

► Note sectorielle de l'OIT

Date: 11 avril 2020

Le COVID-19 et le secteur de la santé

La pandémie de maladie à nouveau coronavirus (COVID-19) met en lumière la résilience des systèmes de santé ainsi que la préparation et la réponse des pays aux situations d'urgence. L'extension rapide du COVID-19 souligne à quel point il est important d'avoir un personnel de santé solide, qui fait partie intégrante de tout système de santé résilient ¹.

Les travailleurs de la santé ² sont l'élément central de tout système de santé. De par la nature même de leur profession, des millions d'entre eux risquent leur propre santé en exerçant leur travail chaque jour. Qui donc s'occupe de protéger les soignants, dont le rôle dans la lutte pour endiguer la pandémie de COVID-19 est tellement décisif? Respecter leurs droits au travail et leur garantir des conditions de travail décentes sont deux conditions essentielles pour apporter à ces travailleurs de première ligne la protection dont ils ont besoin pour mener cette longue bataille en vue de sauver des vies.

La présente note de synthèse a pour but de fournir des données sur l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur le personnel de santé et les systèmes de santé, ainsi que des informations sur les premières mesures de réponse qui ont été prises. La situation évoluant tellement rapidement, cette note de synthèse donne un premier aperçu, qui sera actualisé et complété dans les semaines à venir.



©. Pleganathani

Tamil Nadu (Inde): Collecte de données sur l'état de santé des citoyens durant le confinement imposé en raison de la pandémie de

¹ Li L et al.: "COVID-19: the need for continuous medical education and training", en The Lancet (2020),

² Dans ce document, l'expression «personnel de santé» désigne: a) le personnel formé à des métiers dans le domaine de la santé, s'acquittant de tâches cliniques en contexte hospitalier; b) tout le personnel employé dans le secteur de la santé, public et privé, tous métiers confondus; c) ceux dont le travail appuie la prestation de services, même s'ils sont employés dans d'autres secteurs ou branches d'activité, comme les sous-traitants et les fournisseurs, par exemple les services de nettoyage, de restauration, de sécurité ou d'intérim. Voir BIT: [Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé: Rapport pour discussion à la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé](#) (Genève, 2017).

► 1. Conséquences du COVID-19

Le 10 avril 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recensait plus de 1,4 millions de cas confirmés de COVID-19 et plus de 87 000 décès répartis dans plus de 200 pays, régions et territoires³.

Quasiment à cette même date, le 8 avril 2020, l'OMS faisait état de 22 073 cas de COVID-19 parmi les soignants exerçant dans 52 pays. L'Organisation estime toutefois que ce chiffre est une sous-évaluation du nombre de travailleurs de la santé infectés par le virus dans le monde, en raison de l'absence de mécanisme de communication systématique des données⁴. Depuis l'apparition de la maladie, les cas d'infection parmi le personnel de santé sont courants. En février 2020, une étude provenant de la Chine répertoriait 3 019 cas de COVID-19 parmi les soignants, dont 1 716 cas confirmés (soit 3,8 pour cent de l'ensemble des cas confirmés, sur lesquels 63 pour cent étaient recensés à Wuhan).

Sur les cas signalés parmi le personnel de santé, 14,8 pour cent étaient qualifiés de graves ou critiques, et 5 décès avaient été recensés⁵. Le 9 avril 2020, on dénombrait en Italie 14 066 cas confirmés de COVID-19 parmi les soignants, soit un taux d'infection de plus de 10 pour cent⁶. L'Irlande signalait qu'un cas de COVID-19 sur cinq recensés dans le pays était un travailleur de la santé⁷. Le Togo recensait cinq travailleurs de la santé infectés par le COVID-19, soit un taux d'infection de 8,6 pour cent⁸.

Considérations relatives à la sécurité et à la santé au travail

Chaque travailleur de la santé infecté ouvre une nouvelle brèche dans la lutte contre la pandémie. Garantir la sécurité et la santé du personnel de santé est donc une priorité absolue. Les milieux de travail dans le secteur de la santé sont particulièrement vulnérables au risque d'exposition au COVID-19. Dans l'état actuel des connaissances, les deux principales voies de

transmission du virus sont l'interaction directe avec les patients et le contact avec des gouttelettes respiratoires présentes à proximité immédiate d'une personne infectée. A ce jour, on ne connaît pas la durée de survie du virus sur les surfaces⁹, ce qui accroît le risque de transmission par contact auquel est exposé le personnel d'appui (par exemple, le personnel de nettoyage et de buanderie ou les personnes chargées d'évacuer les déchets cliniques).

La protection du personnel de santé se concentre principalement sur la prévention des risques de contracter et de propager le COVID-19. A cet égard, l'information sur la transmission de la maladie doit impérativement être diffusée de manière transparente et sans délai. Il est également essentiel de mettre à disposition un équipement de protection individuelle (EPI) et de former le personnel pour lui apprendre à l'utiliser correctement. Des mesures spécifiques de lutte contre les infections – alertes visuelles, gestes barrières en cas de toux, port du masque et isolement imposés aux personnes présentant des symptômes respiratoires, et précautions contre les gouttelettes – peuvent aider à prévenir les infections respiratoires professionnelles parmi les soignants et les patients dans les structures de soins de santé¹⁰.

Selon une étude récente publiée par le syndicat National Nurses United aux Etats-Unis, seules 30 pour cent des personnes interrogées indiquent que leur employeur dispose d'un stock suffisant d'EPI pour protéger le personnel en cas d'explosion du nombre de patients potentiellement infectés par le COVID-19. Et seulement 65 pour cent disent avoir appris, au cours de l'année écoulée, à mettre et enlever leur EPI en toute sécurité¹¹. En outre, des observations faites aux Etats-Unis montrent qu'il n'est pas facile d'obtenir des conseils pour savoir où et à quel moment utiliser les masques. Si, dans certaines structures, les travailleurs de la santé portant des masques de protection ont subi des

3 [Coronavirus \(Covid-19\)](#), OMS [consulté le 10 avril 2020].

4 OMS: [WHO Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) Situation Report – 82](#), Genève, 11 avril 2020.

5 Z. Wu et J.M. McGoogan: [Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) outbreak in China - Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention](#), JAMA Network (2020)

6 Epicentro. [Daily infographic](#). Basé sur un groupe professionnel et non sur le lieu d'exposition

7 [Statement from the National Public Health Emergency Team - Wednesday 18 March](#), gouvernement de

8 Présentation du directeur de la santé au travail, ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Togo, lors du webinaire OMS-EPIWIN sur les programmes nationaux de santé au travail pour le personnel de santé, 7 avril 2020.

9 OMS: [COVID-19 transmission questions](#).

10 BIT et OMS: [Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders](#), Genève, 2018.

11 [Survey of Nation's Frontline Registered Nurses Shows Hospitals Unprepared For COVID-19](#), National Nurses United.

sanctions disciplinaires pour avoir été source d'anxiété parmi les patients ¹², dans d'autres, ils ont été menacés de licenciement pour avoir dénoncé le manque d'EPI et leurs conditions de travail durant la pandémie ¹³.

Le Conseil international des infirmières et l'Association italienne des infirmières ont diffusé un avertissement sur les graves conséquences de la pénurie d'EPI pour le personnel de santé. Face à l'absence d'EPI, ou à la fourniture d'un EPI inapproprié, les soignants se retrouvent exposés à un risque élevé d'infection lorsqu'ils doivent s'occuper de patients atteints du COVID-19 ¹⁴. Des taux élevés de travailleurs de la santé infectés entraînent encore davantage de pressions sur les systèmes de santé et imposent une charge de travail supplémentaire aux collègues qui doivent remplacer les soignants mis en quatorzaine.

