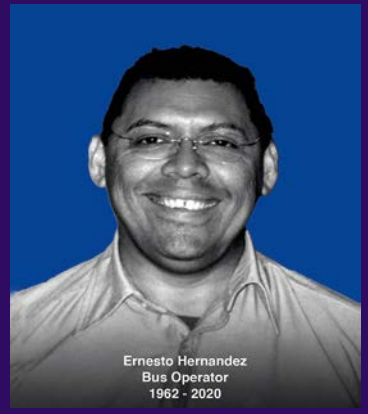




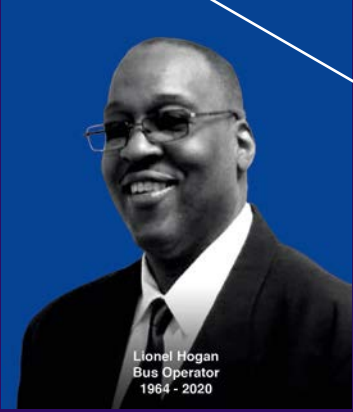
Russell Jackson
Cleaner
1981 - 2020



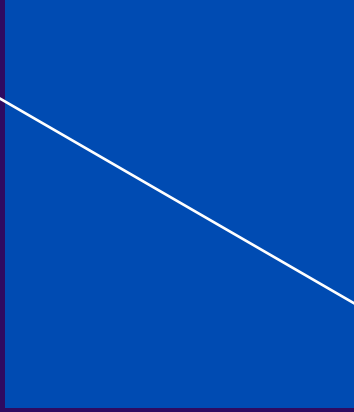
Lev Golubov
Road Car Inspector
1961 - 2020



Ernesto Hernandez
Bus Operator
1962 - 2020



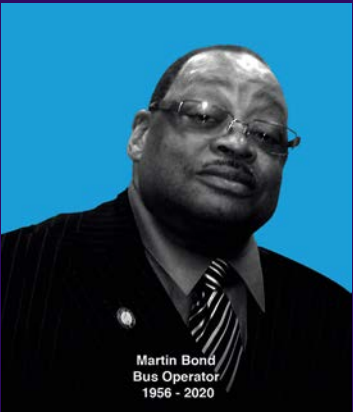
Lionel Hogan
Bus Operator
1964 - 2020



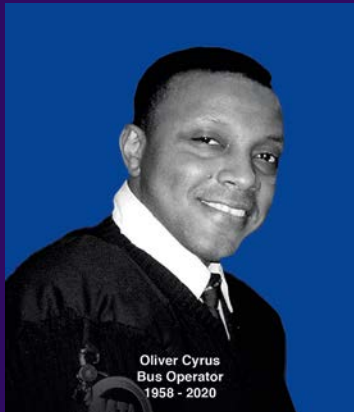
David Hamilton
General Superintendent, Signals
1965 - 2020



Laricter Brown
Dispatcher Rapid Transit Operations
1984 - 2020



Martin Bond
Bus Operator
1956 - 2020



Oliver Cyrus
Bus Operator
1958 - 2020



2

Le risque et le stress de travailler pendant la pandémie

Principaux constats



Les travailleurs clés ont souffert de taux de mortalité due au COVID-19 plus élevés que les travailleurs non-clés.



Parmi les travailleurs clés, ceux du secteur des transports ont enregistré les taux les plus élevés de surmortalité.



Les travailleurs occupant un emploi formel, avec la sécurité de l'emploi et une représentation syndicale, ont été mieux à même de s'adapter aux exigences et aux risques accrus liés au travail pendant la pandémie.



Les entreprises clés ont eu du mal à fonctionner pendant la pandémie en raison de la perturbation des chaînes d'approvisionnement, de l'incertitude financière et de la difficulté à se conformer aux directives d'urgence en matière de sécurité et de santé.

Au début de la pandémie de COVID-19, le lieu de travail a été considéré comme un fort vecteur potentiel de transmission du virus, ce qui a conduit la plupart des pays du monde à recommander de travailler à distance dans la mesure du possible¹. Les lieux de travail clés qui devaient continuer à fonctionner ont souvent été identifiés comme des sources de transmission². Rien que dans le secteur du conditionnement de la viande, des foyers de contamination ont été documentés au cours des premiers mois de la pandémie en Allemagne, en Argentine, en Australie, au Brésil, au Canada, en Chine, au Danemark, en Espagne, aux États-Unis, en France, en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, en Pologne et au Royaume-Uni. Il est donc apparu évident que la sécurité et la santé au travail (SST) ne concernaient pas seulement les employeurs et les travailleurs, mais la santé publique en général.

Ce chapitre analyse l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la sécurité et la santé tant physique que mentale des travailleurs, ainsi que les difficultés auxquelles les entreprises se sont heurtées pour poursuivre leurs activités. Travailler pendant la pandémie n'a en effet pas été sans poser de nombreux problèmes. Si le plus évident était la forte probabilité d'exposition au virus du COVID-19, et donc un risque plus élevé de maladie ou de décès, il n'y a que peu d'aspects de la vie professionnelle quotidienne qui n'ont pas été bouleversés par la pandémie. Ce chapitre explore les différentes sources de stress professionnel auxquelles les travailleurs ont été confrontés – risques physiques, isolement social, intensité du travail, comportement social hostile – ainsi que les pressions en termes d'organisation subies par les entreprises, notamment les difficultés et l'incertitude financières. Comprendre les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les travailleurs et les entreprises clés est une première étape importante pour concevoir et renforcer les programmes de SST ainsi que d'autres politiques et institutions de soutien, qui peuvent aider les travailleurs et les employeurs, que ce soit en période de prospérité ou en période de crise.

2.1. Maladie et mortalité chez les travailleurs clés en 2020

Le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SARS-CoV-2) se transmet directement par les gouttelettes respiratoires et les aérosols en suspension dans l'air, et indirectement par contact avec des surfaces contaminées. Bien qu'il reste encore beaucoup à apprendre sur les mécanismes de transmission, les données disponibles indiquent qu'éviter tout contact avec d'autres êtres humains empêche la propagation de l'infection³. Cependant, la plupart des travailleurs clés ne peuvent pas éviter tout contact avec les autres, puisqu'ils doivent poursuivre leurs tâches quotidiennes afin que la société puisse être nourrie, être soignée, vivre en sécurité et aller d'un endroit à l'autre en cas de besoin (même pendant les confinements). Par conséquent, les travailleurs clés ont été plus exposés au COVID-19 que ceux qui pouvaient télétravailler ou rester chez eux, dans une relative sécurité par rapport à la pandémie.

Les données de la figure 2.1 démontrent le degré plus élevé d'exposition à la maladie ou à l'infection chez les travailleurs clés aux États-Unis. S'appuyant sur O*NET, une base de données des caractéristiques professionnelles de l'économie états-unienne, la figure montre l'exposition potentielle à la maladie ou à l'infection par code de profession à deux chiffres de la CIP en fonction de la proximité physique des travailleurs avec d'autres personnes au cours de leur travail. La taille des bulles est proportionnelle au nombre de travailleurs dans chaque profession à deux chiffres. La figure montre clairement que les professions clés (en bleu) sont celles qui sont les plus exposées aux maladies et qui travaillent le plus près des autres⁴. Les spécialistes de la santé, les professions intermédiaires de la santé, le personnel soignant et le personnel des services de protection et de sécurité dominent toutes les autres professions en ce sens qu'ils sont plus exposés aux maladies et qu'ils travaillent plus près des gens que toute autre catégorie professionnelle. Ces quatre catégories sont presque exclusivement composées de travailleurs clés.

Néanmoins, une plus grande exposition ne se traduit pas nécessairement par une détérioration des résultats en matière de santé, en particulier en ce qui concerne la mortalité. Savoir si l'exposition plus élevée inhérente à chaque catégorie professionnelle a été pondérée par des protocoles de sécurité plus stricts et l'utilisation d'équipements de protection est une question empirique à laquelle il convient de répondre en examinant les données relatives à la mortalité.

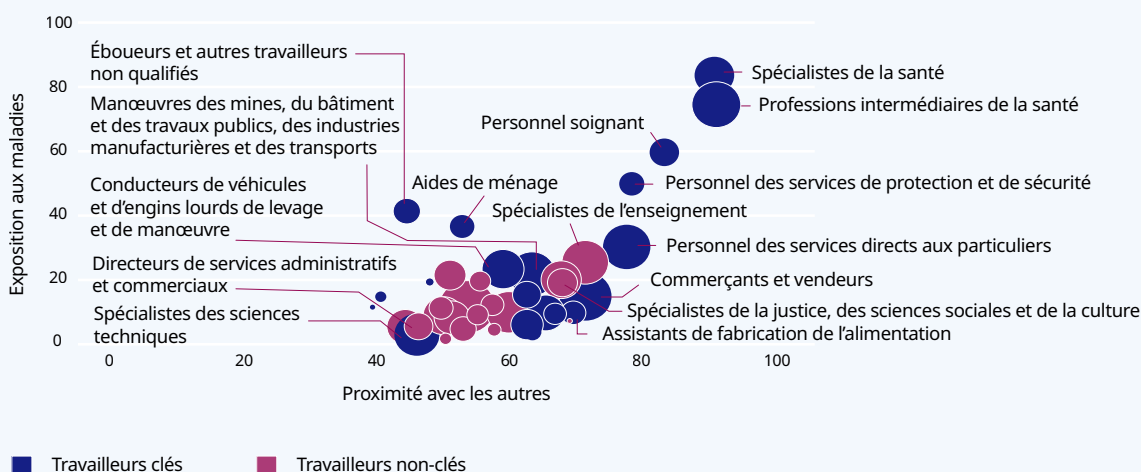
Les données à grande échelle sur la mortalité due au COVID-19 reposent souvent sur la notion de surmortalité, qui correspond à la différence entre le nombre observé de décès au cours de certaines périodes et le nombre attendu

de décès au cours des mêmes périodes. Cette mesure permet d'éviter les problèmes d'erreurs de diagnostic et de déclaration des décès dus au COVID-19, qui étaient particulièrement fréquents au début de la pandémie⁵.

Le graphique A de la figure 2.2 montre le taux de mortalité pour 100 000 personnes, toutes causes confondues, pour les travailleurs âgés de 18 à 62 ans aux États-Unis, par mois, en 2020. Le taux de surmortalité est le taux de mortalité au cours de la période étudiée (la pandémie de COVID-19, par exemple) moins le taux de mortalité d'une base de référence dans laquelle l'événement étudié ne s'est pas produit. Aucun décès imputé au COVID-19 n'a été signalé au cours des deux premiers mois de l'année, qui ont donc servi de base de référence. Les neuf derniers mois sont ceux pour lesquels la surmortalité est calculée⁶. Le taux de surmortalité d'un mois donné est le taux de mortalité total de ce mois moins le taux de mortalité moyen des deux premiers mois.

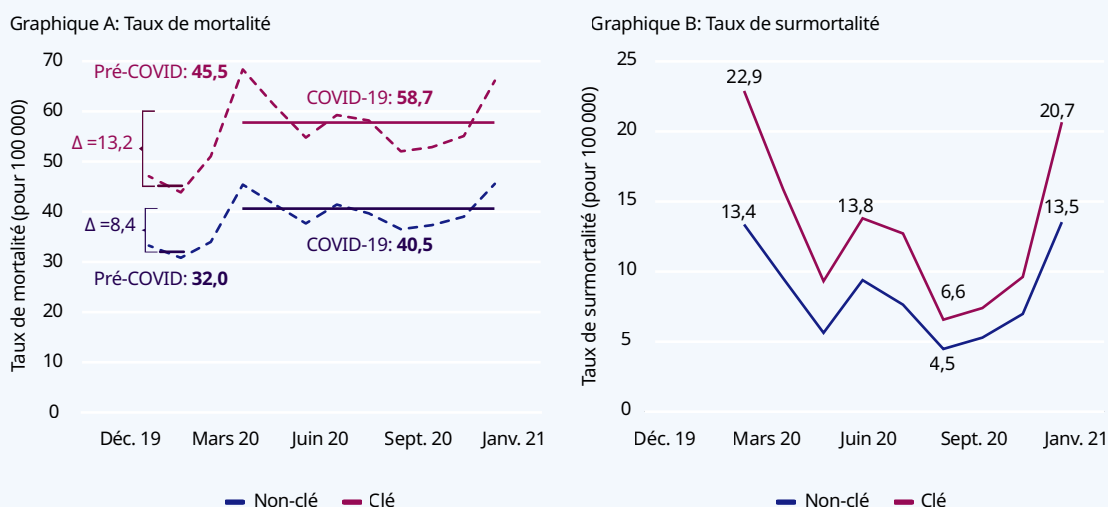
La mortalité de référence aux États-Unis est plus élevée pour les travailleurs clés que pour les autres: 45,5 décès mensuels pour 100 000 contre 32,0 respectivement. Cela veut dire que les travailleurs clés souffraient d'une mortalité plus élevée avant la pandémie de COVID-19⁷. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils occupent des emplois intrinsèquement

▶ **Figure 2.1. Exposition aux maladies et proximité physique avec d'autres personnes, par profession, États-Unis**



Source: ILOSTAT et O*NET.

▶ **Figure 2.2. Mortalité totale pour les travailleurs clés et non-clés, États-Unis, 2020**



Note: Une base de référence de deux mois est loin d'être idéale, mais les données de l'échantillon du National Vital Statistics System (NVSS) ne fournissent pas de données sur la profession avant 2020.

Source: Current Population Survey (CPS) et microdonnées du NVSS.

plus dangereux, mais cela traduit aussi probablement un plus grand risque de mourir en raison de pathologies sous-jacentes, notamment des comorbidités telles que l'obésité et l'hypertension, ainsi qu'en raison de l'âge et du tabagisme. Néanmoins, comme nous le verrons dans cette section, quelques-unes des caractéristiques qui rendent certains emplois «intrinsèquement plus dangereux» résultent également de l'absence ou de l'insuffisance de procédures et d'équipements de protection pour faire face à des risques accrus.

Outre un taux de mortalité de référence plus élevé, les travailleurs clés ont également enregistré une hausse de la mortalité (13,2 pour 100 000) plus importante que les travailleurs non-clés (8,4 pour 100 000). Le graphique B de la figure 2.2 montre que la surmortalité pendant la pandémie de COVID-19 était plus élevée chez les travailleurs clés que chez les autres. Ce n'est pas une surprise, puisque les travailleurs clés ont continué à quitter leur foyer pour aller travailler, et ont donc été exposés au virus, alors que d'autres travailleurs ont opté pour le télétravail ou ont été mis en congé.

Les deux graphiques de la figure 2.2 présentent des données brutes sur la mortalité et ne tiennent donc pas compte du sexe, de l'âge ou d'autres caractéristiques susceptibles d'influencer les résultats. En tenant compte du sexe, de l'âge et de l'éducation, et en soustrayant la mortalité non-clé de la mortalité clé, on obtient la différence de «surmortalité contrôlée» indiquée dans la colonne (B) du tableau 2.1^{8,9}. Le tableau montre également les différences de surmortalité brute (colonne (A)) ainsi que la mortalité purement due au COVID-19¹⁰ (colonne (C)).

Une tendance se dessine: la surmortalité des travailleurs clés (par rapport aux travailleurs non-clés) a été élevée au cours des trois premiers mois, puis a diminué. Au dernier trimestre de 2020, elle était inférieure à 10 pour cent, avant de repartir légèrement à la hausse en décembre, au pic de la deuxième vague aux États-Unis (d'août 2020 à février 2021).

► **Tableau 2.1. Différentes mesures de la mortalité différentielle (clé vs non-clé), États-Unis, 2020**

Mois	Mortalité (pour 100 000 travailleurs)		
	Différence de surmortalité		(C) Différence de mortalité purement due au COVID-19
	(A) Non contrôlée (brute)	(B) Contrôlée	
Avril 2020	9,5	14,5	6,4
Mai 2020	6,3	16,4	3,6
Juin 2020	3,7	10,6	1,7
Juillet 2020	4,4	8,6	2,8
Août 2020	5,1	10,5	2,6
Sept. 2020	2,1	12,0	1,6
Oct. 2020	2,1	5,9	1,6
Nov. 2020	2,6	2,2	2,7
Déc. 2020	7,1	3,7	5,8
Moyenne	4,8	9,4	3,2

Note: La différence non contrôlée (brute) de surmortalité est la différence de surmortalité entre travailleurs clés et travailleurs non-clés. La différence contrôlée est le résultat du modèle logit tenant compte de l'éducation, du sexe et de l'âge, dans lequel le travailleur clé est également une variable (voir la note 6). La différence de mortalité due au COVID-19 est la différence brute de mortalité due au COVID-19 pour 100 000 travailleurs (elle n'est pas considérée comme une surmortalité, puisque les décès de référence dus au COVID-19 sont nuls) entre les travailleurs clés et les travailleurs non-clés. Les trois statistiques mesurent la même chose de différentes manières.

Source: CPS et microdonnées du NVSS.

**La surmortalité
durant la
pandémie de
COVID-19 a été
plus élevée pour
les travailleurs
clés que pour
les autres.**

Le groupe professionnel qui a enregistré le plus grand nombre de décès est celui des transports: les conducteurs de camions, de métros, de bus et de taxis et ceux travaillant par le biais de plateformes de transport à la demande ont souffert d'une mortalité plus élevée que les travailleurs de toute autre profession.

La tendance de la mortalité des travailleurs clés se maintient dans les trois mesures. La différence contrôlée de surmortalité était plus élevée que la différence non contrôlée pour tous les mois, à l'exception de novembre et décembre. Cela reflète principalement le fait que, aux États-Unis, les travailleurs clés sont plus jeunes et plus souvent susceptibles d'être des femmes que les travailleurs non-clés. Les femmes représentent 48,4 pour cent des travailleurs clés contre 46,7 pour cent des travailleurs non-clés; et les jeunes (18-24 ans), 14,3 pour cent des travailleurs clés contre 12,6 pour cent des travailleurs non-clés. Le tableau 2.1 montre également que la mortalité due au COVID-19 directement mesurée est inférieure à la différence de surmortalité, ce qui pourrait être dû à un mauvais enregistrement des décès pour cause de COVID-19.

Le tableau 2.2 présente les résultats pour les huit groupes professionnels de travailleurs clés aux États-Unis. Tant en termes de surmortalité que de mortalité spécifiquement due au COVID-19, on observe d'importantes variations d'un groupe professionnel à l'autre. Le groupe qui a enregistré le plus grand nombre de décès est celui des transports: les conducteurs de camions, de métros, de bus et de taxis et ceux travaillant par le biais de plateformes de transport à la demande ont souffert d'une mortalité plus élevée que les travailleurs de toute autre profession. Les travailleurs de la santé, malgré leur exposition intense aux patients infectés, ne s'en sont pas plus mal sortis que la moyenne des travailleurs clés, probablement parce qu'ils disposaient de procédures et d'équipements qui les protégeaient du virus, ainsi que d'un meilleur accès aux soins de santé et aux congés de maladie. Néanmoins, leur surmortalité était plus élevée que celle de la moyenne des travailleurs non-clés.

