

Les lésions et les maladies liées au travail et le COVID-19

Jukka Takala

Président de la Commission internationale de la santé au travail (CIST),
Université de Tampere, Sciences de la santé, Finlande

Sergio Iavicoli

Secrétaire général de la CIST, professeur et directeur de recherche de
l'autorité d'indemnisation des travailleurs (INAIL), Italie

Seong-Kyu Kang

Vice-président de la CIST et professeur à l'Université Gachon,
République de Corée

Claudina Nogueira

Vice-présidente de la CIST et consultante/cheffe de projet à la faculté
des sciences de la santé, Université de Prétoria, Afrique du Sud

Diana Gagliardi

Responsable du Département de médecine, d'épidémiologie, d'hygiène du
travail et de l'environnement, INAIL, Italie

Daniël (Daan) Kocks

Secrétaire national de la CIST pour l'Afrique du Sud et président de la Société de
médecine du travail d'Afrique du Sud (SASOM)

Jorma Rantanen

Ancien président de la CIST et professeur émérite, Université d'Helsinki,
Finlande

Introduction

Les pays développés ont réussi ces dernières années à réduire les lésions au travail provoquées par des accidents, en dépit de la complexité croissante de l'environnement (Hämäläinen, Takala et Saarela, 2006; Hämäläinen, Saarela et Takala, 2009; Hämäläinen, Takala et Tan, 2017). Il est plus difficile de mesurer les maladies liées au travail car il n'existe pas de statistiques mondiales, mais les estimations de l'Organisation internationale du Travail (OIT) montrent une tendance à la hausse. Dans le monde, les populations de plusieurs régions voient leur espérance de vie et leur espérance d'activité professionnelle augmenter, si bien que beaucoup de problèmes à court terme sur le lieu de travail s'amélioreront progressivement. La réduction de la pauvreté fait diminuer les conséquences à court terme, mais ces dernières sont remplacées par des maladies et des troubles à plus long terme, avec une période de latence plus importante. Cette tendance apparaît clairement dans les économies émergentes comme celles de l'Asie du Sud-Est et de la région du Pacifique occidental (Takala *et al.*, 2014; Takala *et al.*, 2017).

Dans de nombreux pays développés, et de plus en plus dans les pays en développement, la composante santé de la sécurité et santé au travail devient rapidement prépondérante par rapport à la composante sécurité. Cette importance relativement plus grande accordée à la santé au travail résulte principalement des améliorations apportées au niveau de la sécurité et de la réduction du nombre de travailleurs dans les industries traditionnellement dangereuses.

Le changement des structures économiques dans les pays développés a été un autre facteur essentiel de la réduction du nombre des accidents. Les lieux de travail dangereux avec une forte intensité de main-d'œuvre, comme ceux des secteurs manufacturiers, sont devenus moins nombreux dans les pays développés, car ce travail est dorénavant effectué ailleurs, notamment dans les pays d'Asie qui se développent rapidement. Dans les pays développés, plus des deux tiers des travailleurs travaillent souvent déjà dans des métiers de service. L'évolution rapide des processus de mécanisation, d'automatisation et de préfabrication signifie également que de moins en moins d'emplois sont exposés au risque de blessure. Les améliorations destinées à réduire les lésions au travail dans les pays développés ont été en partie rendues possibles grâce à l'amélioration des activités de prévention et aussi grâce à la tendance à transférer une grande partie de ces activités industrielles vers d'autres régions plus pauvres du monde.

Ces transferts vers les pays en développement incluent les risques qui y sont associés, comme l'impact négatif sur la sécurité et la santé des travailleurs de ces pays, où l'on assiste à une augmentation des lésions ainsi que des maladies et des troubles avec une longue latence. Il n'est pas très compliqué de transférer les technologies, mais ces transferts n'ont pas été accompagnés de changements des méthodes de travail insalubres et dangereuses, ni de l'apprentissage des bonnes pratiques. Les travailleurs non qualifiés ont dû tout apprendre par eux-mêmes, si bien que les risques et les résultats négatifs pour la sécurité et la santé augmentent rapidement.

On trouve parmi les grands risques liés au travail: les substances cancérogènes au travail; les maladies vasculaires liées, par exemple, au stress, au travail de nuit, aux niveaux élevés de monoxyde de carbone et de bruit; d'autres maladies non transmissibles provoquées par l'inhalation de vapeurs, de poussières et de fumées; des emplois physiquement pénibles ou répétitifs qui induisent des troubles musculo-squelettiques; et des maladies transmissibles provoquées par des agents pathogènes au travail qui aboutissent à la malaria et à d'autres maladies tropicales transmissibles – et plus récemment au COVID-19, la maladie provoquée par le nouveau coronavirus SARS-CoV-2.

Nous vivons des temps sans précédent dans le monde entier, car tous les pays subissent l'impact tragique et profond de la pandémie due au virus SARS-CoV-2 et au COVID-19. On s'attend à ce que cette situation et ces impacts se poursuivent dans les mois et les années qui viennent, et que de nombreux secteurs soient touchés.

Il y a probablement très peu de travailleurs dans le monde qui peuvent dire qu'ils n'ont pas été affectés par le COVID-19. Aux niveaux international, régional et local, dans tous les secteurs, les organisations ont mobilisé leurs ressources et leurs compétences pour élaborer et partager toutes les informations possibles sur le COVID-19 afin de protéger les travailleurs, leurs familles et leurs communautés. Ces informations comprennent notamment les politiques, l'actualisation des législations, les conseils techniques, le matériel de formation, les déclarations officielles, les outils d'évaluation du risque, les procédures opérationnelles normalisées, les cadres d'action et les directives pour le retour au travail.

La pandémie mondiale a imposé des responsabilités et du travail supplémentaires aux médecins des services de santé en général, et aux professionnels de la médecine et de la santé au travail, à qui l'on demande d'assurer aux travailleurs un retour en sécurité sur leurs lieux de travail et leurs moyens de subsistance, avec le redémarrage progressif de l'économie mondiale après les confinements dans de nombreux pays.

Dans le monde, 1,7 milliard de travailleurs dans différents métiers de services sont considérés comme des populations à risque. S'ils sont contaminés, certains travailleurs peuvent jouer un rôle important de vecteurs de la maladie: notamment les travailleurs du secteur de la santé, d'autres professions dans les services, les industries alimentaires et bien d'autres. Plusieurs activités professionnelles ont exposé les travailleurs au virus SARS-CoV-2, en particulier dans les secteurs où les contacts avec les êtres humains ou les animaux sont importants.

Les lieux de travail dans des secteurs économiques comme l'élevage, le secteur agroalimentaire, les marchés alimentaires, les services de santé, certains services sociaux comme les soins aux personnes âgées, les services communautaires comme le ramassage des ordures et bien d'autres services sont des sources potentielles d'épidémies. Il faut donc considérer les lieux de travail comme des espaces importants pour détecter très tôt les risques épidémiques et mettre en place des actions précoces de prévention et de gestion des risques. Cela nécessite une réglementation efficace pour l'inspection et des conseils sur les bonnes pratiques de prévention.

La crise mondiale actuelle des maladies chroniques et l'échec de la santé publique à réduire la recrudescence de facteurs de risque tout à fait évitables ont rendu les populations vulnérables face aux urgences sanitaires comme le COVID-19. En outre, une majorité de la population des travailleurs est exposée à l'émergence de nouveaux risques au travail, qui ont des conséquences sanitaires à long terme, comme les facteurs psychosociaux.

Cet article examine les chiffres les plus récents des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le monde et par pays, ainsi que les coûts économiques qu'ils induisent dans certains pays et certaines régions, et recommande les actions à prendre par les différentes parties prenantes.

Les objectifs

Les objectifs de cet article sont les suivants:

- ▶ Améliorer la compréhension des risques pour la santé à court et à long terme provoqués par le travail et de leurs graves conséquences attendues sur les populations actives et les économies.
- ▶ En se fondant sur des estimations récentes, comparer les données des sources fiables disponibles afin de comprendre, par le biais des indicateurs habituels, l'ampleur des problèmes et des troubles professionnels. L'analyse des estimations disponibles dans plusieurs pays et régions, et des différences entre les pays et les estimations, permet d'établir une feuille de route pour définir des priorités et inspirer des politiques.
- ▶ Identifier les principaux objectifs pour éliminer et réduire les expositions aux facteurs négatifs sur les lieux de travail qui ont des conséquences graves à long terme et provoquent des décès liés au travail.
- ▶ Présenter des faits et des preuves pour déterminer les actions prioritaires et mettre l'accent sur le rôle des gouvernements, des travailleurs et des employeurs, et de leurs organisations, pour définir des politiques de sécurité et de santé sur les lieux de travail, des stratégies et des réglementations, les mettre en œuvre et les faire respecter, et créer un état d'esprit et une culture du «risque zéro» au travail.

La méthodologie et les sources de données sur l'ampleur des lésions et des maladies au travail

Les auteurs ont examiné les chiffres de l'emploi, les taux de mortalité, les données sur le poids des maladies et des lésions professionnelles, les accidents déclarés, les enquêtes sur les maladies et les lésions professionnelles autodéclarées, les fractions attribuables (qui quantifient la contribution d'un facteur de risque à une maladie ou à un décès dans une population), et les estimations du coût économique des lésions et des problèmes de santé liés au travail, ainsi que les informations les plus récentes sur les questions de

sécurité et de santé au travail publiées dans des revues scientifiques, documents et sources de données électroniques des organisations internationales et régionales, comme l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Union européenne (UE) et l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN), ainsi que celles d'autres institutions, agences et sites publics. Les systèmes de collecte des données sont encore différents selon ces sources, ce qui limite les comparaisons.