L'utilisation de l'EPI – masques et protections oculaires – pendant toute la durée de la période de travail peut provoquer une gêne due à la chaleur, une irritation de la peau et des difficultés respiratoires. Les premiers chiffres enregistrés à Wuhan (Chine) durant la pandémie de COVID-19 montrent une forte prévalence (jusqu'à 97 pour cent) ¹⁵ d'irritation cutanée et de lésions cutanées liées à l'utilisation l'EPI, troubles qui augmentent avec la durée d'utilisation de l'EPI ¹⁶.

Une étude menée à l'hôpital Zhongnan de l'Université de Wuhan montre que de longues heures de travail et une hygiène des mains imparfaite augmentent aussi le risque pour le personnel de santé de contracter le COVID-19 ¹⁷.

Cela met en évidence la nécessité d'adopter une approche durable de la sécurité et de la santé au travail comme partie intégrante de la gestion globale du secteur de la santé. Plusieurs outils de l'OIT énoncent des orientations détaillées relatives à la protection des soignants (voir section 3).

Il est également essentiel d'avoir accès à l'information en temps utile et d'établir un dialogue transparent entre travailleurs et employeurs du secteur de la santé. Les travailleurs et les employeurs du secteur de la santé devraient partager les informations les plus récentes tant sur les protocoles cliniques et les directives,

mesures et décisions adoptées pour en garantir la mise en œuvre effective, que sur les situations au travail susceptibles d'exposer le personnel de santé à des risques.

Santé mentale et soutien psychosocial

La pandémie de COVID-19 met les travailleurs de la santé dans des situations exceptionnellement exigeantes. Outre une lourde charge de travail, ils doivent faire face à la crainte de contracter la maladie et de la propager à leur entourage proche (famille, amis). De plus, le climat général d'anxiété qui touche l'ensemble de la population a des répercussions sur le personnel de santé et sa santé mentale.

Une enquête sur la santé mentale réalisée auprès de 230 membres du personnel médical d'un hôpital spécialisé dans les infections tertiaires traitant des patients infectés au COVID-19 en Chine a révélé un taux d'incidence de l'anxiété de 23 pour cent et un taux d'incidence de symptômes de stress de 27 pour cent parmi les soignants confrontés à la pandémie de COVID-19. Le taux d'incidence de l'anxiété parmi le personnel infirmier était plus élevé que parmi les médecins ¹⁸.

La direction et le personnel de santé des hôpitaux surchargés demandent un soutien psychologique pour aider le personnel à faire face à des heures de travail excessives, à une forte intensité de travail et à l'expérience traumatisante d'être confronté à des taux de mortalité sans précédent ¹⁹.

Etant donné que de nombreux pays ont fermé les écoles et mis entre parenthèses toute vie sociale, les travailleurs de la santé, dont bon nombre sont des femmes, doivent répondre à des exigences professionnelles élevées, tout en devant aussi organiser leur vie familiale et s'occuper des personnes qui sont à leur charge (enfants ou membres de la famille malades ou handicapés).

¹² [Why Would Hospitals Forbid Physicians and Nurses from Wearing Masks?](#), dans *Scientific American*.

¹³ [Hospitals Tell Doctors They'll Be Fired If They Speak Out About Lack of Gear](#), Bloomberg.

¹⁴ [High proportion of healthcare workers with COVID-19 in Italy is a stark warning to the world: protecting nurses and their colleagues must be the number one priority](#), Conseil international des infirmières.

¹⁵ J. Lan et al.: ["Skin damage among healthcare workers managing coronavirus disease - 2019"](#), Journal of the American Academy of Dermatology (2020).

¹⁶ J. Kantor: ["Pre-proof behavioral considerations and impact on personal protective equipment \(PPE\) use: Early lessons from the coronavirus \(COVID-19\) outbreak"](#), Journal of the American Academy of Dermatology. 2020.

¹⁷ R. Li et al.: ["Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China"](#), Infectious Diseases Society of America, (2020), [accès le 9 de avril de 2020].

¹⁸ J. Z. Huang et al.: [Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19](#), (2020).

¹⁹ [Corona-Pandemie: Wie lange muss sich die Schweiz abschotten?](#), sur Radio SRF, 23 mars 2020.

En outre, les travailleurs de la santé des régions fortement touchées par le COVID-19 sont entre le marteau et l'enclume: ils doivent respecter les priorités en matière de santé publique, tout en satisfaisant aux souhaits des patients et de leur famille en matière de traitement²⁰. Les conséquences d'avoir à prendre des décisions difficiles peuvent aller de l'anxiété au syndrome de stress post-traumatique²¹.

Les enseignements tirés d'autres épidémies, comme celle de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, montrent que les travailleurs de la santé peuvent être victimes de violence, de discrimination et de stigmatisation au sein de la population en général ou de leurs communautés, ces comportements étant motivés par la peur de contracter la maladie²².

Dans certains pays, le personnel de santé et les travailleurs d'autres services publics envisagent des solutions d'hébergement alternatives durant la pandémie, par exemple s'installer dans une chambre d'hôtel bon marché, pour protéger leurs familles contre l'exposition au COVID-19²³.

Apporter un soutien aux équipes soignantes et à leurs familles et amis, fournir des informations et des conseils au personnel de santé sur la façon de gérer le stress, et dispenser des conseils en cas de stress post-traumatique doivent faire partie intégrante de la réponse au COVID-19. Les [Directives de l'OIT sur le travail décent dans les services publics d'urgence](#) énoncent des mesures pour prévenir et traiter les facteurs de stress et leurs conséquences.

Temps de travail

En réponse à la pandémie de COVID-19, bon nombre de travailleurs de la santé doivent subir une charge de travail supplémentaire, de longues heures de travail et l'absence de périodes de repos. Dans de nombreux pays, le fait d'avoir à se débattre avec un nombre croissant de cas nécessitant une hospitalisation²⁴ se traduit par un recours excessif aux heures supplémentaires. Dans d'autres, des restrictions concernant les vacances ont été imposées aux soignants, afin de pouvoir disposer d'effectifs suffisants à tout moment pour faire face à la pandémie de COVID-19.

Des horaires de travail décents permettent de concilier le bien-être du personnel de santé et les exigences des services de santé. Or, dans les situations d'urgence,

le personnel soignant est tenu de travailler dans des conditions irrégulières et parfois atypiques. Les [Directives de l'OIT sur le travail décent dans les services publics d'urgence \(2018\)](#) énoncent les principes à prendre en considération pour définir les horaires de travail en situation d'urgence.

La [convention \(n° 149\) sur le personnel infirmier, 1977, et la recommandation qui l'accompagne \(n° 157\)](#) établissent des normes concernant la durée du travail s'appliquant spécialement au personnel infirmier²⁵. La convention indique que le personnel infirmier doit bénéficier de conditions au moins équivalentes à celles des autres travailleurs du pays considéré, en ce qui concerne notamment la durée du travail, y compris la réglementation et la compensation des heures supplémentaires, des heures incommodes ou astreignantes et du travail par équipes; le repos hebdomadaire; le congé de maternité; le congé de maladie; et la sécurité sociale – conditions qui s'appliquent d'autant plus en cette période de pandémie. La recommandation précise que des dérogations temporaires aux dispositions relatives à la durée normale du travail ne devraient être autorisées qu'en cas d'urgence particulière. En outre, l'annexe à la recommandation énonce que «les heures supplémentaires devraient être accomplies volontairement sous réserve des cas où l'intérêt des malades est en jeu et où il n'y a pas assez de volontaires».n del tiempo de trabajo durante las situaciones de emergencia.