Alors que les microdonnées du NVSS ne fournissent des informations sur la profession et la branche d'activité qu'à partir de 2020, les données du Département de la santé publique de Californie le font depuis bien plus longtemps. Une étude sur la surmortalité des travailleurs par profession dans cet État corrobore les résultats susmentionnés: les travailleurs du secteur des transports étaient les plus exposés (surmortalité mensuelle de 10 pour 100 000) et les travailleurs du secteur de la santé n'étaient pas plus mal lotis que les autres travailleurs clés (surmortalité mensuelle de 3 pour 100 000), malgré leur exposition constante au virus¹¹. La surmortalité par habitant des travailleurs de la santé était généralement inférieure aux taux ci-dessus, ce qui s'explique probablement par la période de référence de trois ans au lieu de deux mois.

► **Tableau 2.2. Surmortalité et mortalité due au COVID-19 par mois et par groupe professionnel, États-Unis, avril à décembre 2020**

Groupe professionnel	Mortalité (pour 100 000)	
	Surmortalité	COVID-19
Transports	22,9	11,9
Nettoyage	14,8	8,7
Travail manuel	14,4	6,9
Technique	14,3	7,3
Santé	12,1	7,4
Commerce de détail	9,4	3,9
Systèmes alimentaires	7,5	6,7
Sécurité	7,0	6,2
Tous	13,2	7,2

Note: La surmortalité est calculée selon la méthode décrite ci-dessus, avec les deux premiers mois de l'année comme base de référence. Les décès dus au COVID-19 sont ceux identifiés comme tels par le code de la Classification internationale des maladies (CIM) dans les données du NVSS.

Source: CPS et microdonnées du NVSS.

► **Tableau 2.3. Surmortalité par catégorie professionnelle, Angleterre et Pays de Galles (Royaume-Uni), 2020**

Catégorie professionnelle	Surmortalité (%)
Toutes les professions	-1,1
Non essentielles	-3,0
Soins de santé	13,3
Action sociale et éducation	4,3
Autres travailleurs clés	6,1

Source: Matz *et al.*, 2022.

L'étude montre également que les travailleurs du secteur de l'alimentation et de l'agriculture figurent parmi ceux qui ont affiché le taux de mortalité le plus élevé. Cela peut paraître surprenant étant donné que le travail agricole se fait généralement en plein air et que les travailleurs sont censés travailler loin les uns des autres. Cependant, de nombreux travailleurs agricoles en Californie sont des migrants qui œuvrent non seulement dans les champs, mais aussi dans une forte promiscuité dans les ateliers de conditionnement, et qui vivent dans des logements surpeuplés, ce qui a probablement généré une plus forte contagion et, en fin de compte, des taux de mortalité plus élevés¹². Une fois de plus, cela illustre le fait que les mesures de protection (ou leur absence dans ce cas) sont aussi importantes que les dangers inhérents au travail lui-même. La même étude analyse aussi la surmortalité selon la race et la profession. Elle constate que, même si la profession explique une partie des écarts raciaux en matière de mortalité, des différences importantes subsistent après avoir éliminé les effets de la profession.

Une autre étude sur les travailleurs clés, cette fois en Angleterre et au Pays de Galles (Royaume-Uni)¹³, constate, avec la méthodologie de la surmortalité ventilée par profession, que les travailleurs «essentiels» étaient exposés à un risque de décès dû au COVID-19 beaucoup plus élevé que les travailleurs «non essentiels» (voir le tableau 2.3)¹⁴. Si les travailleurs non-clés en Angleterre et au Pays de Galles ont effectivement été protégés de la pandémie – probablement parce que les mesures de confinement étaient plus strictes que dans la majeure partie des États-Unis –, elle a été très dangereuse pour les travailleurs clés, en particulier ceux du secteur de la santé. La plupart des dangers sont apparus au cours des premiers mois de la pandémie, lorsque les gens ne savaient pas encore ce qui était efficace et ce qui ne l'était pas pour se protéger du COVID-19 dans le cadre de leur travail. À partir de septembre 2020, la surmortalité a diminué et, en décembre, elle était inférieure aux niveaux enregistrés au cours des cinq années précédentes pour tous les travailleurs clés.

Une autre étude utilisant les mêmes données appariées pour l'Angleterre s'est servie des modèles de risques proportionnels pour étudier les ratios de risques des travailleurs clés et non-clés au cours de la première année de la pandémie¹⁵. Elle a constaté que les ratios allaient de 1,45 à 1,22 pour les hommes, et de 1,16 à 1,06 pour les femmes¹⁶. Les chauffeurs de taxi et autres, le personnel d'appui, les conducteurs d'autobus et d'autocars, les travailleurs de l'assainissement, les travailleurs sociaux et les conducteurs de camionnettes sont les professions ayant enregistré le plus de décès chez les hommes comme chez les femmes. En outre, les taux de risque pour les hommes et les femmes étaient similaires dans les différentes professions, ce qui semble indiquer que l'écart dans les taux de mortalité globaux entre les travailleurs et les travailleuses s'explique davantage par les différences dues à la profession que par les différences biologiques de vulnérabilité à la maladie (bien que celles-ci existent indubitablement)¹⁷.

Tant aux États-Unis qu'en Angleterre, le personnel de santé, qui était continuellement et massivement exposé au virus, a souffert d'une surmortalité plus faible que les travailleurs des transports, dont l'exposition était importante mais moindre. Ce constat apparemment contre-intuitif peut s'expliquer par les mesures de sécurité et de santé sur le lieu de travail: dans le secteur de la santé, il était plus probable que des protocoles de sécurité et de santé soient mis en place et appliqués, et les travailleurs étaient mieux informés des risques. Les travailleurs de la santé ont été parmi les premiers à recevoir des équipements de protection et ont généralement plus de chances d'avoir accès à des congés de maladie rémunérés et à des soins médicaux. Les travailleurs du secteur des transports sont en revanche souvent des travailleurs indépendants ou employés par de petites entreprises dans lesquelles les protocoles de sécurité relèvent davantage de la responsabilité personnelle que de la politique de l'entreprise. Souvent, ils ne savaient pas comment se protéger, ne disposaient d'équipements de protection qu'après un certain délai, n'avaient qu'un accès limité aux congés de maladie payés en raison de leur statut de travailleur indépendant et, aux États-Unis,

Un nombre restreint mais croissant de données probantes montre que la syndicalisation a protégé les travailleurs pendant la pandémie.

étaient moins susceptibles de bénéficier d'une assurance-maladie. La conclusion générale est que, si les travailleurs clés peuvent occuper des emplois intrinsèquement plus dangereux, les procédures de prévention, les équipements de protection et l'accès à la protection du travail et à la protection sociale peuvent contribuer à les maintenir (relativement) en sécurité, même dans des circonstances défavorables.

En France, une enquête sur le COVID-19 réalisée en janvier 2021 a constaté que, si 18 pour cent de l'ensemble des salariés avaient à un moment donné contracté le COVID-19 ou avaient présenté des symptômes évidents, les pourcentages étaient plus élevés pour les travailleurs du secteur des transports (29 pour cent), le personnel infirmier et les sages-femmes (29 pour cent), les aides-soignants (28 pour cent) et les policiers et pompiers (28 pour cent)¹⁸. Ces résultats corroborent en grande partie les données des États-Unis et de l'Angleterre concernant les professions les plus touchées, bien que les écarts entre professions en France en matière de contamination semblent être de moindre ampleur que les différences de mortalité aux États-Unis, ce qui s'explique peut-être par l'accès universel à la santé et aux congés de maladie.

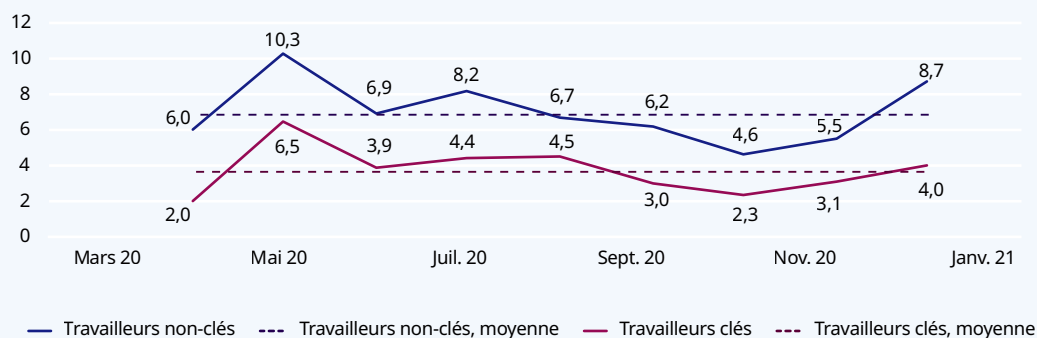
D'autres études sur la maladie due au COVID-19 font également état d'écarts importants entre les professions. En Espagne¹⁹, les congés de maladie en mars 2020 dépassaient la période de référence dans toutes les professions, notamment dans le secteur de la

santé, mais c'est chez les travailleurs de la construction qu'ils étaient les plus nombreux. Au Qatar²⁰, les travailleurs de la construction et du commerce de détail affichaient des taux supérieurs de tests positifs au COVID-19. On s'attend à ce que le commerce de détail présente un risque plus élevé, puisqu'il implique un contact avec les clients, mais ce résultat s'explique moins bien pour le secteur de la construction. Les auteurs de l'étude désignent les logements surpeuplés des travailleurs migrants de la construction comme la cause probable, soulignant une fois de plus que, souvent, ce ne sont pas les caractéristiques intrinsèques de la profession qui entraînent en elles-mêmes une mortalité plus élevée, mais les mesures et les procédures adoptées ou non pour garantir la sécurité des travailleurs.

Un dernier résultat qui mérite d'être mentionné est qu'il existe un nombre restreint mais croissant de données probantes qui montrent que la syndicalisation a protégé les travailleurs – tous les travailleurs, et pas seulement les travailleurs clés – pendant la pandémie²¹. Aux États-Unis, les lieux de travail syndiqués étaient plus susceptibles de se préoccuper des risques environnementaux²² et d'être visités par des inspecteurs de l'hygiène²³. En outre, les travailleurs syndiqués avaient plus de chances de bénéficier d'une assurance-maladie et de congés de maladie rémunérés²⁴. Il n'est donc pas surprenant qu'une forte densité syndicale ait ralenti la propagation de la pandémie²⁵ et que les travailleurs syndiqués aient couru moins de risques de mourir du COVID-19 que les travailleurs non syndiqués²⁶. Bien que les études portent sur les États-Unis, il est logique que ces résultats soient également valables dans d'autres pays.

Les études susmentionnées ont toutes porté sur des pays à revenu élevé. La figure 2.3 montre que, contrairement à ce qui s'est passé aux États-Unis, en Angleterre et au Pays de Galles, la surmortalité au Brésil était plus faible pour

▶ **Figure 2.3. Surmortalité des travailleurs clés et non-clés, Brésil, 2020 (pour 100 000 travailleurs)**



Note: Dans le cas du Brésil, les trois années précédentes (2017, 2018, 2019) constituent la base de référence, ce qui est bien mieux que celle utilisée pour les États-Unis (les deux premiers mois de 2020).

Source: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) et Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar Continua (PNADC), microdonnées.

► **Tableau 2.4. Évolution du nombre de décès entre 2019 et 2020 pour les travailleurs âgés de 30 à 60 ans, Brésil et Colombie, certaines catégories (pourcentage)**

Brésil		Colombie	
Catégorie de travailleurs	Δ décès	Catégorie de travailleurs	Δ décès
Employés des pompes funèbres	35,8	Travailleurs des postes	62,0
Travailleurs des postes	34,8	Police et pompiers	60,4
Infirmiers et autres travailleurs hospitaliers	30,1	Conducteurs	47,3
Conducteurs	27,2	Infirmiers et autres travailleurs hospitaliers	40,7
Police et pompiers	27,0	Sécurité privée	32,1
Autres travailleurs	20,0	Vendeurs ambulants	31,2
Agents de nettoyage public	19,6	Autres travailleurs	26,9
Vendeurs ambulants	15,2	Agents de nettoyage public	13,3
Travailleurs agricoles	7,5	Travailleurs agricoles	12,9

Note: Les travailleurs agricoles sont en gras, contrairement aux professions dans lesquelles il y a eu moins de 300 décès en 2019. Les données proviennent des systèmes de statistiques de l'état civil, qui constituent un recensement, de sorte qu'il n'y a pas d'erreur d'échantillonnage. Néanmoins, les professions étroitement définies qui comptent relativement peu de décès sont moins soumises à la loi des grands nombres, mais elles présentent pourtant des variations importantes d'une année à l'autre. Il convient également de noter qu'il ne s'agit que de quelques professions sélectionnées et qu'elles ne représentent pas l'ensemble des travailleurs occupés.

Source: Systèmes de statistiques de l'état civil du Brésil et de la Colombie. Microdonnées.

les travailleurs clés que pour les travailleurs non-clés. L'écart n'est pas énorme, puisqu'il se situe en général entre trois et quatre décès pour 100 000 travailleurs, mais il est en contradiction avec les résultats dans les pays à revenu élevé.

En fait, les travailleurs clés des pays à revenu intermédiaire et faible ne sont pas les mêmes que ceux des pays à revenu élevé en raison de la plus grande proportion de travailleurs dans l'agriculture et de l'incidence plus élevée de l'informalité, où l'application des mesures de SST est plutôt déficiente, voire inexistante.

Les travailleurs agricoles ont été relativement protégés contre le COVID-19 en raison des distances liées à la faible densité de population dans les zones rurales. Le tableau 2.4 montre la variation du nombre de décès entre 2019 et 2020 pour certaines professions clés au Brésil et en Colombie, dont les travailleurs agricoles. En raison des différentes classifications des professions dans les enquêtes sur la main-d'œuvre et les statistiques de l'état civil, il n'est pas possible de calculer les variations de la mortalité, mais seulement celles du nombre de décès. Il est donc impossible de distinguer l'évolution des décès due au nombre de travailleurs dans chaque profession de celle du taux de mortalité de chaque profession. Néanmoins, étant donné l'ampleur de la variation du nombre de décès, il est probable que les résultats soient en grande partie imputables à des évolutions sous-jacentes de la mortalité.

Les données montrent que, tant au Brésil qu'en Colombie, les professions agricoles sont celles où le nombre de décès a le moins augmenté. Pour les professions non agricoles, les variations du nombre de décès concordent avec celles de la mortalité issues des études sur la France et les États-Unis, ainsi que sur l'Angleterre. Les conducteurs et le personnel infirmier figurent parmi les professions les plus dangereuses. Les travailleurs des postes et, au Brésil, les employés des pompes funèbres, malgré leur petit nombre, ont enregistré la plus forte augmentation du nombre de décès.

Le tableau 2.5 montre l'évolution du nombre de décès au Mexique et au Costa Rica entre 2019 et 2020. Contrairement au tableau 2.4, il présente les décès par grandes catégories qui, en principe, représentent tous les travailleurs. Les catégories ne sont pas les mêmes au Costa Rica et au Mexique mais, dans les deux cas, elles prennent en compte l'ensemble de la population active, ventilée en catégories professionnelles à un chiffre.

Alors que, au Costa Rica, les travailleurs agricoles figurent dans la moitié supérieure des professions ayant enregistré la plus forte augmentation du nombre total de décès, au Mexique, l'agriculture est la catégorie dans laquelle la hausse a été la plus faible. La forte mortalité agricole au Costa Rica peut s'expliquer par le grand nombre²⁷ de travailleurs migrants temporaires (56 pour cent des travailleurs du café étaient des travailleurs nicaraguayens temporaires)²⁸, ce

► **Tableau 2.5. Évolution du nombre de décès entre 2019 et 2020 pour les travailleurs âgés de 30 à 60 ans, par grande catégorie professionnelle, Costa Rica et Mexique (pourcentage)**

Costa Rica		Mexique	
Catégorie professionnelle	Δ décès	Catégorie professionnelle	Δ décès
Directeurs, cadres de direction et gérants	25,0	Directeurs, cadres de direction et gérants	116,6
Appui administratif	17,4	Professions intellectuelles et techniques	96,2
Travailleurs agricoles	16,2	Conducteurs de machines	95,5
Chômeurs	15,5	Personnel auxiliaire et administratif	95,4
Scientifique et intellectuel	7,3	Commerce	85,0
Professions intermédiaires	4,1	Services aux particuliers	79,1
Commerce et services	4,0	Artisans	45,0
Conducteurs de machines	3,9	Professions élémentaires	26,4
Aides à domicile	0,8	Travailleurs agricoles	16,2
Professions élémentaires	-2,1	Tous les travailleurs	63,2
Artisans	-10,5		
Tous les travailleurs	3,1		

Source: Systèmes de statistiques de l'état civil du Costa Rica et du Mexique. Microdonnées.

qui évoque la situation en Californie²⁹. L'agriculture mexicaine compte également des travailleurs migrants, mais leur proportion est moindre: moins de 10 pour cent de tous les travailleurs agricoles, contre plus de la moitié au Costa Rica et la grande majorité en Californie.

Il convient de noter que les travailleurs agricoles et ceux des systèmes alimentaires ne sont pas les mêmes. Si les travailleurs agricoles sont des travailleurs des systèmes alimentaires, cette dernière catégorie comprend également des travailleurs industriels, comme ceux qui conditionnent la viande, dont la mortalité pendant la pandémie était très élevée, tant dans les pays à revenu élevé³⁰ que dans les pays à revenu intermédiaire³¹. Il convient également de noter l'écart entre les résultats obtenus pour le Brésil, la Colombie et le Mexique et ceux obtenus pour les travailleurs de l'agriculture et de l'alimentation en Californie et, dans une moindre mesure, au Costa Rica. La raison en est probablement que, tandis que l'emploi agricole en Californie est dominé par de grandes exploitations ayant recours à des travailleurs migrants³², au Brésil, en Colombie et au Mexique, la plupart des emplois agricoles se situent dans de petites exploitations, et même les grandes exploitations peuvent faire appel à la main-d'œuvre disponible localement. Enfin, l'emploi agricole est beaucoup moins important dans les pays à revenu élevé. À peine 3 pour cent de la main-d'œuvre totale est employée dans l'agriculture dans les pays à revenu élevé, alors que cette part atteint 29 pour cent dans les pays à revenu intermédiaire, et grimpe à 59 pour cent³³ dans les pays à faible revenu.