L'OIT calcule depuis vingt ans les estimations mondiales des lésions et des maladies professionnelles, et les méthodes utilisées pour obtenir ces résultats ont progressé au fil du temps. Les estimations se fondent sur deux processus distincts, l'un pour les lésions au travail (accidents) et l'autre pour les maladies liées au travail. Les statistiques de l'OIT comprennent les données recueillies par ses États Membres sur les accidents du travail, les données de l'OMS sur les maladies et la documentation scientifique sur leurs liens avec le travail ont été utilisées pour calculer le nombre de décès et estimer l'ampleur des handicaps, temporaires et permanents.

Avant le COVID-19, on estimait que, au niveau mondial, 2,78 millions de travailleurs mouraient chaque année pour des causes liées au travail (Hämäläinen, Takala et Tan, 2017). Parmi ces décès, 2,4 millions (soit 86,3 pour cent) provenaient de maladies liées au travail et 380 000 décès (13,7 pour cent) étaient intervenus à la suite d'accidents du travail. L'impact économique mondial du manque d'investissements appropriés dans la sécurité et la santé au travail était «à peu près égal au total des PIB des 130 pays les plus pauvres du monde», a déclaré le directeur général du BIT, Guy Ryder (BIT, 2017). De plus, il y avait environ 3,74 millions d'accidents non mortels, avec chaque année la perte de 123 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (*disability adjusted life years* – DALY) en raison des lésions, des maladies et des troubles liés au travail (Hämäläinen, Takala et Tan, 2017). Les DALY sont calculées en ajoutant les années de vie perdues (*years of life lost* – YLL), en raison d'une mortalité prématurée, aux années vécues avec un handicap (*years lived with disability* – YLD). La perte totale de la santé (mesurée en DALY) est un indicateur consolidé de l'estimation mondiale de la morbidité et de ses conséquences (*global burden of diseases* – GBD). À partir de ces calculs, les pertes économiques dues à toutes les maladies, tous les troubles et tous les accidents du travail représentaient 4,94 pour cent du PIB en 2020 (IHME, 2020).

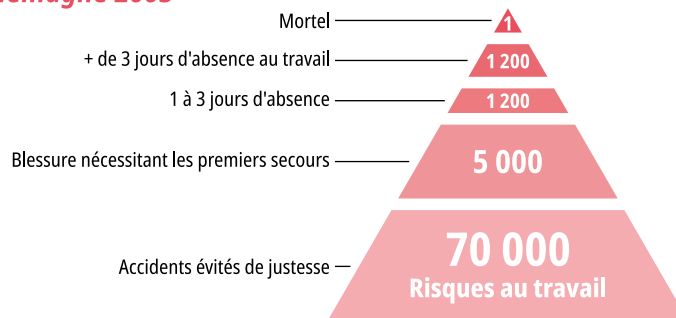
Les lésions provoquées par des accidents

Il est difficile de comparer les données nationales sur les lésions liées au travail (en raison des différences de critères juridiques et de fixation des indemnisations), mais il est plus facile de comparer les chiffres des accidents *mortels*, et les données peuvent être relativement comparables lorsque les critères d'enregistrement, les dénominateurs et les structures économiques sont bien documentés. Les statistiques nationales des accidents mortels sont exprimées sur 100 000 travailleurs en emploi ou sur un million d'heures de travail (taux de fréquence des accidents), qui peuvent être convertis en 100 000 personnes employées à plein temps (taux d'incidence des accidents).

Certes, les accidents du travail mortels sont mieux enregistrés, mais les cas non mortels – graves, permanents et moins graves – sont largement sous-déclarés dans la plupart des pays, et ce sont ces cas qui créent une charge beaucoup plus lourde pour les travailleurs et les économies que les estimations citées auparavant (Betti *et al.*, à paraître). Les accidents mortels ne sont que la partie émergée de la pyramide (figure 1). Il est possible de dessiner une pyramide similaire pour les maladies professionnelles.

► Figure 1. Le rapport entre les accidents au travail non mortels et les accidents mortels, 2014

Allemagne 2005



Moyenne de l'UE28 en 2011

1 mortel
362 accidents, + de 30 jours
880 accidents, + de 4 jours
1 208 accidents avec congé de maladie
1 646 accidents, tous

Singapour 2011-2014

1 mortel
42 - 93 accidents, + de 30 jours
284 - 623 accidents, + de 4 jours
516 - 1 087 accidents avec congé de maladie
685 - 2 111 accidents, tous

Source: Takala *et al.*, 2014.

Le tableau 1 montre les résultats approximatifs de l'analyse comparative. Les chiffres et les taux de référence enregistrés dans le tableau pour l'année 2014 (ILOSTAT et EUROSTAT) sont également valables pour les États Membres de l'OIT densément peuplés dans le monde. Dans les petits pays, il est possible d'éviter le caractère aléatoire des accidents mortels pour une année donnée en faisant la moyenne des chiffres sur plusieurs années, comme pour les valeurs de référence d'ILOSTAT et d'EUROSTAT. Les estimations diffusées par le Directeur général du BIT Guy Ryder (BIT, 2017, tirées de Hämäläinen, Takala et Tan, 2017) utilisaient déjà un ajustement des cas non mortels et étaient meilleures que le rapport sur les données brutes, mais les données étaient encore largement sous-estimées. Les pays qui fournissent les meilleurs rapports semblent être la Finlande et l'Allemagne.

Les résultats d'une nouvelle étude sur les sous-déclarations dans les pays de l'UE montrent clairement que les chiffres sont plus élevés; ils sont pratiquement plus du double des chiffres bruts qui ont été déclarés: le nombre d'accidents non mortels qui ont provoqué plus de trois jours d'absence du travail est passé de 2,4 millions à 6,9 millions dans l'UE28. Quant aux accidents mortels, les chiffres corrigés révèlent qu'il y a un accident mortel pour 2 050 accidents non mortels (Betti *et al.*, à paraître). Il est possible d'appliquer cette méthode aux chiffres d'ILOSTAT pour le monde.

► Tableau 1. Analyse comparative des accidents mortels et non mortels dans l'UE28

Pays	Emploi total	Accidents du travail mortels en 2014 rapportés à l'OIT	Accidents du travail non mortels en 2014 rapportés à l'OIT	Accidents du travail mortels en 2014 rapportés à Eurostat	Accidents du travail non mortels en 2014 rapportés à Eurostat	Estimations mondiales des accidents du travail (au moins 4 jours d'absence) Limite inférieure (Eq.j) (0,14) OIT 2014	Estimations mondiales des accidents du travail (au moins 4 jours d'absence) Limite supérieure (Eq.j) (0,08) OIT 2014	Estimations mondiales des accidents du travail (au moins 4 jours d'absence) Sélection OIT 2014	Accidents non mortels sur la base de l'étude sur les sous-déclarations de l'UE28, tous secteurs confondus, moyenne annuelle des années 2015-2017
UE28	218 336 000			3 379	2 414 073	2 413 571	4 051 944	3 548 302	6 936 092
Allemagne	39 871 300	639	955 280	471	704 819	336 429	523 333	704 869	862 016
Autriche	4 113 700			119	52 968	85 000	132 222	108 611	221 047
Belgique	4 544 500			45	46 704	32 143	50 000	46 704	121 935
Bulgarie	2 981 400	115	2 289	110	1 772	78 571	137 500	108 036	175 403
Chypre	362 700	5	1 613	4	1 359	2 857	4 444	4 563	7 173
Croatie	1 565 700	36	13 785	22	8 999	15 714	27 500	21 607	65 206
Danemark	2 714 100			28	31 770	20 000	31 111	31 770	58 685
Espagne	2 363 100			39	7 365	27 857	48 750	38 304	93 244
Estonie	916 700	25	12 914	20	10 016	14 286	25 000	24 554	34 559
Finlande	17 344 200	246	423 106	247	287 809	176 429	308 750	287 809	624 018
France	624 800	16	4 619	13	5 393	9 286	16 250	12 768	33 255
Grèce	2 447 200			28	42 162	20 000	31 111	42 162	41 773
Hongrie	26 396 400			517	467 869	369 286	574 444	471 865	776 729
Irlande	3 356 200			25	3 152	17 857	27 778	22 817	60 641
Italie	4 100 800	78	19 583	74	15 918	52 857	92 500	72 679	162 362
Lettonie	1 913 900			45	13 103	32 143	56 250	44 196	88 028
Lituanie	22 278 900	396	305 246	459	251 769	327 857	573 750	388 929	983 300
Luxembourg	884 600			39	1 409	27 857	48 750	38 304	55 425
Malte	1 319 000	60	3 232	51	2 599	36 429	63 750	50 089	79 551
Pays-Bas	245 600			10	6 154	7 143	12 500	9 821	29 343
Pologne	181 700			4	2 273	2 857	5 000	3 929	8 477
Portugal	8 236 100			39	56 377	27 857	48 750	56 377	232 132
Roumanie	15 861 500			225	59 414	160 714	281 250	220 982	532 730
Royaume-Uni	4 499 500			148	111 134	105 714	185 000	145 357	286 253
Slovaquie	30 672 300			207	160 700	147 857	258 750	203 304	516 428
Slovénie	4 974 300		45 058	101	36 622	72 143	126 250	99 196	217 135
Suède	8 613 700	224	3 351	253	3 101	180 714	316 250	248 482	494 258
Tchéquie	4 772 100	41	30 319	36	21 343	25 714	45 000	40 268	74 986

Source: Fondé sur les données d'ILOSTAT et d'EUROSTAT ajustées en fonction de l'étude sur les sous-déclarations de l'UE28 (Betti *et al.*, à paraître). Les données de l'OIT sont classées en fonction des régions de l'OMS (par ordre alphabétique en deux groupes). On utilise l'année 2014 qui est la dernière année de référence disponible.

Les maladies et les troubles liés au travail

Les maladies et les troubles liés au travail sont encore moins correctement enregistrés, notifiés, déclarés et indemnisés que les accidents du travail. La liste des maladies professionnelles de l'OIT (BIT, 2010) est un outil important pour guider ses États Membres.