Protéger les bénévoles et les renforts embauchés pour une courte durée

Pour s'assurer qu'ils disposent d'effectifs de personnels de santé suffisants pour faire face à la pandémie de COVID-19, plusieurs pays ont fait appel à des renforts pouvant apporter leur aide: bénévoles, professionnels d'autres secteurs (par exemple, l'armée), médecins en retraite, étudiants en médecine ou en soins infirmiers. En Irlande, la Direction des services de santé (HSE) a ainsi lancé un appel à l'ensemble des professionnels de santé – toutes spécialités confondues – qui n'exerçaient pas à ce moment-là dans le secteur de la santé publique, pour qu'ils s'inscrivent et se tiennent à la disposition de leur pays²⁶. S'inspirant de cet exemple, les travailleurs de la santé kenyans ont utilisé les réseaux sociaux

20 J. Cabrita: "COVID-19 intensifies emotional demands on healthcare workers" (2020).

21 PTSD: [National Center for PTSD](#), Département des affaires des anciens combattants des Etats-Unis, 2020.

22 OMS: [Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19](#), 2020

23 Zielinski S.: [Essential services workers consider alternate accommodations to protect their families](#), dans *Red Deer Advocate*, 31 mars 2020.

24 Internationale des services publics: «[Les professionnels de santé français constatent une escalade de la crise](#)» (2020)

25 BIT: [Policy Brief Health Services Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care](#), Genève, 2018

26 [Be on call for Ireland](#), gouvernement de l'Irlande, 2020.

pour partager l'initiative «On call for Kenya», un appel à unir les forces de la nation contre le COVID-19²⁷. L'Allemagne a demandé d'accélérer la procédure d'octroi des permis de travail pour les travailleurs de la santé étrangers qui résident dans le pays et attendent leur certificat d'enregistrement²⁸. Au Royaume-Uni, les écoles de médecine ont été priées d'accélérer la procédure d'obtention du diplôme pour les étudiants en dernière année de médecine ou de soins infirmiers, et de renoncer aux exigences pour les diplômés d'examen cliniques afin que les médecins puissent être enregistrés au plus vite^{29,30}. Le Royaume-Uni appelle aussi les médecins retraités à réintégrer les effectifs de son Service national de santé³¹. De nombreux pays, en particulier le Kenya³² et l'Afrique du Sud³³, suivent cette voie en lançant des campagnes de recrutement pour attirer des travailleurs de la santé supplémentaires.

Avec un chômage croissant dans de nombreux pays et la répartition inégale du personnel de santé, l'idée de former des résidents locaux à devenir agents de santé communautaires pour aider à lutter contre la pandémie séduit de plus en plus³⁴. La formation d'agents de santé communautaires à la dispense de soins est pratiquée depuis longtemps dans les pays confrontés à des pénuries des soignants. Dans le cadre d'épidémies récentes, telle l'épidémie de maladie à virus Ebola dans certaines parties de l'Afrique de l'Ouest, et notamment en République démocratique du Congo, les pays touchés ont formé des milliers d'agents de santé communautaires faisant partie intégrante d'équipes interdisciplinaires pour apporter leur aide – prévention, détection et réponse à l'épidémie – dans les communautés infectées par le virus Ebola et à risque³⁵. Cette stratégie communautaire visant à mettre en œuvre des mesures de prévention et de contrôle devient un moyen pour les pays de renforcer leur réponse au COVID-19.

Si ces mesures semblent encourageantes pour assurer la dispense de soins nécessaires, elles doivent toutefois être mises en œuvre avec prudence et garantir que ces travailleurs bénéficient de la même protection que les autres. La viabilité des systèmes de santé dépend de la capacité à planifier à l'avance les effectifs de santé. Un recrutement ponctuel devrait tenir compte des aspects logistiques, éthiques et financiers.

Il convient de prendre en considération, au même titre que la sécurité et la santé au travail, les autres

conditions d'emploi, en particulier la protection sociale, la rémunération, les périodes de repos, et les aménagements du temps de travail. Les gouvernements devraient, le cas échéant, consulter les partenaires sociaux pour surveiller et réglementer ces recrutements ponctuels durant la crise. Les volontaires inexpérimentés et les retraités appelés en renfort sont particulièrement vulnérables aux infections, c'est pourquoi une protection appropriée s'impose.

Les gouvernements doivent aussi garantir une supervision et une gestion appropriées du personnel de santé et des nouvelles recrues, pour veiller à ce que les uns comme les autres soient formés, et leurs compétences mises à jour pour faire face à la pandémie.

L'exemple du pays présenté dans l'encadré 1 montre une approche globale du recrutement ponctuel qui tient compte des aspects du travail décent.

27 [COVID-19 response](#).

28 [Ausländische Pflegekräfte schnell zulassen](#), gouvernement fédéral de l'Allemagne, 18 mars 2020

29 G. Iacobucci: "[Covid-19: medical schools are urged to fast-track final year students](#)", BMJ, 2020.

30 E. Mahase "[Covid-19 medical students to be employed by NHS as part of epidemic response](#)", BMJ, 2020.

31 C. Dyer: "[Covid-19: 15 000 deregistered doctors are told "your NHS needs you"](#)", BMJ, 2020.

32 E. Kivuva: "[Covid-19: Kenya begins hiring of 6,000 more health workers](#)", dans *Business Daily*, 2 avril.

33 Citizen reporter: "[Health department embarks on massive recruitment drive](#)", dans *the Citizen COVID-19*, 28 mars 2020.

34 R. Panjabi: "[The job description for a COVID-19 community health worker - and how this could fight US unemployment](#)", dans *WEF*, 31 mars 2020.

35 S. O. Wiah et al.: "[Prevent, Detect, Respond: Rapidly expanding healthcare teams through community health workers in the fight against COVID-19](#)". BMJ Opinion, 2020.

Encadré 1. Recrutement ponctuel visant à répondre aux besoins à court terme de personnel de santé: «Be on call for Ireland»¹

Lors de la phase de préparation du système de santé à la réponse au COVID-19, la Direction des services de santé de l'Irlande (HSE) a publié un appel à l'ensemble des professionnels de santé, toutes spécialités confondues, qui n'exerçaient pas à ce moment-là dans le secteur de la santé publique, leur demandant de s'inscrire et de se tenir à la disposition du service national de santé au cas où il aurait besoin d'effectifs supplémentaires. Cet appel s'adressait aussi aux bénévoles ou autres personnes ayant des compétences pouvant être utiles en cette période de pandémie.

La HSE a publié une page en ligne intitulée «Questions fréquemment posées». On y trouve une information transparente sur le processus de recrutement, les rôles et responsabilités des candidats, les conditions d'emploi en période d'astreinte, ainsi que la réponse aux questions concernant les aspects suivants:

- Au sujet du processus d'inscription
- Remplir le formulaire en ligne
- Rôles
- Quand et comment la personne sera-t-elle contactée?
- Heures de travail
- Vacances et congés annuels
- Rémunération
- Travailleurs retraités
- Intérimaires
- Professionnels qualifiés non enregistrés auprès de l'autorité irlandaise compétente
- Travailler en étant non-diplômé
- Travailler dans une spécialité autre que la vôtre
- Type de contrat de travail
- Bénévoles
- Au sujet des emplois à la HSE
- Processus de sélection
- Dispositions concernant la garde d'enfants
- Paiement des prestations sociales

¹ [Be on call for Ireland](#) («Soyez disponibles pour l'Irlande»), gouvernement de l'Irlande, 2020 [consulté le 9 avril 2020] (non disponible en français).