La conclusion est que la combinaison d'une part plus importante de l'agriculture dans l'emploi des pays à revenu intermédiaire et d'une mortalité relative due au COVID-19 plus faible de ces travailleurs a fait baisser le taux de mortalité global des travailleurs clés dans ces pays. Néanmoins, même dans les pays comptant beaucoup de travailleurs agricoles et une faible mortalité agricole, de nombreuses autres professions clés ont été durement touchées, comme

► **Tableau 2.6. Surmortalité mensuelle pour 1 000 travailleurs formels, Brésil, 2020**

Catégorie	Surmortalité	Catégorie	Surmortalité
Conducteur de camionnettes	2,94	Pompiste	0,42
Conducteur de camion	2,77	Technicien de maintenance	0,42
Conducteur d'autobus	2,26	Autres travailleurs des entrepôts	0,39
Conducteur d'autobus inter-États	1,85	Superviseur administratif	0,39
Agent de sécurité de nuit	1,05	Ouvrier de chaîne de montage	0,38
Conducteur de motocycles	1,03	Gardien	0,38
Porteur	1,02	Agent d'entretien	0,36
Magasinier	0,73	Cuisinier	0,34
Technicien infirmier	0,66	Gérant	0,29
Emballeur de viande	0,58	Technicien de maintenance des bâtiments	0,25
Emballeur à la main	0,42	Mécanicien automobile	0,24

Note: Les professions correspondent à la *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), qui est largement basée sur la CITP.

Source: Pereira Galindo, Pereira Silva et Pedreira Júnior, 2022.

les travailleurs des transports et de la sécurité. Nombre d'entre eux étaient des travailleurs informels et avaient probablement moins accès aux protections en matière de SST.

En effet, l'analyse de l'emploi formel du secteur privé au Brésil, à partir des données d'un registre du travail qui enregistre les décès³⁴, révèle des taux de mortalité par profession similaires à ceux des pays à revenu élevé³⁵. Le tableau 2.6 présente les 22 professions par code de profession à trois chiffres (sur 196) les plus dangereuses en 2020. Comme attendu, les conducteurs dominent en termes de surmortalité. Les médecins ne figurent pas parmi les 22 professions, alors que le personnel infirmier occupe la neuvième place. Les policiers et les pompiers ne sont pas pris en compte dans les chiffres, car ils sont employés sous un statut juridique différent qui n'est pas inclus dans cette base de données, mais la profession d'agent de sécurité de nuit reste l'une des plus dangereuses.

Quelles conclusions peut-on tirer de ces résultats? La plus importante est claire: les politiques sont cruciales et peuvent sauver des vies. Aux États-Unis, en France et en Angleterre, les travailleurs de la santé, malgré leur exposition intense au virus, étaient relativement mieux protégés que les travailleurs du secteur des transports. Les travailleurs syndiqués étaient mieux protégés que les non-syndiqués. Au Brésil, les professions les plus dangereuses étaient les mêmes que dans les pays à revenu élevé, mais la mortalité globale des travailleurs clés était plus faible en raison de l'inclusion des travailleurs agricoles. Partout, les conducteurs, les agents de sécurité et le personnel infirmier ont affiché les taux de mortalité due au COVID-19 les plus élevés.

Ces résultats soulignent l'importance de la politique: les travailleurs des lieux de travail où des procédures adéquates ont été mises en place, qui ont eu accès à des équipements de protection et qui ont eu droit à des congés de maladie et à un traitement médical ont été mieux protégés, en termes relatifs, des décès dus au COVID-19. Ces procédures peuvent être mises en place par le biais de la formalité, d'un taux de syndicalisation plus élevé ou même de connaissances professionnelles (spécialistes de la santé), mais, quelle que soit la manière dont elles sont introduites sur le lieu de travail, elles sauvent des vies.

La même logique doit s'appliquer à d'autres aspects de la SST. Les travailleurs clés sont-ils parfois exposés à des risques inhérents à leur travail? Oui, mais ces risques peuvent être atténués, voire totalement éliminés, grâce à des politiques efficaces en matière de SST.

2.2. Les contraintes de travailler pendant la pandémie

Les travailleurs clés pendant la pandémie de COVID-19 ont subi une série de fortes contraintes, qui ont toutes eu des conséquences sur leur santé et leur bien-être. Elles allaient du risque physique de tomber malade à cause du virus (comme nous l'avons vu plus haut) et de la crainte de le transmettre aux membres de sa famille à l'augmentation de l'intensité du travail en raison de l'obligation d'intégrer des protocoles de sécurité et de santé et d'autres nouvelles tâches dans son travail quotidien, en passant par un environnement social difficile en raison des clients indisciplinés et de l'impossibilité d'interagir avec les collègues, ainsi que par la peur d'une perte de revenus. Mais l'expérience a pu aussi être parfois motivante, et accroître l'implication de certains travailleurs et les récompenses pour leur travail, en particulier lorsqu'ils bénéficiaient d'un fort soutien social, managérial et communautaire, ainsi que de la reconnaissance de leur contribution à la société.

L'analyse présentée dans cette section s'inspire de la littérature sur le stress au travail telle qu'elle a été développée à l'origine par Karasek dans son modèle sur le contrôle de la demande, puis affinée et élargie par le modèle du déséquilibre effort-récompense de Siegrist et le cadre demandes-ressources de travail de Bakker et Demerouti³⁶. La littérature reconnaît l'interaction entre les exigences imposées au travailleur et les ressources dont il dispose pour y répondre ou les atténuer, de même que leur incidence sur la santé mentale et la qualité globale de l'emploi. Les ressources renvoient aux aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels d'un travail qui permettent d'atteindre les objectifs professionnels, de réduire les demandes de travail ou de stimuler l'épanouissement, l'apprentissage et le développement personnels. Bien qu'un travail excessivement exigeant puisse accroître le risque de mauvaise santé, notamment le risque de maladie cardiovasculaire, de troubles musculosquelettiques et de dépression³⁷, si un travailleur ayant un travail exigeant dispose d'une latitude décisionnelle et d'un environnement de travail positif, les risques peuvent être atténués. En revanche, si des exigences professionnelles élevées sont associées à une latitude décisionnelle limitée et à un soutien insuffisant au travail, les risques sont accrus. Quel que soit le modèle de stress au travail, le principe directeur est d'évaluer l'équilibre entre les demandes et les ressources sur le lieu de travail.

Les modalités d'emploi d'un travailleur sont un facteur déterminant des demandes et des ressources dont il dispose. Un travailleur employé formellement et bénéficiant de la sécurité de l'emploi et d'un syndicat représentant ses intérêts dispose de davantage de ressources pour limiter les demandes ou adapter son travail pour y répondre qu'un travailleur employé de manière informelle, sans sécurité de l'emploi ni représentation syndicale. On sait que le soutien de sa direction et de ses collègues est une ressource précieuse pour le travailleur et qu'il est essentiel pour son bien-être et sa satisfaction au travail. Il y a bien sûr des exceptions mais, en général, la relation contractuelle, ainsi que les droits et les avantages qu'elle confère, ont une influence sur les possibilités qu'ont les travailleurs d'atténuer le stress au travail. Les travailleurs à leur propre compte sont également confrontés au stress au travail et, bien que l'autonomie et la flexibilité liées au fait d'être son propre patron constituent une ressource importante, elles peuvent néanmoins

être mises à l'épreuve par la pression liée à la nécessité de tirer un revenu suffisant de son travail, par les risques physiques du travail et par l'absence générale de soutien collectif. Le travail informel aggrave les risques, tout en limitant les ressources potentielles.

Une autre source importante de soutien – et de tension potentielle – est la famille ou le ménage. Bien que les ressources personnelles ne soient pas explicitement intégrées dans le cadre demandes-ressources de travail, puisqu'il se concentre sur le milieu de travail, il est reconnu néanmoins que les ressources (ou les exigences) personnelles font office de



médiateur ou d'antécédents dans les demandes et ressources de travail³⁸. Les travailleurs font partie d'un ménage, et être un travailleur clé pendant la pandémie de COVID-19 a eu des implications pour les familles, ce qui a pu avoir des conséquences sur la résilience intérieure des travailleurs. En raison des changements au niveau des ménages dus à la fermeture des écoles, des garderies et à d'autres restrictions, de nombreuses personnes à charge sont restées à la maison et ont eu besoin que l'on s'occupe d'elles, ce qui a accru les pressions exercées sur les travailleurs clés, en particulier les femmes, en matière de soins non rémunérés³⁹. Pour les travailleurs migrants et les gens de mer, la distance géographique entre le lieu de travail et le domicile a probablement augmenté les demandes et réduit les ressources⁴⁰. Les restrictions de voyage liées à la pandémie ont prolongé la séparation familiale. En outre, la vie en dortoir, fréquente chez les travailleurs migrants, a été une source importante de maladie et de foyers de contagion signalés, et a augmenté la pression psychologique en raison des restrictions de mouvement. Les taux élevés de perte d'emploi et de migration de retour ont constitué une pression supplémentaire pour de nombreux ménages, même pour ceux dont certains membres continuaient à travailler comme travailleurs clés.

Cette section et la section 2.3 s'appuient sur des travaux de recherche qualitative menés à la demande du BIT ainsi que sur des sources secondaires afin de brosser un tableau de l'expérience vécue par les travailleurs et les chefs d'entreprise clés pendant la pandémie. Les plus de 500 personnes interrogées en Afrique du Sud, en Argentine, au Canada, au Ghana, en Inde, au Kenya, en Malaisie, au Mexique, au Pérou, aux Philippines, en République de Corée et en Türkiye fournissent toutes des services clés (voir l'annexe pour plus de détails). L'objectif de l'analyse qualitative qui suit n'est pas d'énumérer la fréquence, mais plutôt de donner un aperçu de l'expérience vécue par les travailleurs clés pendant la pandémie en leur permettant d'expliquer les différentes demandes qui leur ont été faites, ainsi que les ressources dont ils disposaient. Chaque section commence par une explication de la pertinence du sujet au regard de la qualité de l'emploi, à la lumière de la pandémie de COVID-19. Le cas échéant, l'analyse s'appuie sur d'autres sources de données, tant primaires que secondaires. Si des expériences et des thèmes communs se dégagent, il existe des différences importantes en fonction de la profession et du secteur, du statut dans l'emploi et des modalités contractuelles, de la citoyenneté et du statut de résident, ainsi que du pays dans lequel l'individu travaille, notamment son système de relations professionnelles.

Environnement physique: risque de maladie

La source de stress la plus évidente pour les travailleurs clés pendant la pandémie tenait au risque physique élevé d'exposition au COVID-19 et de maladie, comme indiqué à la section 2.1. Les travailleurs étaient conscients de ce risque, tant pour eux-mêmes que pour leur famille. À quelques exceptions près, les participants à l'étude ont exprimé leur peur de contracter le virus en se rendant au travail, en raison de leurs interactions avec les patients, les clients et les collègues, mais aussi lors de leurs déplacements entre leur domicile et leur lieu de travail.

C'est au début de la pandémie que la peur était la plus forte, lorsque le virus était source de beaucoup d'incertitudes – ses modes de transmission, sa gravité ou les mesures à mettre en place. Román, caissier dans un supermarché en Argentine, a expliqué que travailler pendant la pandémie était *«horrible, horrible dès le premier instant»*: *«Je voyais qu'on ne savait rien du virus. Et ce n'est pas qu'on allait travailler, on était obligé d'aller travailler, c'était fou. Il fallait aller travailler dans les premiers temps où on ne savait rien et on ne savait pas comment on pouvait se contaminer ni comment il fallait se protéger»*.

Mais, même avec le temps, les travailleurs restaient préoccupés, en particulier ceux qui étaient en contact permanent avec le public. Comme l'a expliqué un postier de la République de Corée: *«Notre bureau de poste compte à lui seul 120 employés. Dans certaines succursales, ils sont encore plus nombreux. Lorsqu'une personne est en service à l'extérieur, elle est en contact avec plus de 50 étrangers. En ce sens nous pouvons devenir des super propagateurs»*. D'autres s'inquiétaient des conséquences de la maladie sur le lieu de travail, comme cet agent d'entretien dans un hôpital de la République de Corée: *«La chose la plus épuisante mentalement pendant cette pandémie est le stress de savoir que si nous sommes infectés c'est tout l'hôpital qui est en danger»*.

Au Ghana et au Kenya, le personnel hospitalier a expliqué que le manque de ressources adéquates dans son hôpital pour se faire dépister augmentait les risques. Eli, aide-soignant au Ghana, a expliqué: *«Nous étions prudents lorsque nous nous approchions des patients dans le service, car nous ne savions pas qui avait le COVID-19 et qui ne l'avait pas. Si quelqu'un tousse dans le service, il y a des tensions, personne ne veut rester dans les parages»*.

D'autres ont exprimé leur frustration face aux risques qu'ils prenaient pour un maigre salaire, comme l'a raconté cette nounou en Argentine: *«Je me déplaçais en transports publics. Pour moi, c'était le pire. Devoir risquer ma vie pour m'occuper d'un enfant qui n'est pas le mien, et tout ça pour quelques pesos»*.

Néanmoins, le devoir de continuer à travailler motivait nombre d'entre eux, les aidant à braver le risque. Carlos, infirmier en Argentine, a expliqué:

À un moment donné, je me souviens que j'ai commencé à douter: "Et si je l'attrape?" J'avais peur de contaminer les autres, ma famille. J'ai commencé à ressentir cette peur et j'étais sur la défensive, comme si je me sentais mal d'être de garde à ce moment-là. Je me souviens encore de ma collègue qui m'a dit: "C'est pour cela que nous avons étudié, c'est pour cela que nous avons choisi cette carrière; en fait, nous sommes ici parce que nous aimons aider les gens. Ces gens ont besoin de nous et c'est pour cela que nous sommes ici". Maintenant, c'était notre tour. Nous devons être présents. Je n'ai pas oublié parce que c'est ce qui m'a donné la force de continuer à ce moment-là.

De nombreux travailleurs clés interrogés sont tombés malades ou ont eu des collègues qui sont tombés malades, voire sont décédés. Les données sur la surmortalité présentées à la section 2.1 montrent que ce sont les travailleurs du secteur des transports qui ont enregistré les taux de décès les plus élevés. Bien que les entretiens n'aient pas été menés pour mesurer l'incidence, mais plutôt pour comprendre l'expérience des travailleurs clés durant la pandémie, les entretiens avec les travailleurs des transports en Argentine attestent du niveau élevé d'infection parmi eux: une employée du métro a raconté comment 15 de ses collègues étaient morts du COVID-19, ce qui l'avait incitée, ainsi que ses collègues, à insister sur l'accès prioritaire aux vaccins; de même, un chauffeur de bus a raconté que 3 de ses collègues étaient morts, ce qu'il a attribué à l'insuffisance des mesures prises pour contrôler les risques associés à la pandémie⁴¹.

L'infection était également très répandue dans la communauté des migrants. En Malaisie, des entretiens avec des travailleurs migrants ont révélé que presque tous les travailleurs et leurs «colocataires» avaient contracté le COVID-19 – très probablement à cause des appartements ou dortoirs surpeuplés où ils dormaient à tour de rôle dans les mêmes lits. Un agent de sécurité népalais travaillant en Malaisie a raconté comment il avait contracté le virus et que 16 de ses 20 colocataires avaient été testés positifs⁴². Parmi les travailleurs agricoles migrants au Canada, le risque de propagation du virus entre collègues était aggravé par la pratique consistant à travailler dans plusieurs exploitations⁴³.

Sécurité et santé: mise en place de mesures de protection, notamment la fourniture d'équipements de protection individuelle

L'une des principales préoccupations des travailleurs clés a été la mise en place correcte et suffisante des mesures de sécurité et de santé sur le lieu de travail, notamment en ce qui concerne la ventilation, les barrières physiques, la distanciation sociale, le nettoyage et la désinfection, le dépistage ainsi que la fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI). Les entretiens montrent un éventail de réponses au sujet de la mise en œuvre et de la rigueur des protocoles de SST. D'une manière générale, on observe une adhésion plus stricte aux protocoles dans les grandes organisations formelles, en particulier dans le secteur de la santé, où les risques biologiques sont constants et où les patients atteints du COVID-19 étaient traités, mais aussi dans d'autres secteurs, tels que l'aviation, l'exploitation minière et les ports, où les normes de sécurité et de santé sont légalement plus rigoureuses. Un travailleur portuaire au Pérou a dit que son entreprise effectuait «des tests périodiques et qu'elle renouvelait chaque jour les masques et le gel hydroalcoolique. Elle se préoccupe du travailleur». De même, une hôtesse de l'air kényane a expliqué que:

L'équipe médicale de la compagnie était toujours disponible avant chaque vol pour fournir des informations sur la manière de traiter les cas liés au COVID-19 à bord. Le service en vol a été réduit au minimum afin de limiter les interactions entre l'équipage et les passagers. La compagnie a également supprimé le service en vol sur les vols intérieurs, estimant qu'il n'était pas obligatoire de soumettre les passagers des vols intérieurs à un test de dépistage avant leur voyage [...]. Il était prévu que les équipages travaillent par rotation et que les membres d'une équipe effectuent les mêmes vols ensemble.

Toutefois, il existe des écarts entre les pays même dans les secteurs avec des normes élevées de SST. Dans certains pays en développement, le personnel soignant d'hôpital n'a pas reçu suffisamment d'EPI, ce qui reflète les difficultés rencontrées au niveau national (et mondial) en matière d'approvisionnement, en particulier au début de la pandémie. Au Mexique, mais aussi au Ghana, en Inde et au Pérou, les travailleurs ont fait état d'une fourniture insuffisante d'EPI, comme cette infirmière dans un hôpital public au Mexique:

[...] Au début, ils ne voulaient donner qu'un seul équipement, alors comment pouvaient-ils s'attendre à ce qu'on travaille huit heures par jour avec un seul équipement de protection? Alors on ne mangeait pas, on ne buvait pas d'eau, on n'allait pas aux toilettes? Ils disaient littéralement qu'on n'avait droit, au début, qu'à un équipement.