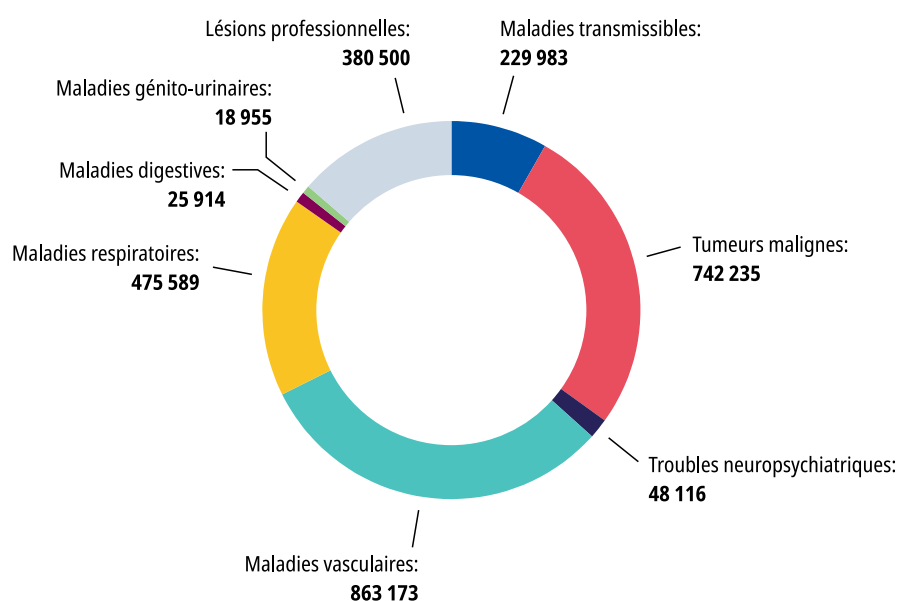
Les pays qui déclarent le plus de lésions au travail sont la Finlande et l'Allemagne, mais le nombre de maladies professionnelles pour 100 000 travailleurs est le plus élevé au Danemark et en Suède. Un petit nombre de rapports n'est pas un indicateur de travail décent et sûr. En raison des pratiques très variables en matière de maladies professionnelles, de leur indemnisation et des systèmes de déclaration (le cas échéant), il est préférable d'utiliser ici les termes de *maladies liées au travail*. Certains pays peuvent déclarer comme maladies professionnelles un grand nombre de maladies, alors que d'autres peuvent avoir exactement le même problème à un niveau important et ne pas les déclarer. En utilisant les termes de *maladies liées au travail*, nous faisons référence aux maladies qui sont à la fois identifiées et déclarées – en se fondant sur la liste des maladies professionnelles indemnissables du pays – et aux maladies similaires qui ne sont pas déclarées. Même si l'on ne peut pas forcément voir l'ampleur et le nombre des *maladies liées au travail* dans les rapports statistiques, il est possible de recourir à des méthodes épidémiologiques pour les estimer avec suffisamment de précision.

D'après les estimations mondiales en 2017, sur les 2,4 millions de décès provoqués par des maladies liées au travail, les deux principales maladies responsables de la majorité des décès sont les maladies cardiovasculaires (circulatoires) et les cancers, qui totalisent respectivement 31 et 26 pour cent des décès. Viennent ensuite les lésions provoquées par des accidents du travail (14 pour cent) et les maladies infectieuses (9 pour cent). Dans les estimations de 2017, les cancers professionnels ont provoqué 742 235 décès (figure 2), à comparer avec les 489 000 décès déclarés dans l'étude GBD correspondante en 2015 (voir IHME, 2020). La principale raison qui explique cette différence dans le nombre de morts est que l'étude GBD de 2015 ne couvrait que les agents du groupe 1 (les cancérrogènes avérés) choisis par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), alors que les estimations de 2017 couvraient les agents des groupes 1 et 2A (les cancérrogènes avérés et probables) du CIRC (CIRC et OMS, 2020). Il existe une tendance, lente mais qui s'accélère progressivement, à couvrir les agents du CIRC, car les cancérrogènes probables sont déplacés vers la liste des cancérrogènes avérés lorsqu'il existe suffisamment de preuves scientifiques. Par exemple, les gaz d'échappement des moteurs diesel n'ont été ajoutés que récemment (en 2012) à la liste du groupe 1 des agents du CIRC, alors que le lien entre l'exposition aux gaz d'échappement des moteurs diesel et les cancers était une évidence depuis des décennies.

Les pays industrialisés (région à revenu élevé de l'OMS) ont une charge beaucoup plus élevée attribuable aux cancers, avec 52 pour cent, et beaucoup moins d'accidents et de maladies contagieuses, à 2,3 pour cent chacun (figure 3). Dans les économies à revenu élevé, l'allongement de l'espérance de vie induit une augmentation du nombre de morts liés à des cancers, ce qui implique par conséquent une augmentation du nombre de décès dus à des cancers professionnels. La région de l'Afrique de l'OMS a le plus grand pourcentage de maladies transmissibles liées au travail. Les estimations de la région du Pacifique occidental de l'OMS sont dominées par la Chine, et les estimations de l'Asie du Sud-Est sont dominées par l'Inde. Les estimations de l'UE étaient de 107 600 morts liés à des cancers professionnels.

Le chiffre correspondant de l'étude GBD de 2015 était de 75 279 décès, en se basant sur les cancérrogènes sélectionnés, et la dernière étude GBD de 2019 indiquait 101 633 décès dans l'UE28 (IHME, 2020). Ces cancérrogènes ne couvrent pas les rayonnements UV et les rayonnements ionisants, les processus de travail spécifiques, le travail posté ou le travail sédentaire. En prenant en compte ces éléments omis, les résultats sont comparables ou supérieurs aux estimations de 2017. Les données fournies par les États Membres de l'OIT qui déclarent, reconnaissent et indemnisent les maladies et les lésions professionnelles sont raisonnables, mais ce n'est malheureusement pas une pratique courante. Des estimations pour tous les États Membres et toutes les régions de l'OIT ont donc été réalisées sur l'ensemble des maladies, troubles et lésions liées à la sécurité et la santé (Takala *et al.*, 2017; Hämäläinen, Takala et Tan, 2017). Les maladies transmissibles liées au travail ont été responsables de 230 000 décès par an; la tuberculose, la silico-tuberculose, les maladies pneumococciques, la malaria et les maladies tropicales, ainsi que les gripes étaient déjà comprises dans les estimations mondiales passées de l'OIT. La pandémie actuelle de COVID-19 aggrave encore les risques de morbidité et de mortalité pour les travailleurs. Les chiffres les plus récents montrent toutefois que la part de mortalité au travail liée au COVID-19 est relativement faible (voir la note sous la figure 2). En utilisant les derniers résultats des recherches de l'Italie (Marinaccio, Guerra et Iavicoli, 2020) au sujet de la fraction attribuable au travail (AF_{work}) et sur la mortalité en Finlande (Finnish Institute for Health and Welfare, 2021) pour les populations de 15 à 65 ans, la fraction attribuable au travail a été calculée à 3,0 pour cent (voir le tableau 2). Toutefois, pour l'Italie, le taux d'infection attribuable au travail est considérablement plus élevé, aux environs de 19,4 pour cent.

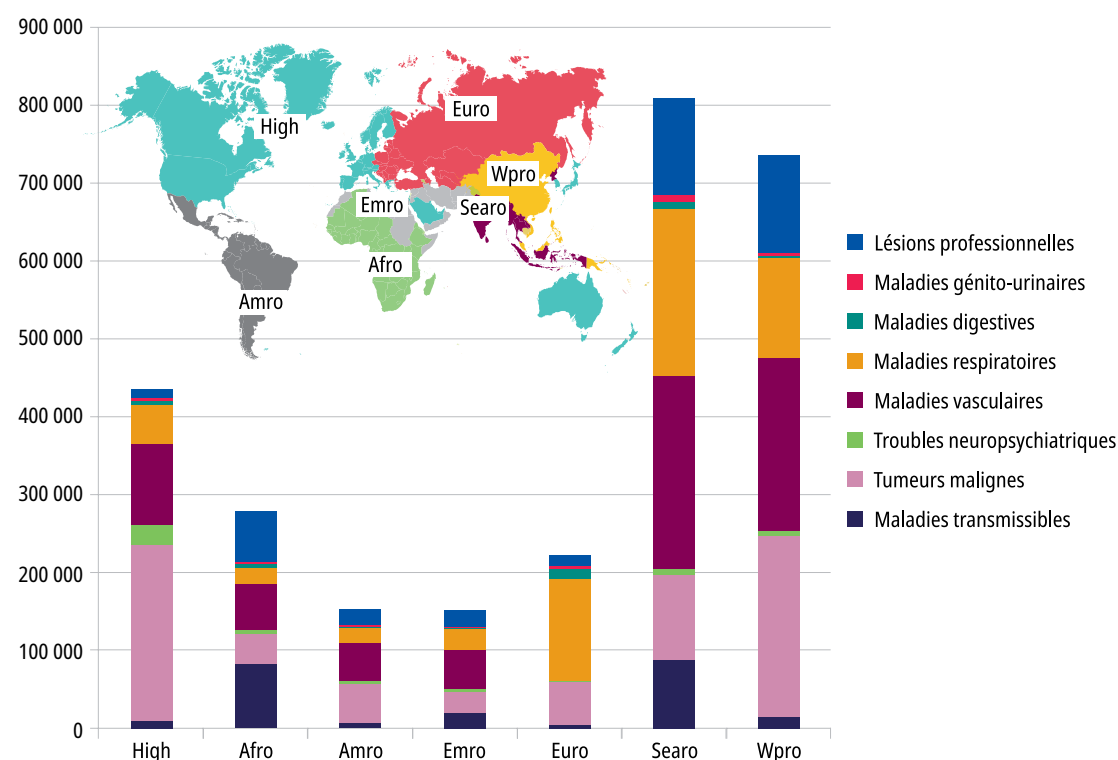
► Figure 2. Estimation de la mortalité mondiale liée au travail, en fonction des causes, 2017



Note: Les décès liés au COVID-19 au travail en 2020 sont estimés à 60 000, à comparer avec le nombre total de décès liés au travail de 2 844 465 de la figure 2. Parmi ces décès, seul un nombre limité a été considéré comme une maladie professionnelle reconnue et indemnisée.