Aspects liés au genre

Les femmes sont confrontées à des enjeux particuliers en cette période de pandémie. Au niveau mondial, elles représentent plus de 70 pour cent du personnel soignant³⁶. Elles doivent aussi assumer la charge du travail de soins non rémunéré, et notamment s'occuper de leurs enfants ou de membres de la famille âgés³⁷. On estime que, si la contribution des femmes aux soins de santé représente environ 5 pour cent du PIB mondial, près de la moitié de leur contribution n'est en fait ni rémunérée, ni reconnue. Les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et le secteur social occupent généralement les emplois les moins qualifiés, les moins payés et se situant au bas de l'échelle professionnelle, ce qui explique l'écart de rémunération entre hommes et femmes d'environ 26 pour cent dans les pays à revenu élevé et de 29 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure³⁸.

Durant cette pandémie, les femmes en particulier sont confrontées à la difficulté de devoir concilier une charge de travail accrue, l'angoisse de transmettre le virus à leur entourage proche, et la gestion de leurs responsabilités familiales. Certaines structures de santé fournissent des services de garde d'enfants gratuits aux soignants pour alléger cette charge. Les gouvernements devraient veiller à ce que des mesures soient prises pour soutenir les travailleurs de la santé, en particulier ceux qui doivent aussi assumer des responsabilités familiales.

De précédentes épidémies ont montré l'importance d'intégrer une analyse de la problématique homme-femmes dans la préparation et la réponse aux urgences de santé publique, étant donné que les femmes jouent un rôle prédominant, que ce soit en tant qu'aidantes informelles ou que travailleuses de la santé de première ligne³⁹. Les sollicitations pressantes dont font l'objet les soignants ayant des responsabilités familiales, dont la plupart sont des femmes, mettent en évidence la nécessité impérieuse d'aménagements de travail flexibles et prévus à l'avance, qui tiennent compte de la situation particulière des femmes et qui aident et encouragent aussi bien les hommes que les femmes à mieux concilier responsabilités professionnelles et responsabilités familiales. L'annexe à la [recommandation \(n° 157\) sur le personnel infirmier, 1977](#), fournit des orientations à cet égard: «[L]es horaires de travail devraient, sous réserve des exigences du service, être organisés de façon à répartir équitablement le travail par équipes et la prestation des heures supplémentaires, incommodes ou astreignantes

³⁶ BIT: [L'Observatoire de l'OIT: le COVID-19 et le monde du travail. Deuxième édition](#), Genève, BIT, 7 avril 2020.

³⁷ BIT: [Une avancée décisive vers l'égalité entre hommes et femmes: Un meilleur avenir du travail pour tous](#), Genève, 2019.

³⁸ BIT: Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé: Rapport pour discussion à la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé, Genève, 2017.

³⁹ C. Wenham, J. Smith et R. Morgan: «[COVID-19: the gendered impacts of the outbreak](#)», dans *The Lancet*, (14 mars 2020, Vol. 395).

entre les membres du personnel et en particulier entre les personnels temporaire et permanent et entre les personnels à plein temps et temps partiel, et à tenir compte autant que possible des préférences individuelles et des considérations spéciales tenant au climat, aux moyens de transport, aux responsabilités familiales, etc.».

Les restrictions de voyage et l'anxiété que suscitent les risques d'infection posent des problèmes supplémentaires lorsqu'il s'agit de s'occuper de personnes âgées ou malades au sein du foyer. Ces types de soins sont majoritairement fournis par des femmes, qui représentent 90 pour cent de l'ensemble des aides-soignants à domicile ⁴⁰. En Allemagne, par exemple, les soins à domicile sont souvent dispensés par des travailleurs migrants assurant des services à la personne. L'actuelle pandémie de COVID-19 a considérablement réduit le nombre de travailleurs dans le secteur de l'aide à la personne issus des pays d'Europe de l'Est se rendant en Allemagne pour offrir leurs services. L'Association allemande des personnels de soins à domicile et de soins infirmiers estime qu'à compter de mi-avril, 100 000 à 200 000 personnes ne recevront plus de soins à domicile. Elle préconise donc des mesures incitatives pour encourager le personnel de soins domicile à rester en Allemagne, sur le modèle de l'Autriche, où une prime de 500 euros par mois est offerte pour retenir les travailleurs migrants assurant des services à la personne ^{41 42}.

Le dialogue social en temps de crise

La recommandation (n° 205) sur l'emploi et le travail décent pour la paix et la résilience, 2017, souligne l'importance du dialogue social et le rôle vital que jouent les organisations d'employeurs et de travailleurs dans la réponse à la crise.

La possibilité de faire entendre sa voix et de participer est essentielle pour permettre aux travailleurs et aux employeurs de la santé ainsi qu'à d'autres parties prenantes du système de santé de jouer un rôle actif dans la réponse à la pandémie de COVID-19. La liberté d'exprimer ses préoccupations, par exemple sur des questions de sécurité et de santé au travail; la possibilité, pour le personnel de santé, d'exercer son droit de retrait lorsqu'il risque de porter atteinte à sa sécurité ou à celle d'autrui; ou le droit de s'organiser et de participer

librement au dialogue sont autant de principes importants qu'il convient de défendre, y compris dans des situations d'urgence comme l'actuelle pandémie de COVID-19.

Partout dans le monde, de nombreux syndicats participent activement à la réponse au COVID-19 en fournissant des orientations et des mises à jour régulières à leurs membres, en engageant le dialogue avec les organisations d'employeurs et les gouvernements, et en mobilisant leurs membres pour qu'ils apportent une aide active durant la pandémie.

L'Internationale des services publics (ISP) a publié une note conceptuelle sur l'activité syndicale durant la pandémie de COVID-19, qui fournit des orientations sur des aspects clés concernant les travailleurs ⁴³. Elle a aussi lancé une campagne intitulée «La santé publique, une fois pour toutes!», qui attire l'attention sur la nécessité de prendre des mesures définitives pour arrêter la pandémie, tout en exprimant la ferme volonté d'opérer un changement dans les systèmes de santé, qui place la santé publique et le bien-être des populations au premier plan, et en mettant en évidence l'importance cruciale de services publics forts et bien financés, notamment des systèmes de santé publique dotés d'un personnel suffisant, pour surmonter les problèmes futurs de santé publique ⁴⁴.

L'Association des infirmières du Michigan a porté plainte contre une structure de soins de santé pour avoir interdit aux infirmières de porter leurs propres masques protecteurs. Cela montre la capacité des syndicats et des associations de répondre aux préoccupations des travailleurs de la santé ⁴⁵.

En Argentine, un accord conclu entre la Fédération des associations de travailleurs de la santé (FATSA) et le gouvernement garantit que l'ensemble des personnels de santé continueront à percevoir l'intégralité de leur salaire pendant la période de confinement et qu'ils pourront bénéficier, pendant toute la durée de la pandémie, d'un transport gratuit subventionné par le gouvernement ⁴⁶.

En Italie, le gouvernement et les partenaires sociaux ont signé une nouvelle convention collective sur la sécurité et la santé au travail pour les personnels de santé ⁴⁷.