De fortes disparités entre les travailleurs ont également été observées au sein des établissements de santé – médecins, infirmiers, aides-soignants, agents d'entretien –, reflétant probablement leur statut dans l'organisation et le risque perçu d'exposition. Des agents d'entretien dans les hôpitaux en République de Corée ont déclaré avoir dû acheter des masques à leurs frais, car ils n'étaient pas fournis en quantités suffisantes, ce qui était une source d'inquiétude, en particulier pour ceux qui nettoyaient les salles où se trouvaient les patients atteints du COVID-19⁴⁴. Le personnel soignant travaillant en dehors des institutions, comme les agents de santé communautaires au Ghana et en Inde, a également fait état d'une fourniture insuffisante d'EPI. Bright, un employé de morgue au Ghana, s'est plaint d'avoir dû travailler régulièrement avec une protection insuffisante:

Nous avons grand besoin d'EPI mais, chez nous, nous ne portons que des tabliers et des gants pour travailler. Ce n'est pas bien. Nous sommes très exposés ici et, en cas d'épidémie, nous serons tous touchés. Dans d'autres pays, le personnel des morgues porte des EPI de la tête aux pieds. Leur peau est ainsi protégée, car l'eau utilisée pour nettoyer les corps ne s'infiltré pas à travers l'EPI. Ce n'est pas le cas ici. Parfois, nous entrons dans la chambre froide sans porter d'EPI⁴⁵.

Pour les travailleurs agricoles migrants vivant dans des dortoirs au Canada, les maisons surpeuplées avec des chambres, des salles de bains et des cuisines communes rendent la distanciation difficile. Un seul des 30 travailleurs interrogés a déclaré que son employeur avait loué des logements supplémentaires pour répartir les travailleurs et réduire ainsi la surpopulation. Et si, dans deux cas, il était prévu que moins de travailleurs que d'habitude partagent un logement pendant la pandémie, cela n'était pas courant. Selon les entretiens, la principale stratégie utilisée pour contenir la propagation du virus pendant la pandémie a été de garder les travailleurs confinés dans leur maison⁴⁶. Pourtant, malgré la mise en quarantaine de leur personnel, la pratique consistant à embaucher des travailleurs sans papiers supplémentaires, qui se déplaçaient souvent d'une exploitation à l'autre, est restée courante. Inquiets de la propagation potentielle du virus par les travailleurs agricoles itinérants, Ricardo et ses collègues, employés dans une serre à Leamington, en Ontario, ont contacté le propriétaire de l'exploitation. Comme il l'a expliqué:

Nous avons eu l'occasion de parler aux propriétaires de l'exploitation. Nous leur avons dit que, s'ils nous imposaient des restrictions, ils devaient eux aussi s'assurer qu'ils n'embauchaient pas de travailleurs [sans papiers] auprès de sous-traitants. Nous respectons les règles de l'entreprise, mais les travailleurs envoyés par des sous-traitants sont libres d'aller où ils veulent après le travail. Nous avons dit que ce n'était pas juste. Ils pouvaient aller où ils voulaient alors que nous étions prudents, et ces personnes pouvaient alors revenir nous infecter. Nous n'avons donc pas trouvé cela juste.

Soucieux de leur sécurité, de nombreux travailleurs clés ont mis en place leurs propres mesures ou, pour ceux qui étaient syndiqués, ont fait appel à leur syndicat pour exiger une meilleure protection. Un postier au Mexique a raconté

comment lui et ses collègues ont pris l'initiative de modifier leur lieu de travail, y compris leurs horaires, afin d'assurer la sécurité de leur environnement de travail:

Nous avons fait des changements nous-mêmes [...] nous avons changé [...] en deux équipes, pour que nous ne nous retrouvions pas tous ensemble... [Question: Était-ce une directive de l'entreprise ou à votre initiative?] C'est nous qui l'avons fait, et il fallait aussi que les patrons soient d'accord.

Dans une usine alimentaire en Argentine, les travailleurs en sous-traitance ne bénéficiaient pas des mêmes mesures de sécurité et de santé que les autres, en vertu d'une politique de «première» et de «seconde» prise en charge en fonction des modalités contractuelles. Dans le cadre de cette politique, l'entreprise ne garantissait pas les services de transport pour les travailleurs en sous-traitance. Les travailleurs du nettoyage et de l'entretien en sous-traitance ont pu s'organiser pour exiger que l'entreprise leur fournisse également ces services. Avec l'aide du syndicat et après plusieurs réunions avec la direction, ils ont pu obtenir le même droit que les autres travailleurs⁴⁷. En général, dans les études de cas, la présence de syndicats, en particulier de comités syndicaux internes, a été une ressource importante pour obtenir davantage de protections que celles proposées par les entreprises.

Aux Philippines, en l'absence de réglementation officielle régissant les soins à domicile, les mesures prises pour garantir la sécurité et la santé dépendaient de la famille du patient, ainsi que des directives minimales en matière de santé que les soignants ont reçues au cours de leur formation. En règle générale, les aides-soignants prennent une douche et enfilent leur uniforme avant de s'occuper de leurs patients, et ils portent un masque sur leur lieu de travail. Josie, aide-soignante à domicile auprès de patients âgés et atteints de maladies chroniques, a expliqué qu'un employeur lui avait imposé un test antigénique mensuel de dépistage du COVID-19, aux frais de l'employeur, tandis que son employeur suivant exigeait qu'elle obtienne un résultat négatif à un test PCR, mais à ses propres frais. La distanciation sociale pour les soins à domicile n'était pas facile à respecter, mais les ménages limitaient généralement la présence de personnes extérieures et utilisaient des plateformes en ligne pour communiquer avec les médecins des patients⁴⁸.

Les travailleurs informels à leur propre compte ont indiqué avoir appris ce qu'il fallait faire par le biais des chaînes publiques. Comme l'a expliqué Akosua, vendeuse ambulante au Ghana: «*Nous avons reçu une éducation publique à la télévision et à la radio. Certains de nos clients nous mettaient aussi en garde chaque fois qu'ils venaient au marché pour nous acheter quelque chose*». De même, Linda, une commerçante, a fait remarquer: «*Personne n'est venu officiellement dans mon magasin pour m'informer, mais je l'ai appris grâce aux informations diffusées à la télévision et à la radio*». John, propriétaire d'une entreprise de livraison, a appris les précautions à prendre grâce à sa fille, à qui on avait appris ce qu'il fallait faire à l'école⁴⁹.

Séparation de la famille et isolement social

Une autre mesure prise par les employeurs – et parfois par les travailleurs de leur propre initiative – imposait de résider à l'écart des membres de la famille pour éviter la propagation du virus. Si cette séparation atténuait le risque de contaminer les membres de sa famille, elle privait néanmoins les travailleurs d'une ressource importante de soutien social pendant une période difficile. Pour certains d'entre eux, il était préférable d'être séparés plutôt que de risquer la contamination; d'autres n'avaient pas le choix et n'appréciaient donc pas cette mesure. Cependant, compte tenu de la nécessité financière de subvenir aux besoins de leur famille et de la quasi-impossibilité de trouver un autre emploi pendant la pandémie, ils n'ont eu d'autre choix que d'accepter la séparation.

Certains des travailleurs interrogés ont dit qu'ils avaient choisi de s'isoler de leur famille pour limiter les risques. Lucrecia, infirmière dans un hôpital public au Mexique, a expliqué qu'elle vivait normalement avec sa sœur et sa mère mais que, pendant plus d'un an au cours de la pandémie, elle a vécu séparément d'elles, avec une autre collègue qui s'isolait de sa famille. Comme elles travaillaient toutes les deux pendant de longues heures, les membres de leur famille leur apportaient de la nourriture qu'ils faisaient passer à travers le portail⁵⁰. Un infirmier de Türkiye a indiqué qu'il avait envoyé sa femme et ses enfants dans leur village d'origine pendant un mois et demi pour éviter la contamination. De même, le propriétaire d'un café turc a décidé «*une séparation complète pendant quarante-deux jours sans même voir ses enfants et sa famille, même s'il n'était pas malade [...]. Ils avaient même peur de rentrer à la maison*»⁵¹.

Dans d'autres cas, les travailleurs ont dû rester dans les locaux de l'entreprise ou dans des logements fournis par celle-ci. Dans le secteur minier au Pérou, des quarantaines obligatoires imposaient aux travailleurs d'être séparés de leur famille pendant plusieurs semaines pour éviter la contagion. Ce point a été vivement critiqué par plusieurs syndicats, étant donné le caractère arbitraire de l'établissement du calendrier, et la rétention des travailleurs a même été dénoncée comme illégale⁵². Aux Philippines, les sociétés de services d'externalisation des processus opérationnels n'ont été autorisées à poursuivre leurs activités que si elles fournissaient des logements temporaires appropriés à leurs salariés ou leur permettaient d'effectuer une transition vers le travail à distance. Certains membres du personnel hospitalier ont également été contraints de s'installer dans des logements temporaires. Ida, infirmière dans un hôpital privé des Philippines, a raconté comment elle et d'autres collègues avaient été obligés de rester dans des logements fournis par l'hôpital pendant près de six mois. Elle a dit avoir souffert d'être «*séparée de sa famille*» (deux frères et sœur, sa mère et sa grand-mère) et de la «*solitude*» pendant cette période⁵³.

Beaucoup de travailleurs domestiques ont été obligés de rester dans les locaux de leur employeur une fois les quarantaines imposées, devenant ainsi des employés de maison à demeure. Une travailleuse domestique interrogée au Pérou a ainsi déclaré: «*Cela m'a choquée, j'ai même pleuré*». Elle n'est pas retournée chez elle pendant quatre mois en raison des restrictions imposées par son employeur. Outre la séparation et l'isolement social qu'entraînait le passage au statut d'employé de maison à demeure, les heures de travail et son intensité ont également augmenté, car dans de nombreuses familles employeuses les parents et les enfants travaillaient à domicile⁵⁴.

Les travailleurs agricoles migrants étaient déjà séparés de leur famille, mais les mesures de quarantaine ont encore accru leur isolement social. Pratiquement tous les travailleurs interrogés à Windsor-Essex, au Canada, n'ont pas été autorisés à quitter l'exploitation pendant la pandémie de COVID-19, dans certains cas pendant un an et demi, et même après la levée de la plupart des restrictions par l'autorité sanitaire régionale. Dans une exploitation, chaque semaine, trois personnes de la maison des travailleurs étaient autorisées à acheter de la nourriture pour les autres. Dans certaines exploitations, les travailleurs n'étaient même pas du tout autorisés à sortir. Ils devaient remplir des listes de courses, leur nourriture était commandée pour eux par leur employeur et livrée à leur porte. Pourtant, de nombreux travailleurs acceptaient ces restrictions. Comme l'a dit Daniel, l'un d'entre eux: «*C'était comme si nous étions en prison, mais pour notre bien, non? Bon, nous n'avions pas le droit de sortir parce que, si nous sortions, nous mettions en danger l'entreprise et les autres collègues, et qui sait combien d'autres familles*». Tout le monde ne supportait pas l'isolement mais, en cas de violation de ces règles, les travailleurs étaient sanctionnés, comme l'a expliqué Matías: «*Si quelqu'un allait en ville pour faire des courses ou autre chose, on le mettait en quarantaine et il n'était pas payé pendant qu'il ne travaillait pas*». De même, Abel a commenté: «*Pendant la pandémie, on ne pouvait pas sortir de la maison pour aller quelque part. C'était interdit. Et si vous partiez, il [l'employeur] se mettait en colère et vous réprimandait*»⁵⁵.

Intensité du travail: plus d'exigences professionnelles

L'intensité du travail concerne la charge de travail, c'est-à-dire la quantité de travail qu'une personne doit effectuer et la question de savoir si ce travail exige une grande quantité d'énergie mentale et physique. Bien qu'un travail trop peu exigeant pour un travailleur puisse laisser son potentiel inexploité («*sous-charge*»), la recherche a montré qu'un travail excessivement exigeant («*surcharge*») est associé à un risque accru de problèmes graves de santé⁵⁶. Le travail intense est un élément clé des modèles de stress au travail, car de nombreuses études épidémiologiques ont démontré les conséquences négatives sur la santé d'exigences professionnelles élevées, en particulier lorsqu'elles sont associées à une autonomie limitée et à un environnement social négatif⁵⁷. D'un point de vue organisationnel, l'intensité du travail n'est pas nécessairement liée à une meilleure performance, en particulier si la surcharge de travail conduit à travailler en se dépêchant ou si elle est due à une pénurie de personnel. Une forte intensité de travail, même si elle est parfois perçue comme excitante et gratifiante, est considérée comme une contribution négative à la qualité de l'emploi⁵⁸.

La plupart des travailleurs clés ont constaté et ressenti une augmentation de l'intensité de leur travail. Cela s'explique en partie par l'ajout de nouvelles tâches, généralement liées à la mise en œuvre des protocoles de SST, mais aussi par la hausse des absences sur le lieu de travail, car de nombreux travailleurs souffrant de comorbidités ont été dispensés de travail ou ont quitté leur emploi par crainte de la contagion. En conséquence, il y avait moins de personnel pour effectuer le travail nécessaire, et les travailleurs restants étaient plus sollicités. La pression exercée sur les systèmes de santé est bien connue, puisqu'elle a fait l'objet d'une grande attention des médias dans de nombreuses parties du monde. Néanmoins, des personnes travaillant dans un large éventail de services clés – livraison, sécurité, activités extractives, commerce de détail et autres – ont raconté l'intensité accrue du travail et sa réorganisation lorsque la pandémie a frappé.

Aux Philippines, le personnel médical a expliqué que les hôpitaux souffraient déjà d'une pénurie d'infirmiers en raison de l'émigration de personnel expérimenté à l'étranger pour des emplois mieux rémunérés. Pendant la pandémie, ces pénuries ont été aggravées par le fait que certains membres du personnel ont quitté les hôpitaux pour des environnements moins risqués, tels que les centres de vaccination⁵⁹. En outre, lorsqu'un travailleur de la santé attrapait le virus, tout un service ou une unité pouvaient être paralysés. Dans l'hôpital qui employait certains des participants à l'étude, deux postes de soins ont été fermés parce qu'il n'y avait pas assez de personnel infirmier disponible pour travailler. Le Département de la santé a fourni des fonds extrabudgétaires aux hôpitaux publics pour qu'ils embauchent des salariés contractuels afin de combler les pénuries, mais cela n'a pas suffi à répondre à la demande. Les pénuries ont aussi été aggravées par l'intensité des soins requis par les patients atteints du COVID-19. Un infirmier peut généralement s'occuper de 4 à 5 patients dans une unité de soins intensifs, mais aurait du mal à s'occuper de deux cas critiques ou graves de COVID-19. Un hôpital qui souhaite doubler sa capacité opérationnelle pour le COVID-19 devrait idéalement doubler son personnel. Une infirmière a expliqué qu'elle faisait régulièrement des heures supplémentaires pour gagner plus, mais que, pendant la pandémie, l'épuisement était tel qu'elle a fini par apprendre à refuser d'en faire⁶⁰.

L'augmentation de la demande dans les hôpitaux ne s'est pas limitée au personnel médical. Les directives de quarantaine de la République de Corée, connues sous le nom de K-Quarantine, ont augmenté la charge de travail des agents d'entretien. Pour certains d'entre eux, la zone de travail a été élargie pour inclure les services de dépistage du COVID-19 à l'intérieur et à l'extérieur des établissements médicaux. Même lorsque leur zone de travail ne changeait pas, la charge de travail a nettement augmenté en raison des protocoles de nettoyage plus stricts et de l'utilisation d'équipements de protection jetables par le personnel médical. Comme l'a fait remarquer un agent d'entretien: «Plus de 1 000 personnes se rendent chaque jour au service de dépistage du COVID-19 pour se faire tester. Comment allons-nous gérer les déchets médicaux qui résultent de ces visites?»⁶¹.

En Inde, le travail des agentes de santé sociale accréditées connues sous le nom de «Accredited Social Health Activists» (ASHA) a aussi nettement augmenté. En première ligne, les ASHA étaient chargées de tracer les contacts, de dépister, de distribuer des médicaments et parfois de la nourriture, et de répondre aux appels de détresse. Une fois le programme de vaccination lancé, elles étaient chargées de tenir un registre des personnes vaccinées et de motiver les gens à se faire vacciner. Tout au long de cette période, les ASHA ont également poursuivi leurs tâches de routine, comme les soins prénatals et postnatals, le suivi de la santé des nourrissons, etc. Comme l'a expliqué Sneha, une ASHA d'Hyderabad:

Il n'y a pas eu de répit depuis le début de la pandémie. Nous devons nous rendre au domicile des personnes positives, veiller à ce qu'elles s'isolent, leur donner des médicaments. Elles nous appellent également à toute heure du jour ou de la nuit si elles ont un problème. Si un patient appelle, nous devons lui donner des conseils. Les gens ne savaient pas grand-chose à ce sujet – ils nous parlaient de leurs symptômes. Nous les évaluons ensuite et les aidions à se rendre à l'hôpital si nous estimions qu'ils en avaient besoin. Pour cela, nous nous rendions à leur domicile, nous coordonnions avec l'hôpital, nous organisions l'arrivée de l'ambulance et nous nous assurons qu'ils allaient bien à l'hôpital. Nous informions également notre supérieur à l'hôpital, qui nous indiquait la marche à suivre.

Une travailleuse de la restauration aux États-Unis a expliqué que les protocoles de sécurité, tels que la désinfection et l'utilisation de désinfectant pour les mains, étaient importants mais ralentissaient son travail et le rendaient plus difficile à exécuter:

J'étais au drive et mes mains me brûlaient au bout de deux heures, parce que j'essayais de me les désinfecter entre chaque voiture, et il y en a des centaines. Cela vous ralentit lorsque vous prenez ces mesures de base et que de moins en moins de personnes sont au travail. Je pense donc que la plupart des gens essaient de minimiser le stress en ne changeant pas vraiment leur façon de faire. Ce qui est vraiment dangereux⁶².

L'intensité du travail des agents de sécurité a également augmenté. Dans le monde entier, beaucoup de commerces de détail ont embauché du personnel de sécurité supplémentaire pour les aider à mettre en œuvre les protocoles imposés par les autorités. Le président de l'association du secteur de la sécurité de Malaisie a indiqué qu'environ 70 000 agents avaient été déployés dans les centres commerciaux, les magasins de détail, les banques, d'autres lieux commerciaux et les complexes résidentiels, tandis que 50 000 autres gardaient les hôpitaux, les écoles et les organismes publics. Il a décrit les agents de sécurité comme des «*héros méconnus [...] parmi les premiers à avoir été exposés au risque du COVID-19*». Ils sont en contact direct avec de nombreuses personnes, surtout s'ils travaillent dans des lieux très fréquentés. Ils effectuent des tâches telles que l'enregistrement et le contrôle individuel de la température, et veillent à ce que les personnes respectent les distances physiques dans les locaux⁶³. Une agente de sécurité aux Philippines a expliqué qu'elle avait accepté les heures de travail supplémentaires, car elle était la seule de sa famille à disposer d'un revenu, mais qu'elle avait fini par tomber malade à cause de la fatigue excessive⁶⁴.