Source: Takala *et al.*, 2017; Hämäläinen, Takala et Tan, 2017.

► Figure 3. La mortalité liée au travail, en fonction des régions de l'OMS, 2017



Note: «Élevé» signifie régions à revenu élevé

Source: Takala *et al.*, 2017.

► **Tableau 2: Le lien entre les maladies et les troubles sélectionnés, et le travail (taux AF_{work})**

Type de maladie	Pourcentage
Transmissible	4,8 (hommes)-32,5 (femmes)
<i>Décès en âge de travailler dû au COVID*</i>	<i>3,0 homme/femme</i>
<i>dont maladies en âge de travailler 15-65**</i>	<i>30</i>
<i>dont maladies attribuables au travail (AF_{work})***</i>	<i>19,4</i>
Décès liés au cancer	13,8
Décès lié aux troubles neuropsychiatriques	6,6
Décès liés aux maladies vasculaires	14,4
Décès liés aux maladies respiratoires:	
<i>Bronchopneumopathie chronique obstructive</i>	<i>18</i>
<i>Asthme</i>	<i>21</i>
<i>Autres maladies respiratoires</i>	<i>1</i>
Décès liés aux maladies digestives	2,3
Décès liés aux maladies génito-urinaires	3,0
Troubles musculo-squelettiques	37
Troubles de la santé mentale (stress, travail de nuit, psychosocial)	10-30

Notes: * L'âge médian de toutes les morts du COVID-19 est de 84 ans (Finnish Institute of Health and Welfare, 2021).

** Marinaccio, Guerra et Iavicoli, 2020. *** AF_{work} : Fraction attribuable au travail ou pourcentage de maladies provoquées par le travail.

Le taux de contamination par le COVID-19 – pas le taux de mortalité – estimé à 19,4 pour cent en 2020 peut être utilisé pour calculer le nombre total de cas de contaminations *liées au travail* cette année-là. L'OMS a donné un nombre total de 82,4 millions cas de contaminations – un chiffre qui serait probablement beaucoup plus élevé si l'on connaissait mieux le nombre de cas qui n'ont jamais fait l'objet d'un test. En conséquence, les 19,4 pour cent de 82,4 millions représentent 15,99 millions de contaminations non mortelles liées au travail. Cette maladie n'est pas forcément considérée comme une maladie professionnelle indemnisable par les États Membres de l'OIT, mais la valeur du travail et les pertes économiques ajoutent un poids considérable aux pertes liées aux décès en lien avec le travail. Le 24 février 2021, il y avait eu 111 593 583 cas de COVID-19 confirmés en incluant les 173 594 nouveaux cas ce jour-là, et 2 495 020 décès (OMS, non daté). Il est évident que le poids réel est beaucoup plus lourd.

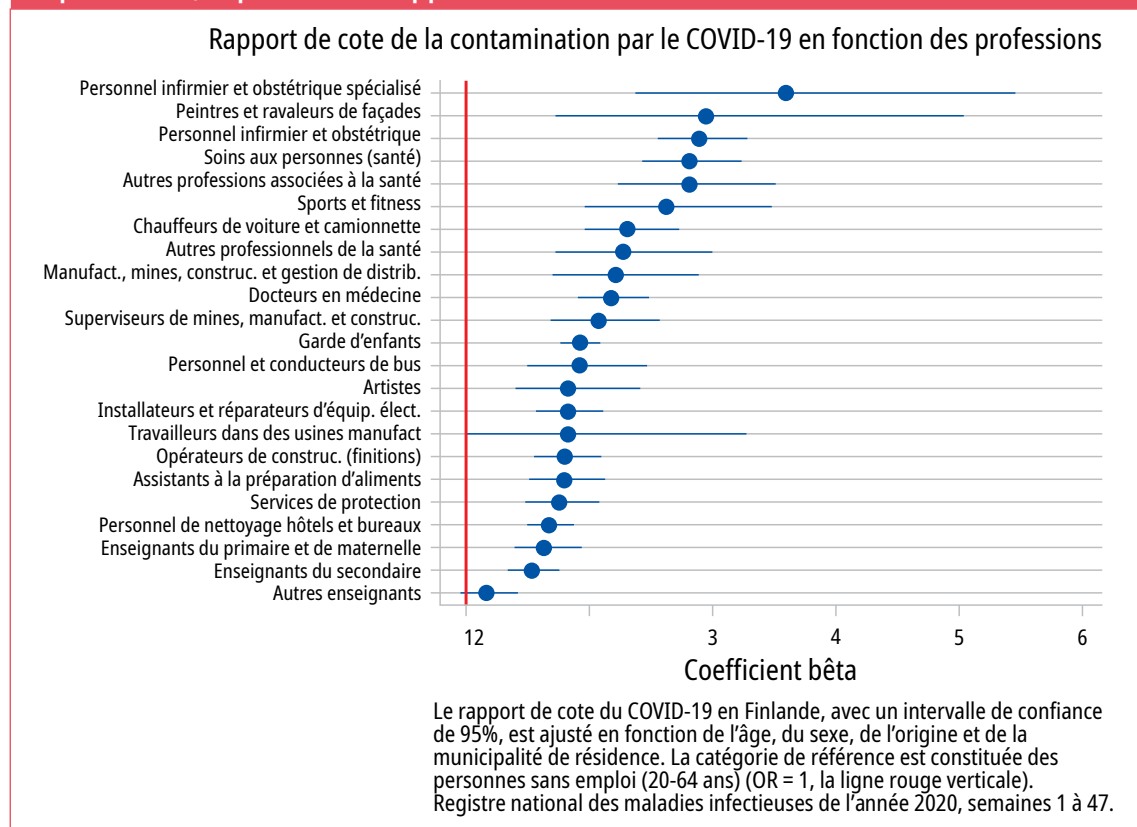
La figure 4 montre les principales différences entre plusieurs métiers et les emplois qui sont les plus à risque d'exposition au SARS-CoV-2 en Finlande. L'idée générale que le personnel de santé est un groupe très contaminé est vraie mais, parallèlement, un nombre important d'emplois dans d'autres secteurs sont également exposés au risque de contamination.

Un rapport de cote (*odds ratio* – OR), expliqué simplement, est une mesure du lien entre une exposition (dans ce cas l'exposition au virus SARS-CoV-2) et un résultat (dans ce cas être contaminé par la maladie du COVID-19). Le rapport de cote représente la probabilité que quelque chose se produise en raison d'une exposition particulière, par rapport aux

probabilités d'avoir ce même résultat en l'absence d'exposition. Plus précisément, $OR > 1$ signifie qu'il y a plus de chances d'avoir un lien entre l'exposition et le résultat; $OR = 1$ signifie qu'il n'y a aucun lien entre l'exposition et le résultat; et $OR < 1$ signifie qu'il y a moins de probabilité de lien entre l'exposition et le résultat.

Dans la figure 4 donc, les différents OR indiquent par exemple que le personnel soignant spécialisé a 3,6 fois plus de risques d'attraper la maladie, alors que les peintres en bâtiment et le personnel de nettoyage de bâtiments ont 3,0 fois plus de risques de développer le COVID-19 par rapport à la population de référence des personnes inactives. Il est aussi important de garder à l'esprit que l'exposition aux nouveaux variants du virus SARS-CoV-2, comme le variant anglais, peut augmenter de 1,3 à 1,7 fois le risque d'être contaminé par le COVID-19 par rapport au virus «normal» (initial).

► Figure 4. Finlande: les contaminations par le COVID-19 en fonction de la profession, exprimées en rapport de cote



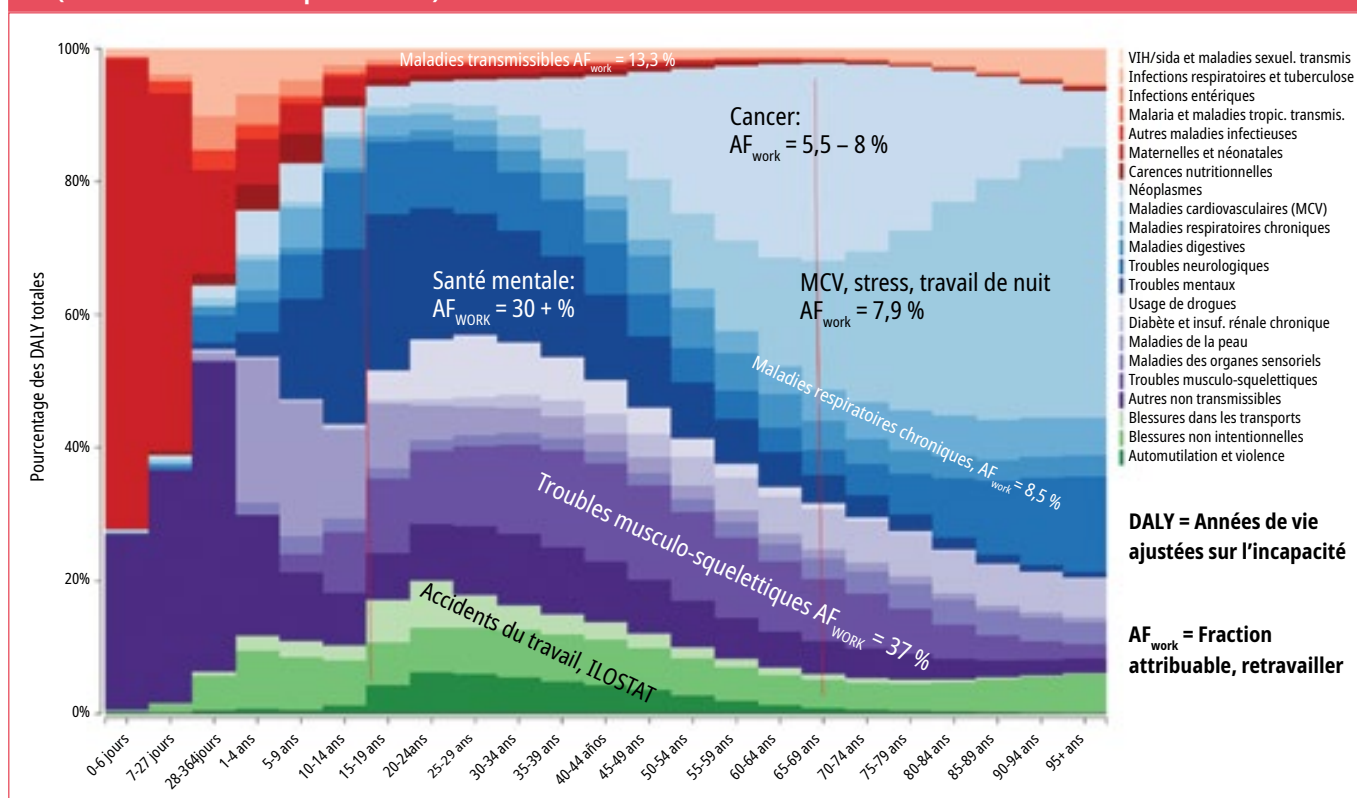
Note: Les données présentées portent sur toutes les personnes de 20 à 64 ans qui vivent en Finlande, dans un échantillon d'un peu plus de 3 millions.