Le dialogue social est important non seulement pour garantir une bonne préparation et améliorer la réponse

⁴⁰ ILOSTAT: «[Ces professions sont dominées par les femmes](#)», (2020)

⁴¹ [Versorgungsnotstand wegen Corona](#), 2020.

⁴² [Pressemitteilung, Berlin](#), 2020.

⁴³ Internationale des services publics: [Coronavirus: Guidance Briefing for Union Action – Update](#)", 2020.

⁴⁴ Internationale des services publics: ["Public Health, Once and for All! - concept note"](#), 2020.

⁴⁵ C. Rainey: ["Michigan Nurses Association files complaint against Mercy Health Partners Hackley campus"](#), sur *Newschannel 3*, 23 mars 2020.

⁴⁶ [Argentina battles Covid-19 with trade union support](#), Uni Global Union, 2020 .

⁴⁷ [Protocollo per la prevenzione e la sicurezza dei lavoratori della Sanità, dei Servizi Socio Sanitari e Socio Assistenziali in ordine all'emergenza sanitaria da «Covid-19»](#)

aux situations d'urgence, mais aussi pour renforcer la coordination entre tous les acteurs. Il permet aussi d'échanger l'information en temps utile et de traiter de questions telles que la sécurité et la santé au travail ou l'accroissement de la charge de travail et des responsabilités ⁴⁸.

Encadré 2. République de Corée: Accord de la commission tripartite du secteur de la santé sur les mesures de lutte contre le COVID-19 ¹

En République de Corée, les membres tripartites de la commission du secteur de la santé ont conclu un accord, sous les auspices du Conseil économique, social et du travail, pour tenter de surmonter la crise provoquée par la propagation du COVID-19 et de protéger les travailleurs de la santé sur le terrain. Cet accord recommande notamment:

- i. la création d'un environnement de travail propre à garantir la sécurité du service de santé;
- ii. l'amélioration de la sécurité de l'emploi et du traitement des travailleurs de la santé;
- iii. la nécessité de remédier à la pénurie de fournitures médicales et de créer un système de santé durable;
- iv. le renforcement des capacités de la santé publique et la mise en place d'une collaboration avec le secteur privé des soins de santé.

¹ Conseil économique, social et du travail (CEST), La commission tripartite du secteur de la santé a adopté des mesures de lutte contre le COVID-19, Lettre d'information du CEST, 26 mars 2020.

► 2. Répercussions sur le système de santé

La capacité des systèmes de santé de se réorganiser rapidement pour faire face à la crise en mobilisant le personnel de santé, tout en continuant à dispenser des services essentiels et à assurer le continuum de soins est, certes, un atout essentiel, mais cela pose aussi de nombreux problèmes. Les principales stratégies adoptées consistent notamment à garantir la sécurité et la santé au travail, des conditions de travail décentes et un soutien psychosocial aux travailleurs de la santé, ainsi que la mise à disposition de mécanismes de formation pour que les soignants et les nouvelles recrues puissent rapidement se former ou adapter leurs compétences en fonction des besoins du système de santé. La préparation aux situations d'urgence englobe aussi l'optimisation des plateformes de prestations de services, par exemple le recours à la télémédecine ⁴⁹.

Les progrès technologiques (applications de santé en ligne et mobiles, impression 3D, intelligence artificielle) peuvent améliorer la prestation des services de santé et les méthodes de travail pendant et après la pandémie ⁵⁰. Certains pays ont mis en place l'utilisation des données de localisation des téléphones portables pour suivre la propagation du COVID-19 au niveau national ⁵¹. Aux Pays-Bas, des étudiants en médecine ont été affectés à un centre d'appel, auquel des patients présentant de graves symptômes peuvent s'adresser afin d'être orientés directement vers les soins dont ils ont besoin. Introduire et généraliser le recours aux technologies numériques pour informer, former et orienter les travailleurs de la santé, en particulier dans les zones pauvres et isolées, peut aider à renforcer la transparence ainsi que la fourniture et la gestion des services durant la pandémie.

Emploi et pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé

Le secteur de la santé est une importante source d'emplois; dans la plupart des régions, les taux de croissance de l'emploi dans le secteur de la santé sont plus élevés que dans les autres secteurs. Le secteur de la santé et le secteur social représentaient à eux deux plus de 105 millions d'emplois dans le monde en 2013, 130 millions en 2018 et, d'après les estimations, ce chiffre atteindrait 136 millions en 2020 ⁵². En outre, le secteur

⁴⁸ BIT: [Directives sur le travail décent dans les services publics d'urgence](#), Genève, 2018.

⁴⁹ OMS, Bureau régional de l'Europe: [Renforcement de la riposte des systèmes de santé face à la COVID-19, Orientation technique #1](#), Copenhague, 2020

⁵⁰ BIT: [The future of work in the health sector. Working Paper No. 325](#), Genève, 2019.

⁵¹ A. Hutchinson: "More Nations Are Looking to Use Cell Phone Data to Track the COVID-19 Outbreak, Raising Privacy Concerns", dans *Social Media Today*, 24 mars 2020.

⁵² BIT: Base de données du BIT: [Perspectives pour l'emploi et le social dans le monde: Tendances pour 2015](#) (résumé disponible en français); ILO calculations 2018 based on labour force and household survey microdata; et ILOSTAT calculations 2020, Genève, à paraître.

de la santé est une importante source d'emplois, qui plus est d'emplois décents, du fait qu'il contribue à la croissance d'autres secteurs économiques, tels que les biens d'équipement et la production technologique⁵³. Aux Etats-Unis, par exemple, le secteur de la santé a contribué à surmonter la crise financière de 2007-08; entre 2006 et 2016, la croissance de l'emploi dans les structures de soins de santé a atteint 20 pour cent, contre 3 pour cent dans le reste de l'économie⁵⁴. Cette tendance à la croissance de l'emploi devrait se poursuivre; sur les 30 activités qui connaissent la plus forte progression, 18 sont des professions des soins de santé et activités associées, ce qui devrait ajouter 3,4 millions d'emplois d'ici 2028⁵⁵.

La Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique reconnaît le secteur de la santé comme un secteur économique clé, et indique que les investissements dans le personnel de santé sont nécessaires pour progresser vers la réalisation des objectifs de développement durable⁵⁶. Or, des données montrent que presque tous les systèmes de santé ont des difficultés à recruter, mettre en place et retenir une main-d'œuvre suffisamment formée, soutenue et motivée. Dans l'ensemble, on estime que, d'ici 2030, il y aura une pénurie de 18 millions de travailleurs de la santé, qui concernera principalement les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. La répartition inégale des personnels de santé d'un pays à l'autre et à l'intérieur de chaque pays constitue un obstacle à l'équité en matière de santé. Ce sont avant tout les populations les plus pauvres, notamment en milieu rural, qui souffrent de la pénurie de personnel de santé. En 2014, on estimait que la part de la population n'ayant pas accès aux services de santé en raison de pénuries de personnel s'élevait à 84 pour cent dans les pays à faible revenu, contre 55 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et 23 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Dans certains pays d'Afrique et d'Asie, plus de 90 pour cent de la population n'a pas accès aux soins de santé en raison de graves pénuries de personnel de santé (moins d'un travailleur de la santé pour 10 000 personnes)^{57 58}.

Le récent rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde, 2020, met en évidence la nécessité de créer au moins 6 millions de nouveaux postes dans les soins infirmiers d'ici 2030 pour faire face à la pénurie de personnel prévue, essentiellement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Il préconise aussi une répartition plus équitable du personnel infirmier dans le monde⁵⁹.