Environnement social: du soutien à l'adversité

L'environnement social au travail concerne les relations que les travailleurs entretiennent avec leurs collègues et leurs supérieurs, ainsi que leurs interactions avec les clients ou les patients. Étant donné les nombreuses heures que la plupart des personnes passent à travailler, ces interactions sociales sont essentielles pour le bien-être individuel des travailleurs et exercent une forte influence sur le sentiment de satisfaction au travail⁶⁵. Un environnement social positif peut améliorer la motivation, le dévouement et, en fin de compte, la productivité des travailleurs⁶⁶. Il s'agit également d'une ressource essentielle pour atténuer le stress au travail, alors qu'un environnement social peu favorable ou, au pire, négatif peut constituer un obstacle au travail, avec des conséquences néfastes sur la santé mentale au niveau individuel et sur les abandons d'emploi au niveau organisationnel.

La plupart des travailleurs clés interrogés ont mis l'accent sur les relations positives entre pairs. D'un pays à l'autre et d'une profession à l'autre, les travailleurs ont volontiers évoqué le fait de déjeuner ensemble, de se rendre au travail ensemble et de se soutenir mutuellement dans l'accomplissement de leurs tâches. En Inde, les agentes de santé sociale accréditées (ASHA) travaillaient en équipe si elles rencontraient des difficultés avec des membres de la communauté et se remplaçaient mutuellement pendant les périodes d'absence. De même, des agents de sécurité et des infirmiers ont conclu des accords informels avec leurs collègues pour échanger leurs postes en cas d'urgence⁶⁷. Pour les chauffeurs de bus en République de Corée, les relations entre collègues constituaient une ressource sociale et psychologique essentielle, d'autant plus qu'il leur était difficile d'entretenir d'autres relations sociales en raison de leurs horaires longs et décalés. Les chauffeurs de bus qui travaillent dans la même équipe partagent des loisirs et se retrouvent régulièrement après le travail.

La pandémie de COVID-19 a fortement limité les interactions sociales avec les collègues, tant sur le lieu de travail qu'en dehors. Pour les chauffeurs de bus, les interactions sociales régulières avec les autres chauffeurs au moment de quitter le travail tard le soir ont été rompues, car il n'y avait pas d'endroit où parler ou passer du temps. Comme l'a expliqué un chauffeur de bus coréen:

Nous avons l'habitude d'aller boire un verre après, mais maintenant ce n'est plus possible. Nous rentrons directement à la maison. Si j'ai envie d'une bière, j'achète deux bières en boîte et je les rapporte à la maison. Je les bois en silence, en regardant la télévision, parce que tout le monde dort.

De même, une agente d'entretien dans un hôpital en République de Corée a fait remarquer qu'avant la pandémie:

Nous, les femmes de ménage, allions toutes dans la salle (de pause) et parlions. Nous étions toujours en train de rire. J'étais tellement heureuse, c'était tellement amusant d'être avec elles. Mais, depuis le COVID-19, nous ne pouvons plus utiliser la salle de repos. Nous prenons toutes notre déjeuner à l'endroit qui nous a été attribué, puis nous rentrons chez nous et revenons au même endroit le matin, nous nous changeons et commençons à travailler. Il n'y a plus de communication.

Les collègues ont également été une source de soutien émotionnel et financier. Un superviseur d'une usine de fabrication au Pérou a raconté comment, lorsqu'il était malade, il recevait des appels de ses collègues pour savoir comment il allait. Ces mêmes travailleurs ont manifesté d'autres formes de solidarité entre eux:

Nous avons confectionné des paniers familiaux que nous avons apportés à nos collègues. S'il y avait un peu d'argent, ceux qui pouvaient collaborer en donnaient [...]. Les gens sont très solidaires⁶⁸.

Les travailleurs clés étaient également limités dans leurs interactions avec les patients ou les clients, ce qui affectait parfois leur capacité à travailler efficacement, en particulier dans le domaine des soins. Une travailleuse sociale dans un hôpital mexicain a fait remarquer qu'elle et ses collègues étaient limités dans le soutien qu'ils pouvaient apporter aux membres d'une famille en deuil:

Parfois on laisse le membre de la famille seul et, le pauvre, parce qu'il souffre, il pleure, et on ne peut même pas l'approcher parce que, s'il est positif, il peut m'infecter, et j'ai une famille⁶⁹.

D'autres travailleurs se sont sentis obligés d'ignorer les protocoles de SST malgré les risques, car cela les empêchait d'effectuer leur travail d'une manière qui leur convenait. Marieke, une aide-soignante dans un établissement de soins belge pour patients atteints de démence, a expliqué:

Lorsque les résidents pleurent, je les prends dans mes bras. J'aide les résidents à se coucher. Je pourrais le faire à la manière froide: "Voici votre couverture, faites-le vous-même". Dans de telles situations, je ne respecte pas la règle des 1,5 mètre. Je continue à prendre les résidents dans mes bras et à les aider quand ils sont dans leur lit – ce serait inhumain de ne pas le faire⁷⁰.

Le soutien de la direction est un facteur déterminant de l'environnement social sur le lieu de travail. Avec une culture d'entreprise positive, les travailleurs restent motivés et les performances collectives au travail s'en trouvent améliorées⁷¹. Compte tenu des pressions supplémentaires exercées du fait d'être un travailleur clé pendant la pandémie, le soutien de l'encadrement s'est avéré être une ressource précieuse pour les travailleurs:

Nos supérieurs nous ont beaucoup soutenues et nous ont expliqué que nous devons faire ce travail. Nous avons pu continuer parce qu'ils nous ont encouragées. Tous les messieurs et toutes les dames ne sont pas aussi solidaires que nos supérieurs. Nous savons que les ASHA d'autres régions ont eu beaucoup de difficultés.

Agente ASHA, Hyderabad, Inde

Nous nous sentons à l'aise pour parler au patron. Tout ce dont nous avons besoin, nous le lui disons et il est là pour le faire. Il nous demande même si nous avons des questions ou si nous voulons quelque chose, ce que nous pensons, et il nous encourage à le lui dire. C'est différent ici par rapport à d'autres fermes. Ici, le patron ne se met jamais en colère. Il nous salue et nous demande comment nous allons. Et cela nous donne envie de mieux travailler.

Travailleur agricole mexicain, Canada

Il est également arrivé que des travailleurs ressentent de la gratitude et de l'appréciation pour leur travail de la part des patients, des clients et du grand public. Si les travailleurs de la santé ont été la source de la plupart des manifestations publiques de gratitude, celle-ci s'est parfois étendue à d'autres travailleurs clés, leur donnant un fort sentiment d'accomplissement et d'encouragement, d'autant plus que nombre de ces professions ont souvent été considérées avec dédain⁷². Une nettoyeuse de rue au Pérou a raconté qu'avant la pandémie elle était mal traitée par le public, mais que cela avait changé et qu'elle se sentait désormais appréciée:

[Avant] ils nous criaient tout le temps "tu fais mal ton travail, c'est pour ça que tu es payée, c'est pour ça que je paie mes impôts", mais pendant la pandémie ils nous applaudissaient [...] parfois, depuis leur voiture, ils nous donnaient de l'eau [...] comme ils le faisaient avec les policiers [...]. Cela nous plaisait, nous donnait l'impression d'être importants [...]. J'avais l'impression d'être une héroïne, et c'est ce qui m'a donné envie d'aller de l'avant et de ne pas baisser les bras⁷³.

De même, un travailleur agricole mexicain au Canada a expliqué:

Plusieurs fois, une boulangerie [...] nous a apporté un panier de pain parce que nous n'avions pas le droit de sortir pendant la pandémie. Et ce n'est pas tant les produits que [...] la manière de nous montrer que nous comptions pour eux. C'est comme ça que j'ai perçu ce soutien [...] qu'ils s'intéressaient à nous en tant qu'êtres humains, en plus de reconnaître l'importance de notre travail⁷⁴.

Une agente de santé sociale (ASHA) de la ville indienne d'Hyderabad a fait part de sentiments d'appréciation similaires:

Les familles dont des membres étaient positifs [au COVID-19] nous appréciaient vraiment et nous rendaient grâce. Lorsque nous allions leur donner des médicaments ou les aider à se rendre à l'hôpital, elles nous remerciaient vraiment. Certains ont même dit que nous étions comme des anges qui venaient aider à un moment où même la famille élargie et les amis ne se manifestaient pas. Lorsqu'ils disaient cela, nous nous sentions très heureuses⁷⁵.

Les exemples ci-dessus illustrent la reconnaissance ressentie par le public, les patients ou les clients à l'égard d'un travailleur particulier. Mais la gratitude peut aussi venir de l'intérieur. Certains travailleurs ont pris conscience de l'importance de leur travail et de leur contribution à la société, comme l'a expliqué cette infirmière péruvienne:

Je suis fière d'être infirmière [...] je ne veux pas minimiser le travail des médecins qui sont aussi en première ligne, mais ils ne sont pas avec le patient, ils ne sont pas avec le patient comme nous le sommes, nous les infirmières⁷⁶.

De telles expériences démontrent les ressources importantes que la gratitude et la fierté peuvent apporter aux travailleurs, leur permettant d'aller de l'avant malgré les difficultés quotidiennes de leur travail. La recherche sur les effets de la gratitude publique ressentie par les travailleurs clés au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni a constaté que ceux qui se sentaient appréciés étaient plus enclins à s'engager dans des activités de rétablissement saines («adaptatives») pour soulager le stress – faire de l'exercice, passer du temps à l'extérieur, rechercher le soutien d'amis ou de proches, s'adonner à la méditation, exprimer sa gratitude, lire, regarder ou écouter quelque chose qui «remonte le moral» – par opposition à des activités «inadaptées». Celles-ci comprennent la surconsommation de boissons alcoolisées, de tabac ou de nourriture, le fait de crier sur les autres, d'évacuer ses frustrations ou de faire

un usage abusif de médicaments sur ordonnance. L'étude comprend une enquête menée auprès de 186 agents pénitentiaires du nord-est des États-Unis, une profession «essentielle» mais invisible. L'enquête a constaté qu'ils ressentaient «peu de gratitude de la part du public», ce qui était associé à des activités de rétablissement inadaptées. Comme l'a rapporté l'un d'entre eux: «*Ce travail est ingrat [...] nous pensons que [les gens] estiment que nos vies n'ont pas autant de valeur que celles des autres premiers intervenants*» (c'est nous qui soulignons)⁷⁷.

Mais la stigmatisation, le harcèlement et la violence que certains travailleurs clés ont endurés en raison de leur profession en première ligne ont été pires que le manque de gratitude. Le comportement social négatif – une forme grave de pression au travail – comprend la stigmatisation, l'intimidation et le harcèlement et, dans le pire des cas, la violence physique, psychologique ou sexuelle. Il est associé à une baisse de la motivation au travail, à l'absentéisme et aux démissions, et constitue un facteur de risque de dépression mentale. Les craintes que la pandémie a suscitées dans le public se sont souvent reportées contre les travailleurs clés, soit parce qu'ils étaient considérés comme des porteurs potentiels du virus, soit simplement parce que leur rôle de première ligne en faisait une cible facile pour les frustrations du public.

Les travailleurs migrants sont notoirement stigmatisés par les communautés d'accueil, mais la pandémie et la crainte qu'ils soient porteurs de la maladie ont attisé les sentiments xénophobes et ont compliqué leur retour dans leur lieu d'origine⁷⁸. Les témoignages de stigmatisation sont également fréquents parmi les spécialistes de la santé car, dans le public, certains croyaient qu'ils propageraient probablement le virus en raison de leurs contacts étroits avec les personnes infectées. Un article paru en juillet 2020 dans *The Lancet* relate des cas où des travailleurs de la santé se sont vu refuser l'accès aux transports publics et ont été victimes d'agressions physiques⁷⁹. Comme l'a dit une spécialiste en Malaisie: «*Ils nous voient comme un emoji COVID*»⁸⁰. À Hyderabad, en Inde, une ASHA a raconté la stigmatisation dont elle et ses collègues ont fait l'objet de la part du public:

*Pendant les périodes de COVID-19, même les voisins disaient toutes sortes de choses. Comme cette femme va partout, elle va rapporter le COVID-19. Certaines ASHA qui louaient [leur logement] ont eu beaucoup de problèmes, car les propriétaires faisaient pression sur elles pour qu'elles quittent les lieux. Nous sommes propriétaires de notre maison, je n'ai donc pas eu ce problème. Je connais des ASHA qui ont dû partir et qui n'avaient nulle part où aller. Elles sont restées à l'hôpital jusqu'à ce qu'elles trouvent un endroit*⁸¹.

Dans certains cas, la stigmatisation liée au fait d'être un travailleur de première ligne a généré des comportements incivils. Joyce, une vendeuse de nourriture au Ghana, se souvient:

*Certains clients qui avaient des voitures [...] ne voulaient même pas me donner de l'argent dans la main, ils préféraient me le jeter. Certains jetaient l'argent par terre pour que je le ramasse*⁸².

Le fait d'être témoin et de gérer des comportements incivils, et parfois violents, était une grande source de stress au travail. Cela augmentait également la quantité de «travail émotionnel» que le travailleur était tenu d'effectuer. La notion de travail émotionnel a été développée par la sociologue américaine Arlie Russell Hochschild dans les années 1980 pour caractériser les emplois où un travailleur doit non seulement gérer ses expressions émotionnelles et ses interactions avec les clients ou les patients, mais dont les manifestations émotionnelles sont également surveillées et soumises à un contrôle et à une discipline⁸³. Ainsi, les interactions négatives avec les clients et les patients augmentent le travail émotionnel des travailleurs de première ligne, ce qui accroît la tension au travail⁸⁴. Jay, employé de supermarché au Royaume-Uni, a raconté les incivilités et la violence de la part des clients dont il a été témoin au cours des premiers jours de la pandémie, et les conséquences que cela a eu sur ses collègues:

C'était comme une zone de guerre; les clients se battaient pour de la nourriture et du papier hygiénique [...]. J'ai vu des clients se pousser, se bousculer et passer en force. J'ai

vu un client en attraper un autre par le col. Une collègue pleurait à cause de la colère des clients. Elle m'a dit qu'elle ne pouvait pas supporter la pression. Son supérieur pleurait aussi [...]. Mon ami travaillait à la caisse et un client avait bien plus que les trois articles [maximum]. Mon ami essayait de faire son travail et lui a dit: "Monsieur, vous ne pouvez pas acheter plus de trois articles du même type". Le client lui a dit: "Je vais te casser la g... quand je te verrai dehors". La sécurité est arrivée immédiatement et a fait sortir le client du magasin. La sécurité était omniprésente. Nous avons dû embaucher plus d'agents de sécurité, car ceux que nous avions n'étaient pas assez nombreux pour faire face à toutes les situations. C'est choquant⁸⁵.

Comme indiqué précédemment, en plus de leurs tâches habituelles, de nombreux agents de sécurité étaient chargés de faire respecter les protocoles de sécurité sanitaire aux clients – en faisant remplir des formulaires de suivi des contacts, en prenant la température corporelle des clients, en veillant au port correct des masques et à la distanciation physique. Les agents de sécurité interrogés aux Philippines ont dit que cette tâche était stressante, que les clients leur criaient dessus et les insultaient, et que la direction les réprimandait s'ils étaient pris en train de ne pas appliquer les protocoles⁸⁶.

Les vendeurs de nourriture ambulants en Argentine, au Ghana, en Inde, au Kenya et au Pérou ont fait état de harcèlement et de violence de la part de la police malgré leur reconnaissance officielle en tant que «travailleurs essentiels» dans les décrets gouvernementaux⁸⁷. Au Ghana, les vendeurs de nourriture avaient des laissez-passer pour le couvre-feu et étaient autorisés à travailler, mais ils étaient néanmoins harcelés par la police. En conséquence, ils allaient au marché de gros au milieu de la nuit pour s'approvisionner pour le lendemain, car ils risquaient moins d'être arrêtés à ce moment-là⁸⁸. Les personnes interrogées dans le Bihar, en Inde, ont raconté comment certains agriculteurs qui s'étaient rendus dans leurs champs pendant le premier confinement pour récolter leur blé et leur maïs ont été battus par la police, ainsi que les difficultés qu'ils ont rencontrées avec la police pour transporter leurs marchandises jusqu'au marché⁸⁹.

La situation des travailleurs de la santé qui, avant la pandémie, étaient déjà confrontés à des niveaux élevés de violence et de harcèlement est particulièrement préoccupante. Dans une méta-étude de 2019 portant sur 332 000 spécialistes de la santé (235 études distinctes), 43 pour cent déclaraient avoir été exposés à des violences non physiques (insultes et menaces) et 24 pour cent avoir subi des violences physiques au cours de l'année précédente. C'est en Asie et en Amérique du Nord que l'incidence était la plus élevée⁹⁰. En Italie, en un an seulement, 50 pour cent des infirmiers ont été agressés verbalement sur leur lieu de travail, 11 pour cent ont subi des violences physiques et 4 pour cent ont été menacés avec une arme⁹¹. Et ce avant la pandémie.

Entre février et juillet 2020, le Comité international de la Croix-Rouge a enregistré 611 incidents violents dans 40 pays contre des travailleurs de la santé, des patients et des structures médicales liées à la riposte au COVID-19, soit environ 50 pour cent de plus que la moyenne⁹². En mai 2020, il a publié avec 12 autres organisations médicales et humanitaires une déclaration demandant instamment «aux gouvernements, aux communautés et aux porteurs d'armes de respecter et protéger en tout temps les soins de santé et de contribuer à la création d'un environnement protecteur dans lequel les soins de santé puissent être dispensés en toute sécurité»⁹³.

L'expression et l'action collective comme ressources pour les travailleurs clés

La capacité à s'exprimer à propos des tâches et de l'organisation du travail, ainsi que des conditions de travail en général, est une ressource importante pour améliorer la qualité de l'emploi⁹⁴. C'était particulièrement le cas durant la pandémie, compte tenu des multiples exigences imposées aux travailleurs clés. Si un environnement social positif sur le lieu de travail, avec une direction compréhensive, se prête à l'expression des préoccupations individuelles, les travailleurs représentés par un syndicat disposent de canaux formels pour exprimer plus facilement, et souvent avec plus de succès, des préoccupations collectives susceptibles d'entraîner des changements.