Source: Helsinki GSE, 2021.

Les estimations des coûts et de la valeur sociale de la sécurité et santé au travail

Il est possible d'estimer le coût économique de l'insuffisance des mesures de sécurité et de santé au travail au niveau du lieu de travail et à l'échelon national. L'impact économique des accidents et des maladies au travail comprend des coûts directs pour les parties prenantes, les victimes, les employeurs et la société, ainsi que les pertes de production. La figure 5 montre la part des maladies et des blessures en fonction de l'âge. Cette figure provient de l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (Institute of Health Metrics and Evaluation – IHME) et porte sur toutes les causes, avec l'ajout par les auteurs de la fraction attribuable au travail (AF_{work}) estimée. Elle montre la part de la composante liée au travail de chaque maladie. Le COVID-19 n'apparaît pas sur cette figure, qui date de 2019. Les lignes rouges indiquent l'âge de travailler.

► Figure 5. Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), groupes des grandes maladies et des troubles, UE, en fonction de l'âge et de la fraction attribuable au travail (AF_{work}) estimée, 2019 (Le COVID-19 n'est pas inclus)

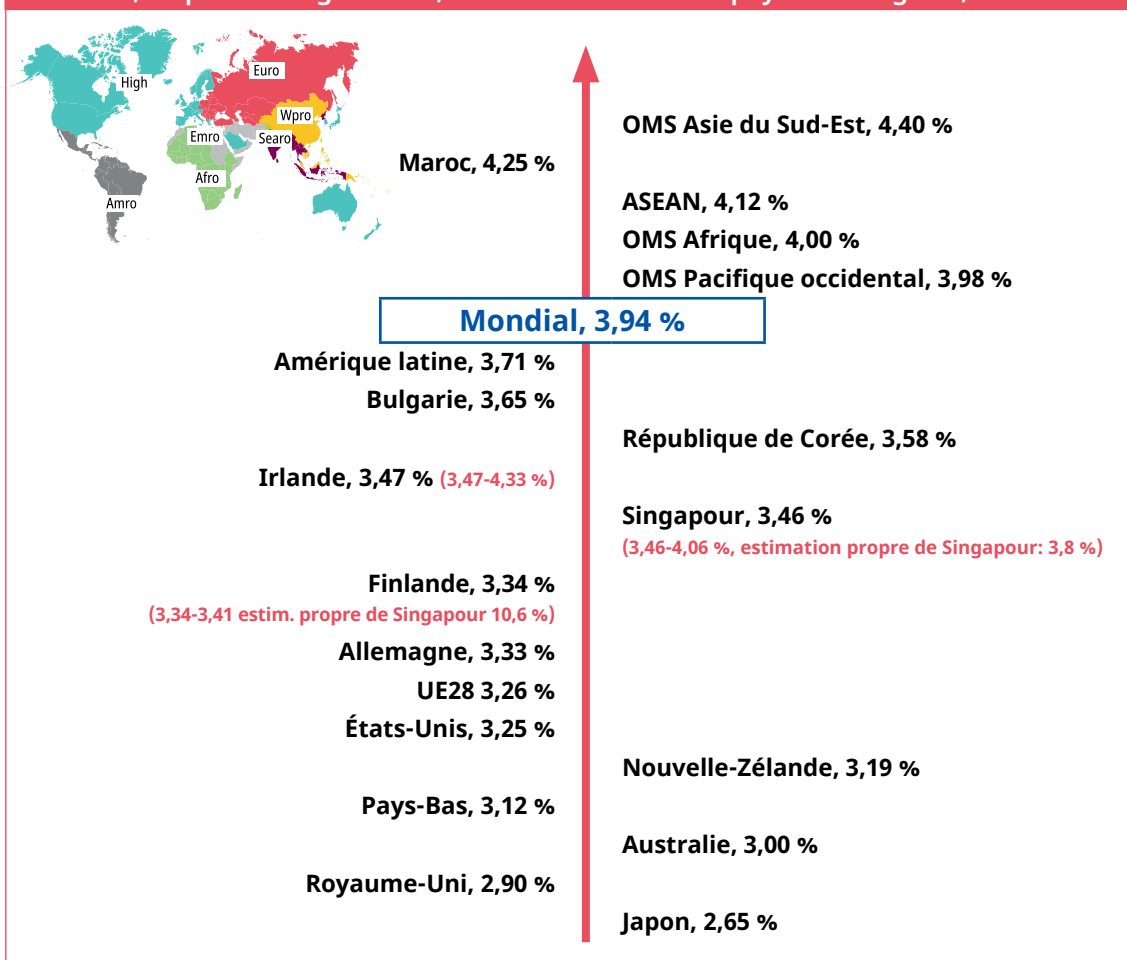


Source: IHME, 2020, avec les années de vie ajustées sur l'incapacité (AF_{work}) par les auteurs.

À partir de la quantification du nombre d'accidents et de maladies du travail, il est possible de définir le nombre d'années de vie perdues (YLL) et d'années vécues avec un handicap (YLD); si l'on fait la somme des YLL et des YLD on obtient la mesure appelée DALY (années de vie ajustées sur l'incapacité).

Les coûts monétaires peuvent être calculés pour un pays, une région ou pour le monde (voir la figure 6). Il est possible de faire des comparaisons de coûts lorsqu'on dispose de données détaillées sur les DALY provoquées par des accidents et des maladies au travail. Le PIB annuel d'un pays ou d'une région est considéré comme représentatif de l'apport total de travail dans les industries primaires, le secteur manufacturier ou celui des services. Même les profits des entreprises et les revenus des investisseurs individuels ont été initialement créés par le travail (Elsler, Takala et Remes, 2017).

► Figure 6. Comparaison des coûts des lésions et des problèmes de santé liés au travail, en pourcentage du PIB, dans une sélection de pays et de régions, 2021



Source: BIT, CIST et UE, 2017.

Le niveau des coûts est en grande partie défini par les facteurs qui sont pris en compte pour calculer les estimations. Il est possible d'obtenir les coûts en pourcentage du PIB en divisant la valeur DALY pour un pays ou une région spécifiques (en années) par le nombre d'années hypothétiques maximales qui auraient pu être sauvées si personne n'était mort, ou n'avait de handicap temporaire ou permanent. On obtient ce calcul grâce au nombre d'années travaillées par les personnes en emploi, c'est-à-dire le nombre d'emplois à plein temps.

La perte économique annuelle se calcule alors de la façon suivante:

$$\text{Coûts annuels en \% du PIB}_{\text{pays}} = \text{DALY}_{\text{pays}} (\text{liées au travail}) / \text{Nombre total d'années}_{\text{pays}}$$

Les pertes monétaires peuvent être calculées en multipliant le pourcentage obtenu par le PIB, en termes monétaire, de référence du pays ou de la région, pour la même année.

L'utilisation de la méthode DALY en tant qu'indicateur des accidents et des maladies au travail au sens large est dans la pratique la seule façon de comparer les coûts économiques avec les informations mondiales disponibles sur tous les pays. Si l'on n'inclut que les cas mortels, on ne montre que la partie émergée de l'iceberg, en excluant les facteurs dont on sait qu'ils provoquent d'importantes absences du travail, comme les maladies musculo-squelettiques, les risques psychosociaux et un grand nombre de lésions professionnelles non mortelles provoquées par des accidents du travail. Ces facteurs combinés créent des pertes très importantes de valeur sociale pour les femmes et les hommes qui travaillent, et des pertes très lourdes en termes de coûts économiques pour les travailleurs, les employeurs et la société dans son ensemble (Elsler, Takala et Remes, 2017).

La façon habituelle de compter les coûts économiques (en pourcentage) ne couvre pas les coûts indirects, ni les coûts intangibles ou «la valeur de la vie statistique». Si l'on prend en considération le coût total de façon plus détaillée, en incluant les données de plusieurs sources (si c'est possible), il est probable que les coûts totaux seront considérablement plus élevés. Si par exemple on applique la méthode susmentionnée à la Finlande, on obtient des coûts de 3,34 pour cent du PIB en 2015, soit 7,68 milliards de dollars des États-Unis. Le calcul plus détaillé du coût total établi par le ministère des Affaires sociales et de la Santé pour la Finlande, après intégration de tous les coûts annexes, était trois fois plus élevé et se situait entre 24,45 et 24,95 milliards d'euros, soit 10,6 pour cent du PIB annuel (Rissanen et Kaseva, 2014).

D'autres calculs détaillés comparables ont été réalisés par l'UE (UE-OSHA, 2018). Et il reste encore des dépenses à prendre en compte.