Equilibre entre secteurs public et privé de la santé

Si, dans de nombreux pays, le secteur privé intervient de plus en plus dans la prestation de services de santé, il est particulièrement important qu'en période de crise la santé publique joue un rôle de premier plan dans la garantie de l'égalité d'accès aux soins de santé, en tant que droit humain. Au fil des ans, la commercialisation croissante des services de santé a suscité des préoccupations parmi certains acteurs du secteur. Selon les conclusions de la Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de santé, tenue à l'OIT en 1998, «la fourniture de soins de santé pour tous doit être une mission d'intérêt public. Cela ne signifie pas forcément qu'ils doivent être organisés et mis en œuvre par les services publics; ils peuvent également être fournis dans un contexte privé. Cependant, les soins de santé ne sont pas une marchandise et ne peuvent faire l'objet de transactions commerciales»⁶⁰.

A la lumière de l'actuelle pandémie de COVID-19, certains pays, en particulier l'Irlande et l'Espagne, cherchent à renforcer le rôle des hôpitaux privés en les intégrant temporairement dans le système de santé publique pendant la durée de la pandémie. Des responsables de l'Etat irlandais estiment que cela permettra de garantir un système de santé coordonné, avec quelques 2000 lits supplémentaires ainsi que des moyens de dépistage et de traitement, ce qui apportera une bouffée d'oxygène aussi salutaire que nécessaire pour permettre au système de santé publique de faire face à la crise^{61 62}.

53 BIT: Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé: Rapport pour discussion à la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé, Genève, 2017.

54 E. Salsberg and R. Martiniano: "Health Care Jobs Projected To Continue To Grow Far Faster Than Jobs In The General Economy", dans *Health Affairs*, 9 mai 2018.

55 U.S. Bureau of Labour Statistics: [Employment projections 2018-2028](#). Economic news release, 9 septembre 2019.

56 OMS: [Working for health and growth: Investing in the health workforce](#), Rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, Genève, 2016.

57 BIT: Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé: Rapport pour discussion à la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé, Genève, 2017.

58 ILOSTAT: [COVID-19: Are there enough health workers?](#)

59 OMS: [State of the world's nursing 2020](#), Genève, 2020.

60 BIT: [Note sur les travaux, Réunion paritaire sur les conditions d'emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé](#), Genève, 1999, Conclusions, parag. 2.

61 "Private hospitals will be made public for duration of coronavirus pandemic", dans *thejournal.ie*, 24 mars 2020

62 A. Payne: "Spain has nationalized all of its private hospitals as the country goes into coronavirus lockdown", dans *Business Insider*, 16 mars 2020.

Le secteur privé peut aussi contribuer à la lutte contre la pandémie de COVID-19 au-delà du secteur de la santé. Dans certains pays, des entreprises ont pris des initiatives visant à modifier provisoirement leurs modèles de production durant la crise pour aider à produire des fournitures médicales, par exemple des EPI ou de l'éthanol pour fabriquer des produits désinfectants⁶³. L'Organisation internationale des employeurs (OIE) a engagé des débats avec des organisations multilatérales et le monde des affaires, qui portent sur les défis et les perspectives d'une collaboration public-privé, l'objectif étant d'examiner d'autres solutions efficaces que pourrait adopter le secteur de privé pour apporter sa contribution à la réponse aux urgences sanitaires⁶⁴.

Examiner la question des pertes de revenu parmi les acteurs du système de santé

Si la priorité numéro un est de protéger et de soutenir les travailleurs de la santé de première ligne, la lutte contre le COVID-19 se répercute sur l'ensemble des acteurs de la santé, y compris les indépendants et les entreprises du secteur de la santé⁶⁵.

De nombreux travailleurs de la santé et aides-soignants, qui sont actuellement en première ligne de la réponse au COVID-19 et fortement exposés au risque d'être infectés, entrent dans ces catégories. L'absence de couverture universelle des prestations de maladie est donc identifiée comme un obstacle majeur au succès des stratégies visant à neutraliser le virus. Certains pays ont déjà pris des mesures spéciales pour remédier à cette situation⁶⁶. La crise du COVID-19 met en évidence des lacunes considérables en termes de couverture, dans l'accès aux soins de santé comme aux indemnités de maladie, et des travailleurs de la santé et aides-soignants engagés dans des formes atypiques d'emploi ou travaillant pour leur propre compte se retrouvent sans protection. Si une personne est malade ou qu'elle doit s'occuper de membres de sa famille qui sont malades, et qu'elle n'a pas de sécurité de l'emploi, elle sera incitée à se rendre tout de même au travail, bien qu'elle ne se sente pas bien, ce qui augmente les risques de contagion. Et cela accroît aussi le risque de

paupérisation des personnes infectées par la maladie et de leurs familles⁶⁷.

Les travailleurs de la santé devraient aussi bénéficier d'un accès aux soins de santé et d'une compensation financière en cas d'infection au COVID-19 dans l'exercice de leur travail, que ce soit en vertu d'un régime spécial d'assurance contre les accidents du travail ou, si ce type d'assurance n'existe pas, sous la forme d'une compensation versée directement par l'employeur, comme le prévoit la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964.

Certains gouvernements, en particulier l'Allemagne, la Suisse, l'Italie et l'Espagne, appellent les systèmes de santé à limiter au maximum les contacts des patients avec les services essentiels et, lorsque cela est possible, de reprogrammer les visites préventives ou les visites régulières de suivi des patients. Si ces mesures visent à réduire les risques de transmission et à mettre à disposition des ressources au sein du système de santé, elles auront sans doute un impact lourd de conséquences sur les revenus des médecins et des dentistes: le nombre de patients a en effet considérablement diminué, tandis que les coûts de fonctionnement (loyer, facture d'électricité) restent inchangés. En Suisse, par exemple, la Fédération des médecins suisses examine actuellement la possibilité d'allouer une indemnisation de chômage partiel aux médecins concernés, et s'efforce d'informer au plus vite ses membres des possibilités d'indemnisation offertes⁶⁸. Outre la perte de revenu, ces médecins se préparent à subir un accroissement de leur charge de travail lorsque les mesures de distanciation auront été levées et que les systèmes de santé reviendront à un fonctionnement normal.

Les hôpitaux auxquels on a demandé, dans le cadre des stratégies nationales de préparation, de libérer des capacités en renvoyant des patients chez eux ou en reportant des interventions chirurgicales courantes qui avaient été programmées avant la crise doivent faire face à des pertes de revenu considérables.

La Fédération allemande des hôpitaux estime que les pertes financières liées à la pandémie de COVID-19 s'élèvent à 3,7 milliards d'euros, et se dit préoccupée par la viabilité financière de plusieurs hôpitaux. Elle a demandé au ministère fédéral de la Santé d'étudier la possibilité de couvrir les coûts additionnels induits

63 Selon diverses informations parues dans les médias (presse, télévision et radio).

64 OIE: "[Private sector contributions in health emergencies](#)", 2020.

65 BIT: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Zoom sur la protection sociale, Département de la protection sociale du BIT, Genève, à paraître

66 BIT: "COVID 19 health crisis: the need for sickness benefit during sick leave and quarantine", Zoom sur la protection sociale, Département de la protection sociale du BIT, Genève, à paraître.

67 Ibid.

68 [Das Virus macht auch Ärzte arbeitslos – warum ausgerechnet in Corona-Zeiten manche Mediziner wenig zu tun haben](#)

par les mesures d'urgence, y compris les coûts liés au personnel de santé permanent et supplémentaire ⁶⁹.