Les entretiens qualitatifs menés dans le cadre des études de cas nationales donnent des exemples où les travailleurs ont exprimé leurs préoccupations en matière de sécurité et de santé, ainsi qu'au sujet d'autres questions telles que

les salaires impayés (une préoccupation des ASHA en Inde et des chauffeurs de bus en République de Corée) et la faible rémunération. Les travailleurs syndiqués ont relayé leurs préoccupations par l'intermédiaire de leur syndicat, qui a négocié avec la direction pour résoudre les problèmes ou, en l'absence de réponse favorable, a parfois eu recours à des grèves ou à des arrêts de travail moins formels. D'autres exemples d'actions collectives ont été observés parmi les travailleurs non syndiqués, notamment les travailleurs informels, qu'ils soient salariés ou qu'ils travaillent pour leur propre compte.

Les taux de syndicalisation des travailleurs clés varient en fonction de leur emploi et de leur statut contractuel, ainsi que du degré de syndicalisation dans leur pays et dans leur branche d'activité (voir chapitre 3). Parmi les pays étudiés, les taux de syndicalisation divergent fortement, et moins de 10 pour cent des salariés sont syndiqués au Kenya, en Malaisie, au Pérou, aux Philippines et en Türkiye. Toutefois, ces taux varient nettement d'un secteur économique à l'autre: les travailleurs de la santé, des activités extractives et certains travailleurs des transports sont souvent syndiqués, même dans les pays à faible taux de syndicalisation, alors que ceux du commerce de détail et de l'agriculture tendent à ne pas l'être.

En Malaisie, des médecins sous contrat temporaire (appelés travailleurs contractuels) se sont mis en grève en juillet 2020 pour réclamer les mêmes droits et avantages que les médecins sous contrat permanent. Comme ils l'ont expliqué: *«Notre grève n'a rien à voir avec la résistance, nous voulons seulement que le gouvernement nous accorde les mêmes droits et avantages que les médecins permanents. Nous avons tous participé au traitement des patients atteints du COVID-19»*. Les agents d'entretien des hôpitaux ont attiré l'attention des médias en juin 2020 lorsque des militants syndicaux ont organisé un piquet de grève pour réclamer des salaires décents et des EPI adéquats pour leur travail⁹⁵.

Au Pérou, les travailleurs des secteurs syndiqués, tels que les ports, les activités extractives et les soins de santé, ont évalué positivement le soutien qu'ils ont reçu de leur syndicat pour exiger des améliorations en matière de sécurité et de santé, mais ils ont également souligné qu'ils avaient dû s'engager dans une action collective pour exprimer efficacement leurs préoccupations. Un agent d'entretien dans un port au Pérou a raconté: *«Nous avons dû faire des démonstrations de force pour qu'ils effectuent les tests [du COVID-19] [...]. Nous avons dû arrêter de travailler, c'était comme une grève [...]. C'était une négociation pour que l'entreprise accepte de tester certains de nos collègues»*. De même, les travailleurs syndiqués d'un hôpital au Pérou ont indiqué que le syndicat avait réussi à négocier pour que les travailleurs reçoivent des masques et des oxymètres⁹⁶.

En République de Corée, la démarcation était très nette entre les travailleurs syndiqués, qui ont été en mesure d'exprimer plus facilement leurs préoccupations pendant la pandémie, et ceux qui ne l'étaient pas. Les agents d'entretien syndiqués ont raconté que leur demande de masques supplémentaires a été satisfaite lorsque leur syndicat a plaidé en ce sens, et les chauffeurs de bus ont expliqué comment leur syndicat minoritaire a pu résoudre le problème du retard de paiement de leurs salaires en faisant pression sur les autorités locales et en déposant des plaintes auprès de l'office du travail. De même, le syndicat des travailleurs des postes a pu négocier un accès prioritaire aux vaccins pour ces travailleurs, qui ont de nombreux contacts directs avec le public. En revanche, les agents d'entretien des hôpitaux qui n'étaient pas syndiqués ont expliqué qu'ils n'avaient aucun moyen d'exprimer leur opinion sur des questions telles que la fourniture de masques ou les difficultés liées à une charge de travail excessive⁹⁷.

En Argentine, près de la moitié des salariés sont couverts par des conventions collectives et près de 30 pour cent sont membres d'un syndicat. Les salariés formels interrogés dans le cadre de l'étude de cas étaient tous représentés par un syndicat et avaient une certaine pratique de l'organisation sur le lieu de travail. Cela leur a permis de faire entendre leur voix pour l'organisation des tâches dans le contexte de la pandémie, notamment pour réorganiser les équipes et exiger un renforcement des mesures de sécurité et de santé. En revanche, les salariés informels ne disposaient pas de tels moyens. Un salarié informel d'un restaurant a raconté comment lui et ses collègues avaient préparé et signé une lettre qu'ils ont présentée au propriétaire pour lui faire part de leurs préoccupations en matière de sécurité et de santé, puisqu'ils n'étaient pas représentés⁹⁸.

Au Ghana, le syndicat des infirmiers a pu négocier avec le gouvernement un allègement fiscal de six mois afin de dédommager les infirmiers pour leur contribution en tant que travailleurs clés. Une travailleuse ASHA de Delhi, en Inde, a expliqué que son syndicat avait dû *«créer un énorme remue-ménage»* pour obtenir des arriérés de salaire. *«Nous avons donné des lettres à plusieurs reprises, personne ne nous écoutait, nous avons organisé un piquet de grève au bureau du district. Après cela, nous avons été payées. Nous avons été payées pour 2020 récemment [juillet 2021] après toutes ces protestations.»*

Les syndicats se sont également efforcés d'étendre les protections en matière de sécurité et de santé aux travailleurs non syndiqués. Au Ghana, par exemple, des vendeurs de nourriture ont raconté que le syndicat des transports

ghanéens avait fourni des bidons Veronica sur le marché alimentaire où ils travaillaient pour qu'ils puissent se laver les mains. En Inde, un agent de sécurité a fait savoir qu'un syndicat avait mené une campagne de vaccination et qu'il avait été vacciné dans les locaux du syndicat.

Les travailleurs informels à leur propre compte se sont également tournés vers l'action collective pour exprimer leurs revendications. Parfois, ils l'ont fait par l'intermédiaire de leurs associations, comme dans le cas des motos-taxis à Lima, au Pérou; d'autres fois, c'était le résultat d'une action collective impromptue. Au Jharkhand, en Inde, les petits vendeurs de nourriture ont protesté contre la fermeture d'un marché hebdomadaire jusqu'à ce que l'administration municipale accepte de le rouvrir⁹⁹.

Les données sur les manifestations de travailleurs pendant la pandémie de COVID-19 corroborent les résultats des études de cas, qui montrent qu'il y a eu un recours important aux grèves ainsi qu'à d'autres formes d'action collective pour canaliser les revendications des travailleurs, notamment des manifestations, des boycotts et des campagnes dans les médias sociaux. Selon l'indice de protestation des travailleurs de Leeds, qui couvre les protestations des travailleurs dans 90 pays telles qu'elles sont documentées dans les médias, il y en a eu 5 341 entre mars 2020 et décembre 2021 dans le secteur de la santé et 698 dans le secteur du commerce de détail (voir l'encadré 2.1).

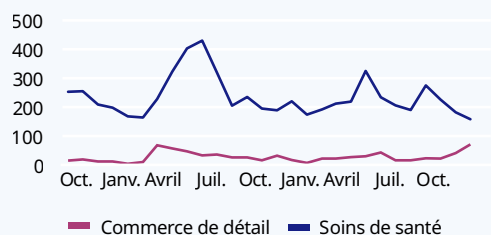
Encadré 2.1. Incidence et raisons des mouvements sociaux dans 90 pays

Les données sur les protestations de travailleurs dans 90 pays entre 2019 et 2021 révèlent que l'action collective a changé de deux manières importantes pendant la pandémie de COVID-19: sa fréquence a augmenté et les causes sous-jacentes de protestation ont évolué.

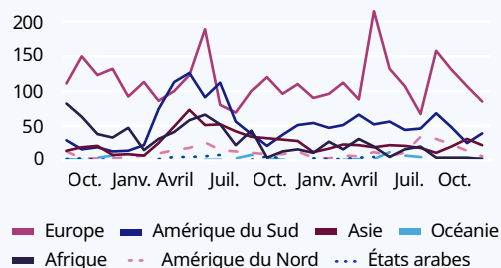
Augmentation globale de l'action collective avec des variations selon les secteurs et les régions

La figure E2.1.1 montre que, dans les secteurs de la santé et du commerce de détail, le nombre de protestations a nettement augmenté au début de la pandémie, entre avril et mai 2020. Si les tendances sont similaires dans les deux secteurs au fil du temps, des différences importantes apparaissent en ce qui concerne leur fréquence. Les niveaux de protestation étaient notamment beaucoup plus élevés dans le secteur des soins de santé, ce qui est probablement imputable aux niveaux plus élevés de syndicalisation dans ce secteur. Une seconde tendance qui se dégage est la variation de la fréquence des protestations par région. La figure E2.1.2 montre que les niveaux de protestation étaient beaucoup plus élevés dans le secteur de la santé en Europe. Si cela est dû en partie aux taux de syndicalisation plus élevés parmi les travailleurs de la santé dans cette région en particulier, cela s'explique également par des différences régionales en matière de riposte au COVID-19. Par exemple, en Asie et en Océanie, après le pic initial d'infection en 2020, plusieurs pays ont mis en place des politiques de tolérance zéro pendant une grande partie de 2020 et 2021, atténuant ainsi les répercussions de la pandémie sur le secteur de la santé.

► **Figure E2.1.1. Nombre de protestations dans le secteur de la santé et du commerce de détail, 90 pays, sept. 2019-déc. 2021**

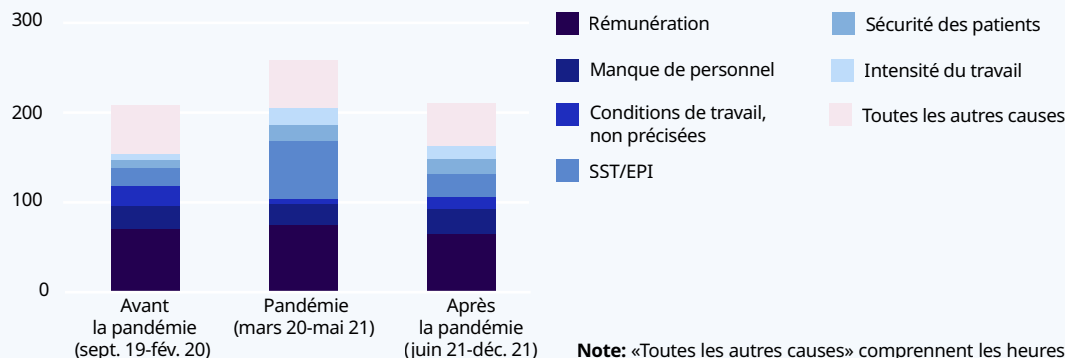


► **Figure E2.1.2. Nombre de protestations dans le secteur de la santé par région, sept. 2019-déc. 2021**



Encadré 2.1 (suite)

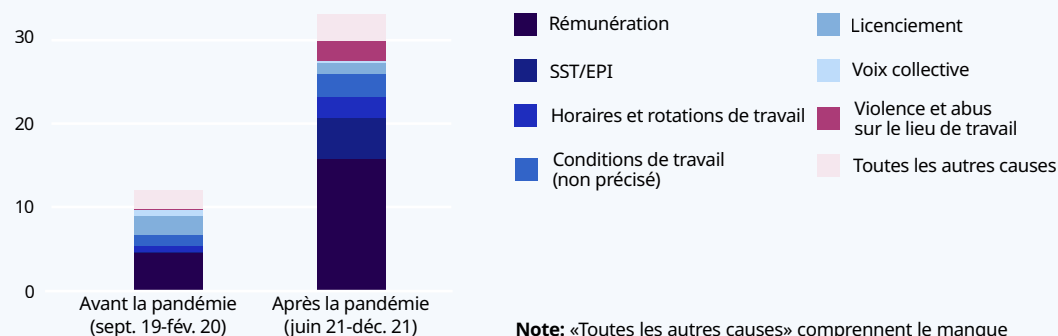
► **Figure E2.1.3. Moyenne de protestations mensuelles dans le secteur de la santé par source de conflit social, sept. 2019-déc. 2021**



Note: «Toutes les autres causes» comprennent les heures et les rotations de travail, le licenciement, l'expression collective, la demande de formation, la violence et les abus sur le lieu de travail, d'autres avantages sociaux, et autres. Ces causes représentent moins de 5 pour cent des sources de conflits sur les trois périodes.

Source: Trapmann et al., 2022.

► **Figure E2.1.4. Moyenne de protestations mensuelles dans le secteur du commerce de détail par source de conflit social, sept. 2019-déc. 2021**



Note: «Toutes les autres causes» comprennent le manque de personnel, l'intensité du travail, la demande de formation, d'autres avantages, et autres. Ces causes représentent moins de 5 pour cent des sources de conflits sur les deux périodes.

Source: Trapmann et al., 2022.

Les aspects non liés à la rémunération deviennent des causes importantes de conflit social

Les aspects non salariaux de l'emploi ont pris plus d'importance pendant et après la pandémie dans les secteurs de la santé (figure E2.1.3) et du commerce de détail (figure E2.1.4). La figure E2.1.3 montre que, si le nombre moyen de protestations dans le secteur de la santé a retrouvé ses niveaux d'avant la pandémie en 2021, les causes sous-jacentes ont évolué. La part des protestations liées à la rémunération a diminué (de 34 à 31 pour cent), ce qui a été contrebalancé par une augmentation des protestations liées à la SST, en particulier à la fourniture d'EPI (de 9 à 12 pour cent), à la sécurité des patients (de 5 à 8 pour cent) et à l'intensité du travail (de 3 à 7 pour cent).

Contrairement au secteur de la santé, le nombre moyen de protestations mensuelles dans le secteur du commerce de détail a nettement augmenté au cours de la période après la pandémie. Des tendances similaires se dégagent toutefois en ce qui concerne l'évolution des causes de protestation. Par exemple, si l'importance de la rémunération a en fait augmenté dans ce secteur, la part des protestations attribuables à des plaintes concernant la SST, notamment la fourniture d'EPI, a également bondi, passant d'environ 1 pour cent à près de 15 pour cent. La violence et les abus sur le lieu de travail ont également été particulièrement importants dans le secteur du commerce de détail, passant d'environ 1 pour cent des sources de protestation avant la pandémie à environ 7 pour cent après (second semestre 2021).

Excès de stress: détérioration de la santé mentale chez les travailleurs clés

Voir le patient te demander de l'oxygène et ne pas pouvoir lui en donner plus, cela m'a assez choquée [...] il y a eu des jours où je finissais ma garde et où je me mettais à pleurer [...] c'était un stress énorme.

Médecin de patients atteints du COVID-19, Pérou

[Mon assurance] l'ART et mon médecin personnel m'ont conseillé d'avoir un entretien avec une psychologue, ce que j'ai fait et je suis maintenant sous traitement [...]. Je me suis effondrée mentalement.

Travailleuse du métro, Argentine

Travailler pendant la pandémie a imposé de multiples pressions aux travailleurs clés, notamment le risque et la peur de la contagion, l'intensité accrue du travail, la séparation familiale, une interaction sociale restreinte, un environnement social négatif et, pour certains, en particulier les travailleurs informels, des difficultés financières. En outre, des ressources importantes, comme l'interaction sociale avec les collègues, ont été altérées en raison des protocoles de sécurité et de santé. De nombreux travailleurs clés n'avaient pas le soutien d'un syndicat et ont ressenti le besoin de se tourner vers la manifestation pour exprimer leurs préoccupations. Compte tenu du stress professionnel accru et potentiellement grave, il n'est pas surprenant que beaucoup de travailleurs clés aient souffert de niveaux élevés d'anxiété et de dépression, ainsi que d'épuisement professionnel.

Depuis 2020, la littérature évalue de plus en plus la santé mentale des travailleurs clés¹⁰⁰. La plupart des études se sont concentrées sur le personnel soignant, mais d'autres travailleurs clés ont également fait l'objet de recherches. En ce qui concerne le personnel de santé, des études réalisées au cours des premières semaines de la pandémie montrent que la peur de tomber malade, les problèmes d'approvisionnement en EPI et l'intensité élevée du travail ont eu des répercussions négatives sur la santé mentale des travailleurs. Une étude menée auprès de 326 travailleurs de la santé italiens, cinq semaines seulement après le début de la pandémie de COVID-19, a constaté que près de 40 pour cent d'entre eux souffraient d'un fort épuisement émotionnel^{101, 102}. Six mois après le début de la pandémie, une enquête menée auprès de 342 agents hospitaliers en République islamique d'Iran a montré que le stress et l'épuisement professionnels étaient élevés parmi l'ensemble du personnel, 49,5 pour cent des agents hospitaliers en contact direct avec les patients atteints du COVID-19 faisant état d'un épuisement professionnel, suivis de près par 45 pour cent des agents hospitaliers de deuxième ligne. Les manques de soutien sur le lieu de travail et de transparence dans les responsabilités professionnelles ont été signalés comme les principales causes de stress et d'épuisement. De plus, l'insuffisance d'EPI adéquats et le risque de transmission de la maladie à leur famille ont aggravé les problèmes psychologiques des salariés¹⁰³. Des études similaires sur les travailleurs de la santé ont documenté des niveaux élevés d'épuisement professionnel parmi le personnel soignant en Argentine¹⁰⁴, en Inde¹⁰⁵, au Maroc¹⁰⁶, en République de Corée¹⁰⁷ et ailleurs. Une méta-analyse de 2021 portant sur 30 articles concernant 32 000 professionnels de la santé travaillant pendant la pandémie de COVID-19 a constaté que près de la moitié d'entre eux souffraient d'épuisement¹⁰⁸.

Par ailleurs, plusieurs études se sont intéressées spécifiquement aux travailleurs clés hors du secteur de la santé, comparant différents types de travailleurs clés, ou comparant les travailleurs clés avec des travailleurs non-clés ou avec la population en général. Aux États-Unis, plusieurs études ont été menées sur les employés de supermarchés en raison de leur niveau élevé de contact avec le public et de la couverture par les médias sociaux d'incidents liés à des comportements sociaux négatifs. Une enquête menée auprès de 3 344 employés de supermarchés dans l'État de l'Arizona a constaté que la crainte que les clients ne provoquent des interactions interpersonnelles négatives entraînait une augmentation de l'anxiété et de la dépression, alors que le principal facteur d'atténuation du stress perçu était le fait de se sentir en sécurité au travail¹⁰⁹. Une étude similaire menée auprès de 842 employés d'épicerie en Californie a indiqué que la peur de contracter le COVID-19 était fortement et positivement liée à l'anxiété, tandis que

la peur du COVID-19 et la perception d'une menace sur le lieu de travail (représailles de la part de clients pour avoir imposé des protocoles de SST) étaient positivement liées à la dépression et aux symptômes de stress post-traumatique. Au total, 40 pour cent des personnes interrogées ont demandé un renforcement des mesures de protection de la sécurité sur le lieu de travail¹⁰.