Dans la plupart des pays développés, l'âge légal de départ à la retraite se situe entre 63 et 68 ans, mais d'après l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *l'âge réel auquel les gens prennent leur retraite* peut être bien inférieur; il est par exemple de 61,5 ans en Finlande. Toutefois, dans d'autres pays dont l'économie est comparable à celle de la Finlande, comme l'Islande, le Japon, la Norvège et la République de Corée, l'âge de départ à la retraite est beaucoup plus tardif; il est par exemple de 70,5 ans en Islande (Sauré et Zoabi, 2012). Ces différences dans l'âge effectif de départ à la retraite

ont une incidence substantielle sur les calculs du nombre d'années de travail qui peuvent être perdues en raison de lésions, de maladies et de troubles liés au travail.

Si l'ensemble de la main-d'œuvre a travaillé neuf ans de plus, le PIB augmentera à peu près de 25 pour cent. Les emplois et les professions où l'âge réel de départ à la retraite est le plus bas sont par exemple les travailleurs de la construction sur des échafaudages, où l'âge de départ à la retraite est de 50 ans. Il est clair qu'il existe un lien étroit entre les mauvaises conditions de travail et les départs à la retraite prématurés. En fonction de la législation, on ne peut pas obliger les gens à travailler jusqu'à 70 ans s'ils ont déjà perdu leur santé et leur capacité à travailler à l'âge de 50 ans.

Beaucoup d'autres éléments peuvent être pris en compte: les mesures monétaires ou la valeur de la vie, au sens étroit ou plus large en tant que valeur sociale ou en tant que perte sociale si l'on perd la vie ou sa santé à cause du travail. La nature ou le climat n'ont pas d'étiquette avec un prix. La valeur sociale de la vie et de la santé au travail et au-delà du travail ne peut être mesurée que partiellement par les prix du marché.

Les expériences du COVID-19 et les leçons apprises

Il est important de remarquer que les problèmes et les pertes associés au travail ne sont pas provoqués par des situations inévitables, comme les pandémies ou les catastrophes naturelles. Il est même possible d'éliminer ou de réduire l'impact des conséquences des catastrophes naturelles, quand on s'y prépare et qu'on les gère correctement. On peut par exemple prévenir la foudre au travail avec des paratonnerres, et en mesurant l'augmentation du voltage sur les chantiers de construction et en arrêtant le travail lorsque le niveau de risque augmente. Les pandémies mondiales peuvent être considérées comme des risques imprévisibles mais, au fil du temps, certaines nations ont montré au monde qu'en adoptant des mesures drastiques il était possible d'éviter un grand nombre de décès et d'autres impacts négatifs; malheureusement, beaucoup de nations ne s'y sont pas préparées. Les encadrés 1, 2 et 3 décrivent les expériences de trois pays, l'Italie, la République de Corée et l'Afrique du Sud respectivement. Les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 ont déjà souligné le besoin d'améliorer les prévisions, le niveau de préparation (notamment la recherche, les ressources humaines, la préparation des hôpitaux et du matériel et l'actualisation des règles de gestion de crise). L'encadré 4 rassemble certaines des leçons apprises. Les rôles, les ressources, les capacités et la collaboration des organisations internationales, comme l'OMS et l'OIT, doivent également être renforcés, et cet article se termine sur des recommandations destinées aux organisations internationales et nationales ainsi qu'aux autres parties prenantes.

Encadré 1. Les expériences du COVID-19: l'Italie

D'après la législation italienne sur l'indemnisation des travailleurs, les cas de maladies infectieuses et parasitaires font partie de la catégorie des accidents du travail car la virulence est considérée comme équivalente à la violence.

Du 21 février 2020 (date du premier cas signalé en Italie) au 31 décembre 2020, l'autorité italienne chargée de l'indemnisation des travailleurs (Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro – INAIL) a reçu 131 090 signalements d'accidents au travail dus au COVID-19, ce qui représente 23,7 pour cent des rapports d'accidents reçus depuis le début de l'année et 6,2 pour cent du total des cas de COVID-19 signalés par l'Institut national de la santé (Istituto superiore di sanità – ISS) pour la même période.

Il y avait proportionnellement plus de cas chez les femmes (69,6 pour cent). Sur le nombre total des demandes d'indemnisation, 42,2 pour cent correspondaient au groupe d'âge des 50-64 ans, suivi par le groupe d'âge des 35-49 ans (37,0 pour cent), de celui des moins de 34 ans (19,0 pour cent) et des plus de 64 ans (1,8 pour cent).

Le secteur le plus touché était celui des services de santé (68,8 pour cent des demandes d'indemnisation), suivi par les services des administrations publiques (9,1 pour cent des demandes d'indemnisation), qui comprennent les services de santé territoriaux. On a enregistré des pourcentages de moins de 5 pour cent pour les services de sécurité, de nettoyage, le secteur manufacturier, l'hôtellerie et la restauration, le commerce de gros et de détail, les transports, et le stockage et les autres services.

Sur la même période, l'INAIL a également reçu 423 rapports d'accidents mortels dus au COVID-19, ce qui représente environ un tiers des décès signalés depuis le début de l'année, avec une incidence de 0,6 pour cent du total des décès dus au COVID-19 au niveau national indiqué par l'ISS.

Contrairement aux lésions non mortelles, les cas de décès étaient plus fréquents chez les hommes (83,2 pour cent); la moyenne d'âge était de 59 ans (56 ans pour les femmes, 59 ans pour les hommes), âge notoirement plus bas que l'âge moyen des décès dus au COVID-19 dans la population générale (82 ans d'après les calculs de l'ISS). Le secteur de la santé était le plus touché, avec environ un tiers du total des cas. Des taux élevés de décès ont également été enregistrés chez les employés de l'administration (10,9 pour cent) et les travailleurs du transport routier (5,8 pour cent); on a enregistré des taux inférieurs à 2,5 pour cent chez les vendeurs, les artisans, les services de sécurité, les travailleurs qualifiés de la construction et de l'entretien, les employés de la restauration.

On peut voir des différences pertinentes entre la première vague de la pandémie en Italie (de mars à mai) et la deuxième vague (d'octobre à décembre).

Contrairement à l'ensemble des demandes d'indemnisation, la deuxième vague a connu un nombre de demandes beaucoup plus élevé, alors que l'impact des cas mortels était beaucoup plus important pour la première vague: le taux total des décès pour la période de mars à mai était de 79,0 pour cent, alors qu'il n'était que de 18,0 pour cent pour la période d'octobre à décembre.

Encadré 2. Les expériences du COVID-19: la République de Corée

La République de Corée, qui a été le premier pays à faire l'expérience de la pandémie de COVID-19 après la Chine, a rapidement mis en place les actions prévues, tirées des enseignements de sa mauvaise expérience de l'épidémie du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (Middle East Respiratory Syndrome – MERS) en 2015. L'épidémie de MERS avait déclenché le chaos dans la société coréenne et s'était avérée beaucoup plus difficile à juguler que le pays ne l'imaginait (République de Corée, ministère de la Santé, non daté).

Durant l'épidémie de MERS, la République de Corée n'a pas réussi à isoler les cas confirmés ou suspectés, même dans les hôpitaux, et n'a pas pu suivre les cas contacts proches des patients atteints du MERS, en raison de la loi sur la protection des informations personnelles. Le personnel soignant n'était pas formé pour gérer des maladies très contagieuses et les équipements de protection individuelle étaient indisponibles, non préparés ou incomplets au domicile ou dans les lieux de travail. Ces problèmes avaient été corrigés, modifiés et améliorés au cours des cinq années suivantes. Il y avait eu régulièrement dans les hôpitaux des formations virtuelles pour gérer l'apparition d'une nouvelle maladie contagieuse, c'était une obligation légale. Outre la distanciation physique, les tests proactifs, le traçage et le port du masque, bien d'autres actions avaient été mises en place sur les lieux de travail. Aucun visiteur n'était autorisé à pénétrer dans les lieux de travail sans qu'on vérifie sa température corporelle et qu'on enregistre ses coordonnées. Les lieux de travail avaient été remodelés en introduisant des horaires de travail modifiés, le travail à domicile (le cas échéant), les réunions en ligne et la fermeture des salles polyvalentes. En se fondant sur l'expérience du MERS, les travailleurs ont commencé volontairement à porter des masques bien avant que cette pratique ne devienne une obligation.

À partir du 5 avril 2020, parmi les cas de COVID-19, la proportion du personnel de santé n'était que de 1 pour cent, alors qu'elle avait atteint 21 pour cent pour l'épidémie de MERS (Kang, 2020). Le 15 mai 2020, 15,7 pour cent des cas de COVID-19 avaient été contaminés sur les lieux de travail, les établissements de santé compris. Ces statistiques n'ont pas vraiment changé depuis avril et mai 2020 (Kim, 2020). En mettant en œuvre ces efforts et ces précautions dès le début de l'épidémie de COVID-19, la République de Corée a été en mesure de poursuivre le travail sur les lieux de travail sans avoir besoin de recourir à un confinement national dur, même s'il existait quelques restrictions par rapport à la vie professionnelle habituelle.

Encadré 3. Les expériences du COVID-19: l'Afrique du Sud

Sur le continent africain, l'Afrique du Sud (avec l'Algérie et l'Égypte) était considérée comme le pays le plus à risque d'importer et de diffuser le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2), alors que ses capacités à répondre à une épidémie étaient estimées de modérées à bonnes (Gilbert *et al.*, 2020).

Dès le début de la pandémie de COVID-19, les réalités socio-économiques de l'Afrique du Sud ont limité les effets des mesures de maîtrise du virus qui avaient été efficaces dans les pays d'Europe et d'Asie, comme le lavage fréquent des mains, la distanciation physique, l'auto-isollement, la quarantaine, les tests et le confinement (Staunton, Swanepoel et Labuschaigne, 2020). L'Afrique du Sud est une société inégalitaire où 16 pour cent seulement de la population a accès à une assistance médicale, et avec un système de santé qui doit déjà faire face à un niveau élevé de maladies contagieuses comme la tuberculose, le VIH et les co-infections tuberculose/VIH, avec des millions d'habitants prenant des médicaments immunosuppresseurs.