Collaboration internationale

La pénurie mondiale et la répartition inégale des personnels de santé qualifiés sont un obstacle majeur à la réponse aux pandémies de maladies facilement transmissibles, comme le COVID-19.

A mesure que la maladie continue de se propager, même les systèmes de santé dotés de ressources suffisantes sont arrivés à leur point de rupture. La flambée rapide de cas de coronavirus dans le monde met en évidence la nécessité urgente de renforcer les systèmes de santé qui disposent de peu de moyens pour faire face à la pandémie de COVID-19, notamment en s'employant à résoudre les problèmes de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, et en développant les laboratoires de diagnostic, les mécanismes de surveillance des maladies, et les stratégies de communication des risques ⁷⁰. Or, de nombreux pays ne sont pas en mesure d'accroître leurs capacités immédiatement. Des actions au niveau mondial sont donc nécessaires pour soutenir ces pays dans leur réponse à la crise, durant la pandémie et au-delà.

En Europe, plusieurs pays sont confrontés à des difficultés considérables pour fournir des soins et des traitements à un nombre sans précédent de malades hospitalisés. Cela a donné lieu à un formidable élan de solidarité internationale: des pays comme la Chine, Cuba et la Fédération de Russie ont envoyé des médecins et des équipements à des pays gravement touchés, tels que l'Italie, pour soutenir leurs interventions sur le terrain ⁷¹. Parallèlement, la collaboration transfrontalière entre pays s'intensifie. Dans les régions frontalières entre la France et l'Allemagne, par exemple, des patients ont été transférés d'hôpitaux français surchargés vers des structures allemandes disposant de capacités, et la Suisse et l'Allemagne ont accueilli des patients en soins intensifs provenant d'Italie.

Cette situation montre que les gouvernements doivent impérativement allouer un budget suffisant à la création

de systèmes de santé solides et résilients, qui soient avant tout en mesure de fournir un accès équitable à des soins de santé de qualité en général, et qui disposent de suffisamment de ressources pour répondre à des épidémies inattendues, comme l'actuelle pandémie de COVID-19.

Protection sociale en matière de santé et financement des soins de santé ⁷²

A Outre la nécessité de garantir aux travailleurs de la santé une protection sociale appropriée, il convient qu'en cette période de crise du COVID-19, l'ensemble de la population ait accès à des soins de santé abordables. La protection sociale contribue pour beaucoup à prévenir et à surmonter la crise sanitaire elle-même ⁷³. Il s'agit avant tout de prévenir la paupérisation des individus et des ménages, conséquence directe de leur prise en charge médicale, mais aussi d'encourager les comportements préventifs.

La protection sociale en matière de santé fournit une approche fondée sur les droits visant à assurer la couverture maladie universelle, laquelle garantit une protection financière et un accès effectif aux services de soins de santé ⁷⁴. Les mécanismes de protection sociale de la santé financés par la collectivité, que cela passe par les cotisations de sécurité sociale, par l'impôt ou les deux, produisent des effets redistributifs positifs sans reporter sur les individus les risques financiers et les risques du marché du travail. Ainsi, la dimension économique de la prise en charge médicale n'est pas une considération propre à encourager les malades à retarder les soins ou à y renoncer. Dans le contexte d'une crise sanitaire liée à une maladie transmissible, cet aspect est particulièrement pertinent.

En réponse à la crise du COVID-19, de nombreux gouvernements ont pris des mesures pour consacrer des ressources budgétaires supplémentaires à leur système de santé. Le gouvernement du Royaume-Uni a ainsi alloué 6,1 milliard de dollars E.-U., son plus grand plan de relance budgétaire depuis 30 ans, pour soutenir le Service national de santé ⁷⁵.

⁶⁹ DKG zur Behauptung des Ministers die Kliniken erhielten 7,8 Milliarden Euro zusätzlich 7,8 Milliarden Euro angebliche Zusatzfinanzierung der Klinikenhält in einem Faktencheck nicht stand, dans DKG Press, 21 mars 2020.

⁷⁰ J. Hopmann et al.: *Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries*, JAMA Network, 2020.

⁷¹ *Gemeinsam für Italien*, dans tagesschau.de, 23 mars 2020.

⁷² Cette section est une contribution du Département de la protection sociale du BIT. Davantage d'informations sont disponibles dans BIT: «Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles», Zoom sur la protection sociale, Département de la protection sociale du BIT, Genève, 2020; et BIT: «Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations», Zoom sur la protection sociale, Département de la protection sociale du BIT, Genève, à paraître

⁷³ BIT: «Social Protection Monitor: Social protection responses to the COVID-19 crisis around the world», Zoom sur la protection sociale, Département de la protection sociale, BIT, Genève, à paraître.

⁷⁴ BIT: «Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles», Zoom sur la protection sociale, Département de la protection sociale du BIT, Genève, 2020.

⁷⁵ P. Russell: *Budget: Extra £5 Billion for the NHS to Combat COVID-19*, 2020.

L'Espagne a affecté 1 milliard d'euros au ministère de la Santé; l'Italie a débloqué 3,5 milliards d'euros pour financer la lutte contre la pandémie; et l'Allemagne a adopté une série de mesures financières pour garantir le financement des hôpitaux, les soins ambulatoires et les soins de longue durée, afin de compenser les coûts induits par la pandémie de COVID-19⁷⁶. Dans certains pays comme l'Espagne, dans les cas où les soins de santé sont dispensés par des prestataires privés et où ces prestataires ne sont donc généralement pas intégrés dans le réseau du régime de protection sociale de la santé, des mesures ont été prises pour les intégrer dans la réponse au COVID-19⁷⁷. Cela montre l'importance d'un système de santé coordonné, où le système de santé publique est le principal pourvoyeur de soins, complété éventuellement

par des prestataires de services privés sous réglementation publique. Dans les pays où la charge financière de l'accès aux soins incombe aux ménages, ou qu'elle est assumée par des régimes d'assurance privés non obligatoires, les gouvernements ont dû prendre des mesures de santé publique plus ambitieuses pour éviter que cette charge soit trop lourde.

Il est nécessaire de disposer d'une structure financière solide et bien conçue pour inciter les prestataires de services de santé à répondre aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité des soins de santé, comme le préconisent les instruments relatifs aux droits humains et les normes internationales de sécurité sociale⁷⁸, et pour renforcer l'ensemble du système de santé d'un pays. Cela exige une coordination étroite et efficace entre les acteurs impliqués dans le financement, l'achat et la fourniture des services de santé.

Encadré 3. Renforcer progressivement la réactivité pour faire face aux chocs: la réponse de la Chine à la crise

La capacité de réponse de la Chine à cette crise sanitaire sans précédent s'inscrit dans des décennies d'investissement dans son système de santé et dans les efforts particuliers qu'elle déploie depuis plusieurs dizaines d'années pour étendre la couverture sociale en matière de santé, y compris en réponse à des situations de crise sanitaire et économique.

Face au COVID-19, le gouvernement chinois a pris des mesures de protection sociale spéciales pour lutter contre la crise, par exemple en accordant jusqu'à cinq mois de réduction ou d'annulation des cotisations d'assurance sociale pour alléger la pression exercée sur les employeurs pour qu'ils versent des cotisations¹. Le gouvernement a aussi adopté une approche administrative raisonnable, qui encourage la distanciation physique, par exemple en permettant de pratiquer des consultations médicales en ligne pour les maladies chroniques et courantes et en facilitant les demandes en ligne de remboursement des frais médicaux².

Quelle leçon peut-on en tirer?