Au Royaume-Uni, une enquête représentative menée par la Royal Society for Arts (RSA) auprès de 1 281 travailleurs clés adultes a expliqué que, en juillet 2020, 58 pour cent de l'ensemble des travailleurs clés, 64 pour cent du personnel du National Health Service (NHS) et 61 pour cent des employés des supermarchés déclaraient avoir plus de difficultés à préserver leur santé mentale. Alors que la pandémie s'éternisait, les vagues ultérieures de l'enquête ont montré que le pourcentage de travailleurs clés signalant de telles difficultés était passé à 65 pour cent pour l'ensemble en mars 2021, et à 73 pour cent parmi le personnel du NHS en particulier¹¹.

À Wuhan, en Chine, une étude menée entre février et mars 2020 auprès de 191 travailleurs clés non soignants – agents de sécurité, personnel de transport et cuisiniers fournissant des services aux travailleurs médicaux et aux patients – a constaté que 50,3 pour cent des participants présentaient des symptômes de dépression cliniquement significatifs. Les auteurs expliquent que les autorités avaient envoyé des psychologues pour traiter le personnel médical et affirment que les travailleurs de première ligne non médicaux ont également besoin d'un soutien psychologique.

Une étude sur la santé mentale de la population générale dans 11 pays (Brésil, Bulgarie, Chine, Espagne, États-Unis, Inde, Irlande, Macédoine du Nord, Malaisie, Singapour, Türkiye) entre juin et août 2020 a constaté que, si les niveaux d'anxiété et de dépression variaient nettement d'un pays à l'autre, le risque le plus important dans l'ensemble était une plus grande exposition personnelle au COVID-19¹². La littérature démontre donc que l'obligation de quitter son domicile pour travailler en première ligne lors de la pandémie – que ce soit dans le secteur de la santé ou dans d'autres services clés – a accru les sentiments de stress et d'anxiété qui, s'ils ne sont pas correctement pris en charge, risquent d'évoluer vers la dépression et l'épuisement professionnel.

2.3. Le COVID-19 et les difficultés posées aux entreprises clés

Tout comme pour les travailleurs clés, il existe une distinction importante entre les entreprises qui ont pu continuer à fonctionner parce qu'elles produisaient des produits et des services clés («entreprises clés») et celles qui ne le pouvaient pas. Autorisées à poursuivre leurs activités, les entreprises clés ont néanmoins dû faire face à des obstacles considérables: confinements ou horaires restreints, baisse de la demande, chaînes d'approvisionnement perturbées, incertitude financière, baisse des investissements, gestion du personnel inquiet pour sa sécurité, malade ou indisponible en raison de restrictions de transport ou de responsabilités familiales, sans parler des clients indisciplinés. Les entreprises ont également été obligées d'adapter leurs activités pour se conformer aux directives d'urgence en matière de SST, dont la mise en œuvre pouvait être imprévisible, compliquée et coûteuse.

Bien qu'il y ait eu des points communs entre les expériences des entreprises clés, il y a aussi eu de grandes différences selon les biens ou les services qu'elles produisaient, leur position dans la chaîne d'approvisionnement nationale ou mondiale, la sévérité des restrictions dans la localité où elles opéraient, le fait qu'elles aient bénéficié ou non d'une aide publique, la compétence et l'expérience de leurs propriétaires ou de leurs gestionnaires et, surtout, selon qu'il s'agissait d'une grande entreprise bien financée et diversifiée ou d'une microentreprise sans employés, sans capital et sans réserves financières en cas de coup dur.

De même que la section précédente, qui décrit les difficultés rencontrées par les travailleurs clés lors de la pandémie de COVID-19, cette section donne un aperçu des difficultés rencontrées par les entreprises clés, sur la base d'entrevues qualitatives. L'analyse est structurée autour des principaux thèmes suivants: les effets de la pandémie sur leur fonctionnement et leur chiffre d'affaires, les stratégies d'adaptation mises en œuvre pour faire face à ces défis et les difficultés à se conformer aux protocoles de SST. Sachant que 85 pour cent des travailleurs clés sont employés dans le secteur privé, il est important de comprendre les épreuves – et les possibilités – des entreprises clés en cette période de crise.

Comme nous l'avons mentionné, les entreprises clés sont celles qui offrent des biens et des services jugés essentiels pendant la pandémie. Selon les données des enquêtes de la Banque mondiale sur les entreprises (World Bank Enterprise Surveys – WBES) pour 27 pays¹¹³, environ 53 pour cent des entreprises de l'échantillon ont été désignées comme entreprises clés pendant la pandémie de COVID-19¹¹⁴. En termes de taille d'entreprise, environ 45 pour cent de ces entreprises clés étaient petites (5-19 salariés), 32 pour cent étaient moyennes (20-99 salariés) et 22 pour cent étaient grandes (100 salariés et plus).

Répercussions de la pandémie sur le fonctionnement et le chiffre d'affaires des entreprises clés

Les entreprises classées comme clés ont pu poursuivre leurs activités, ce qui leur a incontestablement conféré un avantage par rapport à celles qui n'étaient pas considérées comme clés et dont les activités étaient restreintes pendant les périodes de confinement. En effet, 72 pour cent des entreprises clés de l'échantillon WBES ont pu rester ouvertes pendant les confinements, contre 28 pour cent des entreprises ne fournissant pas de biens et services clés. Cependant, le fait d'être autorisé à rester ouvert ne signifiait pas nécessairement que les entreprises clés restaient effectivement ouvertes ou continuaient à fonctionner. Au total, 28 pour cent des entreprises fournissant des biens et services clés ont fermé à un moment ou à un autre (figure 2.4), selon l'échantillon WBES.

En effet, l'autorisation de poursuivre leurs activités ne signifiait pas que les entreprises clés étaient à l'abri des perturbations. Dans l'agriculture et la pêche – désignées comme des secteurs économiques clés dans tous les pays –, les changements de modes de consommation, les obstacles au transport et les problèmes de personnel se sont répercutés sur l'ensemble de la branche d'activité. La fermeture de restaurants et l'annulation de mariages et d'autres événements, accompagnées d'une évolution de la demande pour des aliments pouvant être cuisinés à la maison, ont obligé les agriculteurs, les pêcheurs et les conditionneurs de viande à ajuster leur offre de produits, dans la mesure du possible.

Dans le secteur du conditionnement de la viande, cela impliquait de faire évoluer la production de produits préparés pour le marché de gros, comme la côte de bœuf, à des coupes de viande moins nobles, comme le paleron et le bœuf haché, qui sont vendues à des détaillants pour être achetées par les ménages dans les supermarchés. À ce défi se sont ajoutés les nombreux foyers de COVID-19 dans les centres de conditionnement de la viande, résultant en partie du processus de production, organisé comme une chaîne de montage avec des travailleurs proches les uns des autres, effectuant des mouvements répétitifs dans un environnement froid¹¹⁵. Ces effets combinés ont causé des ravages dans les chaînes d'approvisionnement en amont et en aval, entraînant un surplus de bétail qui ne pouvait pas être transformé et une pénurie de produits carnés disponibles à l'achat pour les ménages dans les supermarchés¹¹⁶. L'aquaculture a vécu une expérience similaire, car la demande pour les produits de poisson frais a chuté, mais a augmenté pour le poisson en conserve, congelé et transformé. En outre, la fermeture des frontières a entravé les exportations de poisson, obligeant les aquaculteurs à conserver d'importants stocks de poissons vivants dans les installations de production, ce qui a entraîné des coûts supplémentaires en matière d'alimentation et de surveillance, et a augmenté les risques de mortalité des poissons¹¹⁷.

En amont de la chaîne d'approvisionnement, la baisse des prix a eu des effets néfastes pour certains cultivateurs. Les producteurs de cardamome du Kerala, en Inde, ont fait état d'une chute spectaculaire des prix, qui sont passés de 3000-4000 à 1000-1500 roupies indiennes par kilogramme à partir d'avril 2020, en raison d'un manque de demande sur le marché international, des fermetures et d'une surabondance de stocks due à une bonne récolte. Dans le même temps, les prix des engrais et des pesticides utilisés dans la production de cardamome ont augmenté de

► **Figure 2.4. Niveau d'activité, selon la nature des biens et services fournis (pourcentage)**

	Ont fermé à un moment donné	Sont restées ouvertes
Entreprises fournissant des biens et services clés	28	72
Entreprises ne fournissant pas de biens et services clés	72	28

Note: L'échantillon se compose de 9169 entreprises. Pondérations de l'échantillon appliquées.

Source: Analyse à partir de WBES. Voir l'annexe pour plus de détails.

25 pour cent. En conséquence, les agriculteurs ont signalé que leurs revenus avaient baissé de 30 pour cent, ce qui a poussé nombre d'entre eux à épuiser leurs économies et à contracter des emprunts¹¹⁸. Les agriculteurs ont également signalé des problèmes pour trouver de la main-d'œuvre, car les migrants de l'État du Tamil Nadu n'ont pas pu franchir les frontières de l'État, et même les ouvriers locaux ont eu du mal à se présenter au travail lors du premier confinement en mars 2020.

En outre, les transports et autres goulets d'étranglement ont fortement perturbé les chaînes d'approvisionnement, au niveau tant national qu'international. Selon les données d'enquêtes WBES, 43,7 pour cent des entreprises fournissant des biens et services clés ont subi des répercussions négatives sur l'approvisionnement en intrants – moins que les 65,4 pour cent d'entreprises non-clés, mais tout de même un grand nombre. En Inde, les données fournies par l'un des plus grands détaillants en épicerie en ligne ont révélé que la disponibilité en ligne de légumes, de fruits et d'huiles alimentaires a chuté de 10 pour cent au cours des trois semaines qui ont suivi l'imposition d'un confinement strict le 25 mars 2020. L'effet sur les marchés agricoles réglementés, connus sous le nom de Mandis, a été encore plus prononcé, la quantité de légumes et de fruits arrivant pour être vendus aux intermédiaires ayant chuté de 20 pour cent à Delhi et à Kolkata (Calcutta) en raison des perturbations du fret¹¹⁹. D'autres biens et services clés ont été touchés par ces perturbations dans les transports. L'industrie pharmaceutique a par exemple eu du mal à expédier ses produits à l'étranger, les vols commerciaux ayant été fortement réduits¹²⁰.

Les petites entreprises ont également été touchées par les problèmes dans la chaîne d'approvisionnement. Au Kenya, les services de transport limités et la fermeture des frontières, notamment avec l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie, ont compliqué les achats, en particulier dans les zones reculées, ce qui a eu des répercussions sur les prix des biens et des services¹²¹. Des expériences similaires ont été observées au Malawi: les commerçants qui se rendent dans les pays voisins pour acheter des marchandises destinées à approvisionner les centres-villes et les marchés n'ont pas été en mesure de reconstituer leurs stocks¹²².

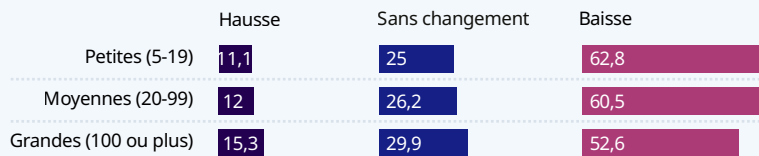
Si les problèmes d'approvisionnement ont entraîné des perturbations dans les activités, c'est du côté de la demande que les répercussions ont été les plus importantes, en particulier pour les micro et petites entreprises, qui dépendent du trafic piétonnier, entravé par les restrictions aux déplacements. À Accra, au Ghana, une enquête sur les travailleurs informels a montré qu'en juillet 2020 les gains des commerçants du marché et des vendeurs de nourriture ne représentaient qu'un tiers des niveaux antérieurs à la pandémie¹²³. L'expérience d'Adele, une vendeuse ambulante, illustre ces constats: «*Il y a des jours où nous restons assis ici toute la journée sans faire aucune vente [...] c'est dire à quel point la situation est devenue mauvaise*»¹²⁴. Un autre vendeur d'aliments s'est ainsi souvenu: «*Nous fermions à*

16 heures au lieu des 18 heures habituelles parce qu'il n'y avait pas de clients pour acheter la nourriture que nous préparions. L'endroit était très calme et il était difficile de croire que nous étions à Accra»¹²⁵. Comme la pandémie continuait, les effets négatifs se sont multipliés dans certains cas, étant donné que les clients des vendeurs de nourriture avaient réduit leur consommation en raison d'une perte de revenus. Dès le début de la pandémie, les dépenses alimentaires ont chuté dans les pays en développement en raison de la baisse des revenus. Les difficultés financières des vendeurs de nourriture ont été aggravées par l'arrivée de travailleurs déplacés dans le secteur de la vente de produits alimentaires pendant la crise, un phénomène que l'on observe dans plusieurs pays. L'avantage de l'informalité – la facilité d'accès – devient un inconvénient lorsque l'activité sert de refuge aux travailleurs qui n'ont pas de système de protection sociale solide sur lequel compter pendant les périodes difficiles. Les nouveaux venus ont accru la concurrence entre les vendeurs, ce qui a entraîné une baisse des revenus de tous les vendeurs. Au milieu de l'année 2021, plus de 60 pour cent des vendeurs ambulants dans 11 grandes villes du Sud ont déclaré que leurs revenus ne représentaient qu'un quart de ce qu'ils gagnaient avant la pandémie¹²⁶.

Ainsi, même si les entreprises clés ont pu poursuivre leurs activités, nombre d'entre elles ont enregistré une baisse de leurs ventes et de leurs recettes. Selon les données des enquêtes WBES, qui ne portent pas sur l'agriculture ou les microentreprises mais qui incluent l'industrie alimentaire et le commerce de détail, 62 pour cent des entreprises clés ont enregistré une baisse de leur chiffre d'affaires (contre 81 pour cent des entreprises non-clés) pendant la pandémie. Parmi les entreprises clés, on observe des variations en fonction de la taille de l'entreprise. Un peu plus de la moitié des grandes entreprises ont vu leur chiffre d'affaires baisser, mais les résultats ont été pires pour les moyennes (60,5 pour cent) et les petites entreprises (62,8 pour cent). Certaines entreprises ont

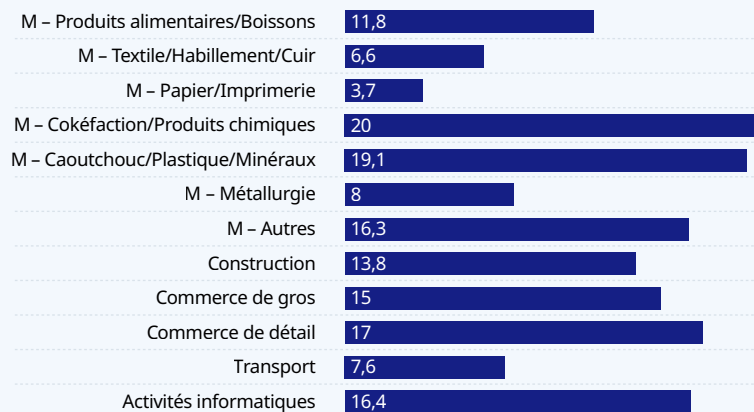
Si les problèmes d'approvisionnement ont entraîné des perturbations dans les activités, c'est du côté de la demande que les répercussions ont été les plus importantes, en particulier pour les micro et petites entreprises.

► **Figure 2.5. Impact sur le chiffre d'affaires, par taille d'entreprise, parmi les entreprises clés (pourcentage)**



Source: Analyse à partir de WBES. Voir l'annexe pour plus de détails.

► **Figure 2.6. Entreprises clés ayant signalé une augmentation de leur chiffre d'affaires pendant la pandémie, par secteur (pourcentage)**



Note: M = activités de fabrication. L'échantillon d'entreprises produisant des biens et services clés en compte 4 480. Les secteurs dont l'échantillon était de petite taille (≤ 30) ont été exclus.

Source: Analyse à partir de WBES. Voir l'annexe pour plus de détails.

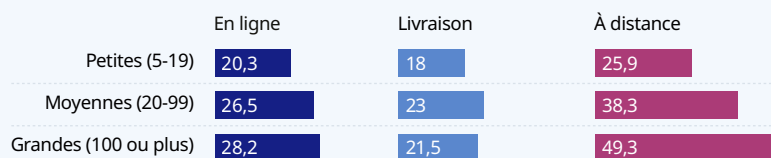
prospéré mais, là encore, ce sont les grandes qui s'en sortent le mieux puisque 15,3 pour cent d'entre elles ont déclaré une augmentation de leur chiffre d'affaires, contre 11,1 pour cent des petites entreprises (voir la figure 2.5).

Comme le montrent les données, certaines entreprises ont prospéré pendant la pandémie. En ventilant dans le détail les entreprises qui ont déclaré une croissance de leur chiffre d'affaires, on constate de nettes différences entre les secteurs, ce qui n'est pas surprenant étant donné la demande de produits particuliers résultant de la pandémie de COVID-19. Une entreprise sur cinq dans les secteurs «Cokéfaction/Produits chimiques» et «Caoutchouc/Plastique/Minéraux» a déclaré une hausse de son chiffre d'affaires. Les entreprises des secteurs «Commerce de gros», «Commerce de détail» et «Activités informatiques» s'en sont également relativement bien sorties, avec 15 à 17 pour cent de hausses (voir la figure 2.6). En revanche, peu d'entreprises des secteurs «Papier/Imprimerie» ont enregistré de bons résultats, probablement en raison de l'évolution marquée vers le travail à domicile¹²⁷.

L'impact sur le chiffre d'affaires a été déterminé par la demande, mais aussi par la capacité des entreprises à innover et à s'adapter à la perturbation des activités. On peut citer par exemple la capacité des restaurants à passer à la vente à emporter, celle des fabricants de vêtements à évoluer vers la production de masques de protection¹²⁸, ou celle des fabricants de peintures et de boissons à produire du gel antiseptique pour les mains et des désinfectants¹²⁹. La numérisation et le passage au commerce électronique ont permis aux entreprises d'atteindre leurs clients malgré les confinements, les couvre-feux et les règles et préférences de distanciation sociale, le travail à distance facilitant la continuité des activités des entreprises.