Le gouvernement sud-africain a instauré un confinement national à la fin du mois de mars 2020, qui est encore en vigueur, avec l'impact qui lui est associé sur l'économie nationale et la perte de revenus et des moyens de gagner sa vie, ce qui a renforcé encore davantage les inégalités dans le pays. La pandémie a également mis en lumière les lacunes d'un système de santé inadapté et l'absence de protection des travailleurs, et a amplifié les risques déjà disproportionnés pour les travailleurs les plus vulnérables: «Le virus ne fait pas de discrimination entre ceux qu'il infecte, mais ses conséquences seront surtout ressenties par les populations déjà marginalisées et vulnérables d'Afrique du Sud pendant encore longtemps» (Staunton, Swanepoel et Labuschaigne, 2020).

En février 2021, l'Afrique du Sud en était à la toute fin de la deuxième vague de COVID-19 et anticipait une troisième vague quelques mois plus tard, durant l'hiver. Un programme de vaccination a démarré au début du mois de février 2021 en ciblant en priorité le personnel de santé, mais il a été temporairement arrêté lorsque les résultats préliminaires ont montré que le vaccin choisi (essai clinique AstraZeneca et Université d'Oxford) n'était pas suffisamment efficace contre le nouveau variant du COVID-19 identifié en Afrique du Sud. La vaccination a ensuite redémarré une fois que le vaccin Johnson & Johnson a démontré son efficacité contre un certain nombre de variants, y compris le 501Y.V2.

La pandémie a largement contribué à faire du COVID-19 une maladie professionnelle prioritaire en Afrique du Sud. Des politiques ont été rapidement élaborées pour les médecins de santé au travail, les employeurs et les salariés, qui ont tous dû s'adapter à la législation d'urgence, aux moyens électroniques de communication et aux consultations à distance dans le cadre de la «nouvelle normalité» qui s'était imposée.

Les sources officielles d'informations et de conseil sur le COVID-19 sont, en Afrique du Sud, le Département national de la santé (National Department of Health – NDOH) et l'Institut national des maladies transmissibles (National Institute for Communicable Diseases – NICD). Le NDOH héberge également un site Internet dédié au COVID-19, actualisé tous les jours, une ligne téléphonique publique d'urgence gratuite et une application à télécharger, COVID Alert SA.

Encadré 3. (cont.)

Dès le début de la pandémie, l'Institut national pour la santé au travail (National Institute for Occupational Health – NIOH) d'Afrique du Sud a joué un rôle essentiel dans l'éducation au sujet du COVID-19 et la formation des employeurs, des salariés et d'autres organismes actifs dans la santé au travail, comme la médecine du travail, les soins infirmiers de la santé au travail et les hygiénistes du travail. Le NIOH a élaboré des programmes de formation par webinaire proposant un certain nombre de ressources contre le COVID-19, disponibles sur son site Internet, et l'institut héberge le Système de surveillance de la santé au travail (Occupational Health Surveillance System – OHSS) pour le COVID-19.

Des changements ont été introduits dans les procédures de surveillance médicale des employés par les praticiens de la santé au travail (les professionnels de la médecine du travail et des soins infirmiers au travail); la Société de médecine du travail d'Afrique du Sud (South African Society of Occupational Medicine – SASOM) a joué le rôle de leader pour aider et conseiller ses membres en particulier, et les professionnels des disciplines de la santé au travail en général.

En avril 2020, la SASOM a soutenu une déclaration de la Société thoracique sud-africaine (South African Thoracic Society – SATS) sur la façon de réaliser les tests de la fonction respiratoire durant la pandémie de COVID-19, déclaration qui a été actualisée par la SATS en septembre 2020 avec des recommandations en faveur de la réintroduction des tests de la fonction respiratoire. L'année dernière, la SASOM a élaboré et diffusé ses propres déclarations, politiques et directives contrôlées par des pairs sur différents sujets liés au COVID-19, notamment les dossiers médicaux, les examens médicaux au travail, la vaccination contre le COVID-19, les tests antigéniques et les tests de dépistage des anticorps sur les lieux de travail, les indemnisations pour les contaminations par le COVID-19 sur le lieu de travail et la gestion des déchets à risques du COVID-19.

L'Afrique du Sud a été le pays le plus touché du continent africain et au 15 mai 2021 (début de la troisième vague) les statistiques sur le COVID-19 étaient les suivantes: 11 087 505 tests réalisés (population totale: environ 60 millions); 1 611 143 cas positifs identifiés au total; 1 523 243 guérisons complètes (confirmés négatifs, le taux de guérison est d'environ 94 pour cent); et un total de 55 183 décès.

Source: Statistics South Africa (<http://www.statssa.gov.za/?p=12744>); NICD (www.nicd.ac.za); NIOH (www.nioh.ac.za); SASOM (<https://sasom.org>).

Encadré 4. Quelques leçons apprises de la pandémie de COVID-19

- ▶ Le COVID-19 représente une menace pour la santé publique et la santé au travail.
- ▶ Le travail dans les environnements médicaux peut être dangereux pour la santé; cependant, plusieurs groupes professionnels sont reconnus comme étant à risque, et pas seulement les professionnels de la santé.
- ▶ Environ 14 pour cent des cas de COVID-19 déclarés à l'OMS concernent des personnels de santé. Dans certains pays, la proportion peut aller jusqu'à 35 pour cent.
- ▶ Les établissements de santé continuent d'être submergés dans de nombreux pays.
- ▶ En raison des problèmes de disponibilité des équipements de protection individuelle et du non-respect des normes pour ces derniers, un grand nombre de travailleurs de la santé et d'autres secteurs se sont retrouvés sans protection appropriée.
- ▶ L'impact du COVID-19 s'étend bien au-delà de l'infection.

Encadré 4. (cont.)

- ▶ L'une des préoccupations majeures des travailleurs est la peur de perdre leur emploi ou leur revenu.
- ▶ Les conséquences de la pandémie sur le travail et la famille sont sans précédent et graves.
- ▶ La crise du COVID-19, le confinement et les récessions économiques ont exacerbé les inégalités préexistantes en matière de santé.
- ▶ La prévalence et la sévérité de la pandémie de COVID-19 sont amplifiées par les épidémies de maladies chroniques préexistantes – qui sont elles-mêmes associées à des déterminants sociaux de la santé, comme le logement, les conditions de travail et l'accès à des soins de santé de qualité.
- ▶ Les travailleurs des couches socio-économiques inférieures ont moins accès aux équipements de protection individuelle, moins de possibilités de travailler chez eux et un plus grand risque de perdre leur emploi.
- ▶ Le COVID-19 a eu des effets inégaux, les taux d'infection et de mortalité étant plus élevés dans les communautés les plus défavorisées: cette maladie n'est pas socialement neutre.
- ▶ La pandémie de COVID-19 a souligné la nécessité absolue d'une étroite collaboration transdisciplinaire et multidisciplinaire entre de nombreux professionnels pour éclairer les prises de décision des organisations.
- ▶ Lorsqu'elles sont mal contrôlées, les infections émergentes ont la capacité de provoquer des épidémies et des pandémies dont l'impact socio-économique est important, et continueront de représenter une menace réelle pour le monde. Nous devons rester vigilants, être prêts et en mesure d'apporter une réponse efficace.

Recommandations pour les actions futures

Destinées à l'OIT, à l'OMS, à l'UE et à toutes les institutions internationales mondiales et régionales pertinentes

1. Il faut poursuivre la tradition vieille de plus de soixante ans de réunir tous les cinq ans le Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail en suivant les directives décidées par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1950, conformément aux objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies.
2. L'OIT et l'OMS doivent convoquer de toute urgence la 14e session du Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail. Ce comité doit envisager de poursuivre les discussions sur *toutes les questions récentes relatives à la sécurité et la santé au travail* et lancer une action internationale et nationale. La dernière session du comité a été organisée il y a de nombreuses années à Genève, Suisse, du 9 au 12 décembre 2003.
3. Il est important de reconnaître le COVID-19 comme un risque professionnel prioritaire. La tâche la plus urgente devrait être de discuter de la collaboration de l'OMS et de l'OIT sur les politiques et les pratiques de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs face à la pandémie de COVID-19. L'OIT et l'OMS devraient joindre leurs forces pour la reconnaissance dans le monde entier du COVID-19 lié au travail comme une maladie

professionnelle, et garantir une indemnisation juste aux travailleurs qui ont contracté le COVID-19 au travail.

4. L'OIT devrait lancer immédiatement des actions pour promouvoir la ratification de la convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985, afin de garantir à l'avenir des réponses efficaces pour protéger la santé au travail des travailleurs, et notamment des actions contre d'éventuelles pandémies futures.
5. L'OIT, en collaboration avec l'OMS, devrait porter une attention particulière à la protection des travailleurs les plus à risque, comme le personnel de santé, les travailleurs sociaux, les forces de police, le personnel des services d'urgence, le personnel chargé du nettoyage et les travailleurs des petites entreprises face au risque au travail provoqué par le COVID-19, en donnant la plus haute priorité aux travailleurs de la santé et aux autres travailleurs des services qui sont en contact étroit avec des clients dans leur travail quotidien.
6. L'OIT, en collaboration avec l'OMS, devrait engager des actions prioritaires pour développer la *couverture universelle de la santé au travail*, en garantissant des services de santé au travail compétents à tous les travailleurs du monde (des secteurs privé, public, formel, informel) dans tous les secteurs économiques et dans tous les types de lieux de travail, comme l'a décidé la 49^e Assemblée mondiale de la santé (49.12).
7. L'OIT, en collaboration avec l'OMS, doit élaborer des directives pour la protection des travailleurs contre le virus SARS-CoV-2 au travail, ainsi que des bonnes pratiques au travail sur tous les lieux et environnements de travail. Il est nécessaire d'avoir des directives spécifiques au sujet des pratiques de protection des groupes de travailleurs vulnérables ou marginalisés, comme les travailleurs âgés, informels, domestiques, les travailleurs jeunes, migrants et ceux qui ont des maladies respiratoires et cardiovasculaires chroniques ou du diabète, entre autres.
8. L'OIT, en collaboration avec l'OMS, conformément aux ODD des Nations Unies et des objectifs et cibles spécifiques qui y sont associés, et notamment l'objectif 3 – *La bonne santé et le bien-être* – et l'objectif 8 – *Le travail décent et la croissance économique* –, devrait organiser des programmes d'action aux niveaux mondial, national et local en lien avec la sécurité et la santé au travail, et la coordination de ces activités.
9. La promotion de la ratification et de la mise en œuvre des conventions de l'OIT n°s 81, 155, 161 et 187, et d'autres instruments pertinents, doit être fortement soutenue par les gouvernements, les travailleurs, les employeurs et leurs organisations. Cela comprend l'amélioration des statistiques, des informations et des connaissances pratiques sur la prévention des accidents du travail et des maladies au travail, à tous les niveaux.