Évaluer l'efficacité de la réponse de quelque système de protection sociale que ce soit pendant ou immédiatement après une crise serait peut-être prématuré. Toutefois, ce qui est clair, c'est que la décision de la Chine d'étendre la protection sociale en matière de santé a permis, au fil des ans, d'importants investissements dans le système de soins de santé et ses infrastructures, et favorisé un recours accru à ces services. L'approche stratégique d'extension progressive adoptée par la Chine offre une leçon importante, qui pourrait être transposée ailleurs, bien qu'à une échelle moindre, y compris dans des pays à faible revenu ayant des ressources limitées.

C'est entre autres grâce à une réponse coordonnée des systèmes de santé et de protection sociale que la Chine a réussi à aplanir la courbe d'infection.

¹ Cela se traduirait par une baisse du recouvrement des contributions de 71 milliards de dollars E.-U. Voir lien [consulté le 9 avril 2020].

² Bureau national d'assurance médicale: Les consultations en ligne réalisées durant la pandémie pour les patients atteints de maladies courantes ou chroniques peuvent être remboursées, République populaire de Chine (RPC) [consulté le 9 avril 2020].

⁷⁶ COVID-19 Response monitor

⁷⁷ BIT: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Zoom sur la protection sociale, Département de la protection sociale du BIT, Genève, à paraître.

⁷⁸ De conformidad con la Recomendación núm. 202, los pisos de protección social establecidos a nivel nacional deberían comprender "acceso a un conjunto de Aux termes de la recommandation n° 202, les socles de protection sociale définis à l'échelle nationale devraient comporter l'accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité (paragr. 5 a)).

► 3. Réponses et outils du BIT

Si d'autres crises de santé publique, comme l'épidémie de maladie à virus Ebola et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), ont montré l'efficacité des plans d'urgence à court terme, la pandémie de COVID-19 souligne la nécessité d'engager des investissements coordonnés et durables dans le secteur de la santé. Cela remet en question la conception économique traditionnelle selon laquelle le secteur de la santé est un fardeau pour l'économie nationale, et souligne le rôle que jouent les systèmes de santé dans la croissance économique et le bien-être social.

La crise du COVID-19 attire l'attention sur des systèmes de santé publique déjà surchargés dans de nombreux pays, ainsi que sur les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour recruter, mettre en place, retenir et protéger une main-d'œuvre suffisamment formée, soutenue et motivée. Cela met en évidence la nécessité primordiale d'effectuer des investissements durables dans les systèmes de santé – y compris dans le personnel de santé –, de promouvoir des conditions de travail décentes, et de se doter d'équipements suffisants.

Dans le cadre du suivi de la [Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique](#), l'OIT, l'OMS et l'OCDE ont conjugué leurs efforts pour élaborer, en 2017, le programme «[S'engager pour la santé](#)» (non disponible en français) et un fonds fiduciaire multi-partenaires.. Ce programme fournit une assistance aux pays et aux mandants pour les aider à élaborer des stratégies en vue d'accroître les investissements dans leurs personnels de santé, qui reposent sur des données améliorées sur le marché du travail dans le secteur de la santé, la participation de multiples parties prenantes, et le dialogue social.

Le dialogue social est essentiel pour créer des systèmes de santé résilients, c'est pourquoi son rôle est décisif tant dans la réponse à la crise que dans la préparation aux situations d'urgence.

La [recommandation \(n° 205\) sur l'emploi et le travail décent pour la paix et la résilience, 2017](#), examine les situations de crise résultant de catastrophes, telle celle que vivent actuellement les pays confrontés au COVID-19. Elle fournit aux mandants des orientations sur les mesures à prendre en faveur de l'emploi et du travail décent pour la prévention, le redressement et la résilience face aux situations de crise. Elle souligne l'importance du dialogue social et le rôle décisif des

organisations d'employeurs et de travailleurs dans la réponse à la crise ⁷⁹.

La notion de participation des organisations d'employeurs et de travailleurs à l'élaboration des politiques de santé figure déjà dans la [convention \(n° 149\) sur le personnel infirmier, 1977](#), qui préconise «une politique des services et du personnel infirmiers qui, dans le cadre d'une programmation générale de la santé, [...] sera élaborée en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées». La convention précise qu'il convient d'encourager «la participation du personnel infirmier à la planification des services infirmiers et la consultation de ce personnel sur les décisions le concernant», et que «[L]a détermination des conditions d'emploi et de travail se fera de préférence par négociation entre les organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées».

Pour remédier au problème d'exode des compétences qui nuit aux pays en développement, les considérations relatives à la santé doivent être au cœur tout dispositif de gouvernance des migrations de main-d'œuvre, dans une perspective à la fois économique et de santé publique. Pour les pays d'origine comme pour les pays de destination, des cadres de migration équitables et un dialogue sur des accords bilatéraux tenant compte de l'égalité hommes-femmes et fondés sur les droits peuvent fournir d'autres pistes à explorer.

Les droits et les mesures de protection au travail ainsi que les mesures de sécurité sociale sont essentiels pour dispenser des soins de santé de qualité et garantir la protection des travailleurs de la santé, de leurs familles et de l'ensemble de la population, durant la pandémie et au-delà. Les travailleurs de la santé, comme tous les autres travailleurs, doivent être couverts par des réglementations qui protègent leur sécurité et leur santé, leur fournissent une compensation financière adéquate en cas de perte de revenu, et couvrent les coûts de leurs traitements médicaux en cas de maladie ⁸⁰.

79 [COVID-19 and R205: what role for workers' organizations?](#), Genève, 2020.

80 BIT: Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé: Rapport pour discussion à la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé, Genève, 2017.

Outils de l'OIT se rapportant aux travailleurs de la santé

- [Directives de l'OIT sur le travail décent dans les services publics d'urgence \(2018\)](#)
- [WHO-ILO Guidelines on occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders \(2018\)](#) (disponible en français prochainement)
- [WASH@Work: Un manuel d'autoformation \(2016\)](#)
- [Publication conjointe OIT-OMS HealthWISE – Amélioration du travail dans les services de santé \(2014\)](#)
- [Directives générales OIT-CII-OMS-ISP sur la violence au travail dans le secteur de la santé \(2002\)](#)
- [Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail \(ILO-OSH 2001\)](#)

► Annexe. Conventions et recommandations de l'OIT

Conventions et recommandations clés de l'OIT présentant un intérêt pour le secteur de la santé

- [Convention \(n° 87\) sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, 1948](#)
- [Convention \(n° 98\) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949](#)
- [Convention \(n° 100\) sur l'égalité de rémunération, 1951](#)
- [Convention \(n° 111\) concernant la discrimination \(emploi et profession\), 1958](#)
- [Convention \(n° 149\) sur le personnel infirmier, 1977](#)
- [Recommandation \(n° 157\) sur le personnel infirmier, 1977](#)
- [Convention \(n° 151\) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978](#)
- [Convention \(n° 155\) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981](#)
- [Convention \(n° 187\) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006](#)
- [Convention \(n° 190\) sur la violence et le harcèlement, 2019](#)
- [Recommandation \(n° 206\) sur la violence et le harcèlement, 2019](#)

Normes internationales du travail relatives à la protection sociale

- [Recommandation \(n° 69\) sur les soins médicaux, 1944](#)
- [Convention \(n° 102\) concernant la sécurité sociale \(norme minimum\), 1952](#)
- [Convention \(n° 121\) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964](#)
- [Convention \(n° 130\) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969](#)
- [Recommandation \(n° 134\) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969](#)