealth.co.uk/2020/05/27/briefing-topic-1-bame/>.

Join-Lambert O., Lefresne F. (2004), « Royaume-Uni : le National Health Service: Une institution pérenne en pleine transformation », n° spécial, « Les syndicats face aux réformes de l'assurance maladie », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 91, novembre, p. 80-91, <https://bit.ly/3jc1VP4>.

Klein R. (2013), *The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention*, 7<sup>th</sup> edition, Oxford, Radcliffe.

Kober-Smith A. (2010), *Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales*, Rennes, PUR.

Kober-Smith A. (2011), « La place et le rôle de l'assurance privée dans le système de santé britannique », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, mars-avril, p. 257-266.

Lefresne F. (2014), « Royaume-Uni : le triomphe du New public management dans la crise », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 104-120, <https://bit.ly/3aZKiPH>.

Marmot M., Allen J., Boyce T., Goldblatt P., Morrison J. (2020), *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*, Institute of

Health Equity, February, <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>.

McCurdy C. (2020), « Local differences. Responding to the local impact of coronavirus », Resolution Foundation, June 14, <https://www.resolutionfoundation.org/publications/local-differences/>.

ONS (2020a), « Which occupations have the highest potential exposure to the coronavirus (COVID-19)? », May 11, <https://bit.ly/3hBdv5J>.

ONS (2020b), « Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: Deaths registered up to and including 20 April 2020 », May 11, <https://bit.ly/34Dx9KY>.

ONS (2020c), « Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: Deaths occurring between 1 March and 31 May 2020 », June 12, <https://bit.ly/3huAvU2>.

ONS (2020d), « Coronavirus (COVID-19) related deaths by ethnic group, England and Wales: 2 March 2020 to 15 May 2020 », June 19, <https://bit.ly/3k8f9b>.

PHE (Public Health England) (2020), « Disparities in the risk and outcomes of COVID-19 », August, <https://bit.ly/2QrxlVe>.

Platt L., Warwick R. (2020), « Are some ethnic groups more vulnerable to COVID-19 than others? », Institute for Fiscal Studies, May 1, <https://bit.ly/2D3gmp8>.

Salisbury H. (2020), « Helen Salisbury: GPs still have no access to coronavirus testing », *British Medical Journal*, 369:m1881, <https://doi.org/10.1136/bmj.m1881>.

Thomas C. (2020), *Resilient Health and Care. Learning the Lessons of Covid-19 in the English NHS*, Institute for Public Policy Research, July, <https://www.ippr.org/files/2020-07/resilient-health-and-care-july20.pdf>.

Thornton J. (2020), « Covid-19: How coronavirus will change the face of general practice forever », *British Medical Journal*, 368:m1279, <https://doi.org/10.1136/bmj.m1279>.

TUC (2020), « TUC response to inquiry on Coronavirus (Covid-19) and the impact on people with protected characteristics », <https://bit.ly/3b0QDu4>.

Villa M. (2020), « Fase 2: Morti sommerse, "eccesso" di zelo? », Istituto per gli studi di politica internazionale, 28 aprile, <https://bit.ly/31vC6DB>.

## **UNE SOUS-ESTIMATION INITIALE DU RISQUE, PUIS UNE GESTION CHAOTIQUE**

Volovitch P. (2002), « Royaume-Uni : le gouvernement britannique affiche sa volonté de financer une ambitieuse réforme du système de santé », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 76, mai, p. 1-8, <https://bit.ly/34QuLAL>.

Médias britanniques, notamment *The Guardian*, *The Financial Times*, BBC News.

Sites des organisations syndicales et professionnelles : TUC, GMB, Unite, UNISON, RCN, BMA.