**Pour les parties prenantes internationales et nationales:
les gouvernements, les services d'inspection et les institutions,
les employeurs et les travailleurs ainsi que leurs organisations nationales
et internationales respectives**

10. En dehors de la prévention et de la gestion de la pandémie de COVID-19 au niveau des communautés et dans la vie privée, familiale et sociale, la prévention et la gestion des épidémies et des pandémies exige des actions efficaces sur les lieux de travail.

Ces mesures requièrent des compétences en matière de santé au travail et une bonne connaissance des pratiques au travail, des environnements de travail et des conditions de travail. Il faut également reconnaître la nécessité d'une régulation internationale du risque d'épidémies et de pandémies au travail et accorder aux inspecteurs du travail compétents le droit d'entrer sur les lieux de travail pour identifier les risques le plus tôt possible, en soulignant ainsi la contribution essentielle que peut apporter la mise en œuvre d'actions de prévention de l'exposition avant toute autre chose.

11. Si l'on considère l'importance énorme des efforts pour aller vers le «zéro blessure» au travail, et les opportunités de gains économiques si l'on élimine et réduit les lésions, les maladies, les troubles et les autres conséquences nocives des mauvais environnements de travail, il faudrait lancer des actions pratiques détaillées pour identifier les priorités pour les risques et la prévention de ces risques et, à partir de ces priorités, prévoir et mettre en œuvre ces activités de façon collaborative. Outre les réponses efficaces aux dangers et aux risques, il faut apporter une attention spéciale pour prévoir les nouveaux risques potentiels et se préparer à de tels risques, comme les pandémies mondiales et les risques professionnels éventuels liés notamment aux nouvelles technologies et au changement climatique.
12. Les épidémies liées au travail peuvent également porter sur des concepts plus larges que les maladies transmissibles. L'un des exemples est l'utilisation de l'amiante qui se poursuit dans le monde et tue 255 000 travailleurs chaque année et provoque 50 à 70 pour cent de tous les décès liés à un cancer professionnel (Furuya *et al.*, 2018). Voici une liste d'actions qui se sont avérées efficaces, ainsi que des mesures pratiques:
 - a. Établir un cadre réglementaire clair et complet fondé sur les normes de l'OIT et les recueils de directives pratiques.
 - b. Maintenir un système de contrôle efficace qui dispose de ressources suffisantes, c'est-à-dire un service d'inspection de la sécurité et de la santé au travail.
 - c. Créer et développer graduellement un système d'indemnisation des lésions sur les lieux de travail fondé sur la collecte des données sur le lieu de travail, l'enregistrement et la notification des accidents du travail et des maladies liées au travail.
 - d. Fournir des services de santé au travail appropriés – au moins des services de base – qui connaissent les plans de prévention et de traitement sur le lieu de travail et les actions précoces pour identifier les risques, les éliminer et les réduire.
 - e. Établir un cadre de collaboration entre les travailleurs et leurs employeurs sur le lieu de travail, notamment entre les représentants des travailleurs responsables de la sécurité et de la santé, et leurs homologues au niveau de l'employeur et des cadres supérieurs, et les comités de sécurité et d'hygiène en activité.
 - f. Utiliser les meilleures informations et connaissances disponibles, avec des organismes de soutien ayant l'expertise pour renforcer la sensibilisation des travailleurs et du public, avec des faits et des preuves scientifiques destinés aux médias et aux campagnes.
 - g. Le droit fondamental des travailleurs à connaître les dangers et les risques au travail, et leur droit à en être informés, doit être respecté, notamment dans des situations comme celle du COVID-19.

- h. Les organismes d'indemnisation des travailleurs et les gouvernements, en collaboration avec les partenaires sociaux, devraient reconnaître et progressivement élargir la couverture des maladies et des troubles liés au travail, pour qu'ils deviennent des maladies et des lésions professionnelles, y compris le COVID-19 au travail, en suivant la liste des maladies professionnelles de l'OIT (BIT, 2010).

Références

- Betti, Gianni, Ivars Vanadzins, Hionia Vlachou et Jukka Takala. À paraître. *Methodological Study on Under-reporting of Occupational Accidents in European Union*, projet GOPA – EUROSTAT couvrant les pays de l'EU28. Requête d'une copie pdf sur la plateforme ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/342128040_Methodological_study_on_under-reporting_of_occupational_accidents_in_European_Union.
- BIT. 2010. «Liste des maladies professionnelles», Sécurité et santé au travail, n° 74.
- . 2017. «Director-General Guy Ryder Opening Address at XXI World Congress on Safety and Health», déclaration du 6 octobre 2017, Singapour.
- , CIST (Commission internationale de la santé au travail) et UE (Union européenne). 2017. «Cost Estimates of Occupational Accidents and Work-related Diseases».
- CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) et OMS (Organisation mondiale de la santé). 2020. «Monographies du CIRC sur l'identification des dangers cancérigènes pour l'homme».
- Elsler, Dietmar, Jukka Takala et Jouko Remes. 2017. *An International Comparison of the Cost of Work-related Accidents and Illnesses*. European Agency for Safety and Health at Work. Bilbao: EU-OSHA.
- Finnish Institute for Health and Welfare. 2021. «Confirmed Coronavirus Cases (COVID-19) in Finland». <https://experience.arcgis.com/experience/92e9bb33fac744c9a084381fc35aa3c7>.
- Furuya, Sugio, Odgerel Chimed-Ochir, Keri Takahashi, Annette David et Jukka Takala. 2018. «Global Asbestos Disaster», *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 15 (5): 1000.
- Gilbert, Marius, Giulia Pullano, Francesco Pinotti, *et al.* 2020. «Preparedness and Vulnerability of African Countries against Importations of COVID-19: A Modelling Study», *The Lancet*, 395 (10227): 871-877.
- Hämäläinen Päivi, Kaija Leena Saarela et Jukka Takala. 2009. «Global Trend according to Estimated Number of Occupational Accidents and Fatal Work-related Diseases at Region and Country Level», *Journal of Safety Research*, 40 (2): 125-139.
- , Jukka Takala et Kaija Leena Saarela. 2006. «Global Estimates of Occupational Accidents», *Safety Science*, 44 (2): 137-156.
- , — et Boon Kiat Tan. 2017. «Global Estimates of Occupational Accidents and Work-related Illnesses». Singapore: WSH-Institute, Ministry of Social Affairs and Health.

- Helsinki GSE (Helsinki Graduate School of Economics). 2021. «Situation Room Report: The Corona Virus and Health Differences: In Which Socioeconomic Groups Have the Most Infections Been Observed in Finland?».
- IHME (Institute of Health Metrics and Evaluation). 2020. «Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019», *The Lancet*, 396 (10259): 1223-1249. Version interactive disponible à l'adresse <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- Kang, Seong-Kyu. 2020. «COVID-19 and MERS Infections in Healthcare Workers in Korea», *Safety and Health at Work*, 11 (2): 125-126.
- Kim, Eun-A. 2020. «Social Distancing and Public Health Guidelines at Workplaces in Korea: Responses to Coronavirus Disease-19», *Safety and Health at Work*, 11 (3): 275-283.
- Marinaccio, Alessandro, Ranieri Guerra et Sergio Iavicoli. 2020. «Work a Key Determinant in COVID-19 Risk», *The Lancet Global Health*, 8 (11): e1368.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). Non daté. «WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard». <https://covid19.who.int/> (24 février 2021).
- République de Corée, ministère de la Santé. Non daté. «The 2015 MERS Outbreak in the Republic of Korea: Learning from MERS» (en coréen). <https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a20504000000&bid=0014>.
- Rissanen, Mikko, et Elina Kaseva. 2014. *Cost of Lost Labour Input*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Sauré, Philip, et Hosny Zoabi. 2012. «Retirement Age across Countries: The Role of Occupations», Swiss National Bank Working Papers 2012-6.
- Staunton, Ciara, Carmen Swanepoel et Melodie Labuschaigne. 2020. «Between a Rock and a Hard Place: COVID-19 and South Africa's Response», *Journal of Law and the Biosciences*, 7 (1): 1-12.
- Takala, Jukka. 2021. «Cost Estimates and Social Value of Work-related Harm: Recent EU and Global Findings». Powerpoint presentation, Nordic Institute of Advanced Training in Occupational Health, Helsinki, Finland, 3 février.
- , Päivi Hämäläinen, Noora Nenonen, Ken Takahashi, Odgerel Chimed-Ochir et Jorma Rantanen. 2017. «Comparative Analysis of the Burden of Injury and Illness at Work in Selected Countries and Regions», *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 23 (1-2): 6-31.
- , —, Kaija Leena Saarela, Loke Yoke Yun, et al. 2014. «Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012», *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 11 (5): 326-337.
- UE-OSHA (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail). 2018. «The Value of OSH: Estimating the Societal Costs of Work-related Injuries and Diseases: In Finland, Germany, the Netherlands, Italy and Poland».