Parmi les entreprises clés, il y a eu des différences en termes de riposte et d'ajustements en fonction de la taille de l'entreprise. Les grandes entreprises ont plus facilement mis en œuvre le travail à distance – 49,3 pour cent contre 38,3 pour cent des entreprises moyennes et 25,9 pour cent des petites (voir la figure 2.7). Les mêmes différences en

► **Figure 2.7. Entreprises clés ayant commencé ou augmenté la vente en ligne, la livraison ou le travail à distance pendant la pandémie (pourcentage)**



Source: Analyse à partir de WBES. Voir l'annexe pour plus de détails.

fonction de la taille étaient moins marquées, mais toujours évidentes, pour celles qui ont lancé ou augmenté leur présence en ligne (20,3 pour cent des petites entreprises contre 28,2 pour cent des grandes). En ce qui concerne la livraison, ce sont les entreprises de taille moyenne qui se sont le plus tournées vers cette alternative (23 pour cent), mais 18 pour cent des petites entreprises s'y sont également mises ou ont renforcé ce service, ce qui s'explique probablement par la petite taille de la plupart des restaurants et des commerces de détail. Dans tous les cas, cependant, les petites entreprises étaient moins capables de s'adapter.

Les gens devaient rester chez eux, mais ils avaient besoin de services, d'articles, de beaucoup de choses, et nous devons les leur apporter. Cela a donc beaucoup changé, nous sommes devenus très visibles.

Propriétaire d'une entreprise internationale de livraison de colis, Mexique¹³⁰

Le passage à la vente en ligne et à la livraison a nécessité des ajustements dans les opérations. Des propriétaires de restaurants en Malaisie ont expliqué que ce changement impliquait d'adapter leurs menus, d'investir dans des emballages appropriés et de mettre en place des services de livraison. Les entreprises ont également dû s'appuyer davantage sur la publicité et développer des systèmes de prise de commandes en ligne¹³¹. Ailleurs, des restaurants et des détaillants non alimentaires ont choisi d'utiliser des plateformes intermédiaires fournissant des services en ligne de commande et de livraison, soit parce qu'ils n'avaient pas les moyens de développer leur propre infrastructure, soit parce que la position importante de ces plateformes sur le marché signifiait que, si les entreprises n'utilisaient pas leurs services, leurs ventes seraient insuffisantes¹³². Toutefois, les frais et commissions élevés facturés par les intermédiaires du commerce électronique et de la livraison de produits alimentaires – s'élevant généralement à près d'un tiers du prix de vente – risquaient de menacer la viabilité financière des petites entreprises¹³³. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que certains des plus grands gagnants de la pandémie aient été des entreprises de commerce électronique. En 2021, Amazon a enregistré une hausse de 44 pour cent de son chiffre d'affaires mondial et un bénéfice record de 8,1 milliards de dollars É.-U., soit un bond de 220 pour cent¹³⁴, et Flipkart, la deuxième plateforme de commerce de détail indienne, a enregistré une augmentation de 25 pour cent de son chiffre d'affaires pour l'année fiscale 2021¹³⁵.

Respecter les protocoles de SST

Si la plupart des entreprises produisant des biens et des services clés ont été autorisées à poursuivre leurs activités, elles étaient néanmoins tenues de respecter les protocoles de sécurité et de santé sur le lieu de travail afin de garantir la sécurité de leur personnel et de leur clientèle et d'atténuer la propagation potentielle du virus au sein de la communauté. Lorsque la pandémie de COVID-19 a éclaté, l'OMS a publié des orientations sur les mesures de sécurité et de santé sur le lieu de travail¹³⁶, comme l'ont fait la plupart des pays. Si bon nombre d'entre elles étaient universellement applicables, certaines étaient plus adaptées à la situation des pays développés, en particulier aux lieux de travail formels. Par exemple, les orientations suggèrent de «préciser aux salariés [qui s'isolent chez eux] qu'ils pourront décompter ce temps non travaillé comme un congé de maladie» – ce qui n'est pas universellement possible, que ce soit en droit ou en pratique. Les entreprises informelles des pays à faible revenu avaient également moins de chances d'avoir accès à l'eau et aux installations sanitaires, ce qui rendait plus difficile le respect des directives.

La nature du COVID-19 n'ayant été pleinement comprise que plusieurs mois après le début de la pandémie, les conseils pouvaient également prêter à confusion et s'avérer difficiles et coûteux à mettre en œuvre, en particulier pour les petites entreprises qui manquaient d'expérience en matière de mesures de sécurité et de santé sur le lieu de travail¹³⁷. Un propriétaire de restaurant au Pérou l'a ainsi expliqué: «*Nous n'avions pas les ressources nécessaires pour mettre en œuvre, superviser et contrôler les protocoles [...] nous avons essayé de les appliquer autant que possible, mais il est impossible de le faire à 100 pour cent [...] nous avons plus peur de la municipalité et ses amendes que d'être infecté*»¹³⁸. Même pour les grandes entreprises, les mesures pouvaient être lourdes et coûteuses à mettre en œuvre, mais elles étaient reconnues comme un moyen d'assurer la continuité de l'activité, comme le montre l'expérience des producteurs d'agrumes du Cap-Occidental en Afrique du Sud (voir l'encadré 2.2).

Au début de la pandémie, certaines entreprises ont éprouvé des difficultés à convaincre les travailleurs de se présenter au travail. Le propriétaire d'un atelier de fabrication de cercueils au Pérou a expliqué que le personnel s'inquiétait de la poursuite des activités: «*Nous avons envisagé de fermer l'atelier, mais je disais "nous ne pouvons pas fermer, il y a une demande, un besoin, un grand besoin de cercueils, comment pouvons-nous fermer si c'est notre secteur d'activité, c'est notre travail, ce serait irresponsable de fermer", puis nous avons parlé avec tout le monde et nous sommes tombés d'accord [pour rester ouverts]*»¹³⁹. Le propriétaire a précisé que des précautions avaient été prises pour que le personnel des pompes funèbres ne puisse plus entrer dans l'atelier et que l'utilisation de masques et de gel hydroalcoolique avait été exigée.

Les mesures de quarantaine ont également pu avoir une incidence sur la dotation en personnel sur le lieu de travail¹⁴⁰. Un protocole central d'atténuation du risque de contamination consistait à demander au personnel dont le test était positif, qui présentait des symptômes ou qui était en contact avec des personnes infectées de s'auto-isoler ou de se mettre en quarantaine¹⁴¹. Pour imposer l'auto-isolement ou la mise en quarantaine, plusieurs pays ont mis en place la recherche des contacts, souvent par le biais d'appels téléphoniques ou de l'utilisation d'applications¹⁴². Au Royaume-Uni, le programme «Test and Trace» du NHS, une application de recherche des contacts, a été lancé en riposte à la pandémie afin d'aider à freiner la propagation du COVID-19 en suivant les utilisateurs dans différentes institutions et en les informant s'ils avaient été en contact étroit avec une personne dont le test de dépistage du virus s'avérait positif. Le système de dépistage et de traçage a été largement mis en œuvre et a permis de réduire la propagation de l'épidémie¹⁴³. Il a néanmoins posé des problèmes aux employeurs, car il a intensifié les pénuries de main-d'œuvre, en particulier dans les professions qui nécessitaient un contact personnel étroit. Au Royaume-Uni, l'impact sur la main-d'œuvre a été si important que la situation a été qualifiée de «pingdémie» (*pingdemic*)¹⁴⁴, un mot-valise associant le son «ping» de la notification sur téléphone au terme pandémie.

Après le lancement des vaccins contre le COVID-19, de nombreux pays ont instauré des règles exigeant la coopération des employeurs pour les aider à contrôler le statut vaccinal de leurs salariés. Par exemple, aux États-Unis, toute entreprise employant plus de 100 personnes devait fournir la preuve de la vaccination de ses salariés ou mettre en place un dépistage régulier¹⁴⁵. En Italie, lorsque le Green Pass était en vigueur, les salariés non vaccinés étaient renvoyés chez eux sans salaire.

Malgré les difficultés et leur coût de mise en place, les protocoles relatifs au COVID-19 ont permis d'assurer la continuité des activités. Au Canada, par exemple, les mesures mises en œuvre, notamment celles visant à faciliter la distanciation, ont été appréciées par les acheteurs canadiens¹⁴⁶.

Encadré 2.2. Mesures de sécurité et de santé dans les grandes entreprises de production et de conditionnement d'agrumes dans la province du Cap-Occidental, en Afrique du Sud

L'expérience des grandes entreprises de production et de conditionnement d'agrumes de la région du Cederberg, dans la province du Cap-Occidental en Afrique du Sud, donne une idée de l'ampleur des mesures de sécurité et de santé sur le lieu de travail prises pour limiter les infections et garantir la poursuite des activités de ces entreprises. Comme dans d'autres régions d'Afrique du Sud, les producteurs et les entreprises de conditionnement du Cederberg font partie de la chaîne de valeur mondiale des fruits frais, avec une variété d'agrumes et d'autres produits exportés principalement vers l'Europe, mais aussi vers d'autres parties du monde. La production est organisée en grandes plantations et en centres de conditionnement, qui emploient, en pleine période de récolte, entre plusieurs centaines et plusieurs milliers de travailleurs, selon le producteur. Les travailleurs sont avant tout des migrants internes, mais aussi du Lesotho et du Zimbabwe. Si certains travailleurs vivent dans des foyers sur l'exploitation, la plupart d'entre eux résident dans des zones d'habitat informel et sont transportés quotidiennement vers les plantations et les entrepôts dans des camions fournis par l'employeur.

Encadré 2.2 (suite)

Comme l'État avait prévenu que les entreprises clés seraient fermées si elles ne se conformaient pas aux protocoles de sécurité et de santé relatifs au COVID-19, la Citrus Growers' Association (CGA), l'organisation de produit représentant les producteurs d'agrumes, a formé un comité de riposte au COVID-19 (COVID-19 Response Committee – CRC) afin de conseiller ses membres sur la mise en conformité. Du 15 avril au 27 août 2020, le CRC s'est réuni chaque semaine pour élaborer la riposte du secteur au COVID-19. Le risque que des travailleurs tombent malades et mettent en péril des équipes de récolte entières, des entrepôts de conditionnement, des entrepôts frigorifiques et des terminaux d'expédition a été identifié comme un risque majeur. Un autre risque était que l'État restreigne la liberté de mouvement des migrants, les empêchant ainsi d'atteindre les exploitations et les entrepôts¹.

Le CRC a procédé à une large consultation afin de recueillir les bonnes pratiques pour mettre en œuvre les règlements liés au COVID-19, notamment auprès du Département de l'agriculture, de la réforme agraire et du développement rural (DALRRD) et de représentants de l'industrie fruitière d'Australie, d'Espagne et de Nouvelle-Zélande. Il a demandé à ses membres de partager leurs conseils et leurs expériences pour faire face au COVID-19 sur le lieu de travail. Il a finalement élaboré deux lignes directrices sur les meilleures pratiques à l'intention des producteurs: l'une pour les lieux de travail et l'autre pour le transport des travailleurs. Il a également envoyé à ses membres des directives gouvernementales récemment publiées et a mis à jour ses propres orientations en fonction de l'évolution des informations et des directives. Entre avril et juillet 2020, la CGA a distribué 44 mémos contenant des lignes directrices à ses membres, ainsi que des affiches et des brochures que les producteurs pouvaient exposer sur les lieux de travail.

Alors que les activités du CRC avaient été suspendues après la première vague, il s'est réuni à nouveau pour se pencher sur le variant Delta du virus. Cette fois, des représentants du DALRRD, du forum des exportateurs de produits frais, de l'office de contrôle des exportations de produits périssables et d'AgBIZ ont été invités à se joindre au CRC, ce qui a permis une coopération plus étroite entre le secteur de l'agriculture et les institutions publiques. La plupart des autres organisations de produit, ainsi que l'organisation nationale des agriculteurs, AgriSA, et les organisations de commerce éthique, telles que la Sustainability Initiative of South Africa et la Wine and Agricultural Ethical Trade Association, ont soutenu leurs membres de manière similaire. En outre, dans la région du Cederberg, divers groupes WhatsApp locaux ont été créés, en lien avec AgriSA, des forums de police de proximité et le responsable médical du Cederberg (qui a transmis les directives par l'intermédiaire du Département de la santé). En bref, les grands producteurs-exportateurs ont reçu de nombreuses informations et orientations sur la manière de faire face à la pandémie.

Bien qu'ils aient eu accès aux mêmes informations, les producteurs ont réagi parfois de façon très différente face à la pandémie, allant de l'extrême prudence à la fin de non-recevoir. Un producteur (P6) a raconté qu'il avait fermé les portes de son exploitation après avoir été hospitalisé à cause du COVID-19, tandis qu'un autre (P4) a *«réalisé que le COVID n'était pas une blague»* après le décès de l'un de ses cadres supérieurs. P4 a développé une application de suivi des contacts pour pouvoir rapidement mettre en quarantaine tous les contacts, a engagé un consultant pour s'assurer que les stratégies de prévention des risques liés au COVID-19 étaient mises en œuvre dans son exploitation et a réalisé une analyse détaillée des risques liés au COVID-19 sur son lieu de travail. Un autre producteur (P3) a non seulement effectué une analyse des risques propres au COVID-19, mais a également mis en place une équipe de gestion du COVID-19 (comprenant la direction générale, les ressources humaines, le contrôleur de la qualité dans l'entrepôt de conditionnement et le délégué syndical) et a demandé à son infirmier du travail de surveiller en permanence les zones à haut risque. Chez P2, les travailleurs qui ne portaient pas de masque dans l'entrepôt ont reçu des avertissements disciplinaires. À l'autre bout du spectre, P1 raconte: *«J'ai dit aux travailleurs que c'est absurde de penser que si votre salive reste derrière votre masque, elle ne peut atteindre personne»*; il n'a pas non plus mis en œuvre de protocoles de distanciation physique.

Une fois les vaccins disponibles, tous les producteurs – à l'exception de P1, qui était sceptique – ont saisi l'occasion de se faire vacciner et de vacciner leurs travailleurs. Dans la région de Citrusdal, les plus grands producteurs ont organisé une campagne de vaccination en coopération avec le Département de la santé, et tous les producteurs de la région ont été invités à y participer. Dans les exploitations des producteurs interrogés, les taux de vaccination étaient supérieurs à 90 pour cent immédiatement après la campagne,

Encadré 2.2 (suite)

P5 affichant le taux le plus élevé, soit 99 pour cent. Il a non seulement assuré le transport gratuit des travailleurs vers les centres de vaccination, mais il a également lancé une vaste campagne de vaccination par téléphone portable, envoyant des messages aux travailleurs tout au long de l'épidémie sur la manière d'éviter le COVID-19 et, plus tard, vantant les avantages de la vaccination. Les travailleurs interrogés ont confirmé qu'ils avaient été encouragés à se faire vacciner et qu'ils avaient bénéficié d'un transport gratuit vers les sites de vaccination.

Si deux producteurs (P1 et P5) ont qualifié de «négligeable» l'impact de la pandémie sur leur entreprise, tous les autres producteurs ont fait remarquer que leurs coûts de transport avaient doublé à la suite de la mise en œuvre des directives de distanciation sociale. P4 a précisé que les coûts de mise en œuvre des différentes mesures s'étaient élevés à environ 1,1 million de rands sud-africains (environ 61 000 dollars É.-U.) pour le transport supplémentaire, l'embauche d'un consultant pour contrôler la mise en œuvre des règles contre le COVID-19, la fumigation et l'assainissement des espaces intérieurs, l'embauche d'un entrepreneur pour nettoyer et assainir les foyers d'hébergement quotidiennement, l'achat de masques et de désinfectants et l'achat de paniers de nourriture pour les travailleurs malades. P3 a dépensé environ 1,5 million de rands (environ 83 000 dollars) pour l'assainissement, les masques, la fumigation de l'entrepôt et l'embauche de 10 agents d'entretien supplémentaires pour l'assainissement de l'entrepôt. Malgré l'ampleur et le coût de ces mesures, ces grands producteurs disposaient des informations et des moyens financiers nécessaires pour mettre en œuvre les protocoles de sécurité, ce qui leur a permis de poursuivre leurs activités.

¹ CGA, 2021, p. 22.

Source: Visser, 2023.

Notes

- 1 OIT, 2020p.
- 2 Murti *et al.*, 2021.
- 3 OMS, sans date a.
- 4 Selon la méthodologie utilisée dans ce rapport, les travailleurs clés sont ceux qui exercent une profession clé dans un secteur d'activité clé. Malheureusement, en raison du manque de données, l'analyse de cette section n'a pas pu intégrer la dimension sectorielle. Par conséquent, les catégories professionnelles de cette section sont plus larges que dans le reste du rapport.
- 5 Le calcul de la mortalité des travailleurs clés n'est pas facile en raison des limitations des données, étant donné que de tels calculs nécessitent des données publiques actualisées sur la main-d'œuvre et la mortalité par profession détaillée et/ou par secteur d'activité. Les trois pays dont les données remplissent toutes ces conditions sont l'Angleterre (Royaume-Uni), le Brésil et les États-Unis (les données du National Vital Statistics System (NVSS) des États-Unis ne contiennent des informations sur la profession et la branche d'activité qu'à partir de 2020). L'Angleterre fournit des ensembles de données liées dans lesquels les travailleurs décédés sont mis en correspondance avec les données de recensement, mais il n'y a pas de données liées pour le Brésil et les États-Unis. L'absence de données couplées n'est pas particulièrement grave, car le taux de mortalité peut être calculé comme le rapport entre les travailleurs décédés à partir des données de mortalité et les travailleurs vivants à partir des enquêtes sur la main-d'œuvre.
- 6 Les données relatives à la mortalité proviennent du NVSS des États-Unis, fourni par les centres de prévention et de contrôle des maladies (Centers for Disease Control and Prevention – CDC); les données relatives à la population (nombre de travailleurs clés, ou de travailleurs exerçant une profession donnée) proviennent de l'enquête sur l'état de la population (CPS) menée par le bureau du recensement des États-Unis. Prendre les deux premiers mois d'une année donnée comme base de référence pour le calcul de la surmortalité est loin d'être idéal. C'est une durée trop courte et les décès de janvier et février souffrent de variations saisonnières. Néanmoins, c'est le mieux que l'on puisse faire, car les données du NVSS antérieures à 2020 ne font pas état de la profession et de la branche d'activité.
- 7 Hummer, Rogers et Eberstein, 1998.
- 8 Les contrôles sont effectués au moyen d'une régression logistique dans laquelle la mortalité est le résultat, le travailleur clé est la variable explicative et les contrôles sont l'âge, le sexe et un composite pour l'éducation.
- 9 La surmortalité contrôlée est la différence de mortalité associée aux coefficients des travailleurs clés. La hausse de la mortalité associée à un coefficient de régression logistique est la variation de la probabilité de décès, donnée par la fonction logistique évaluée à la probabilité moyenne de décès:

$$\Delta p = \frac{1}{1+e^{(\alpha_0 + \beta_{key})}} - \frac{1}{1+e^{\alpha_0}}$$
 où β_{key} est le coefficient associé aux travailleurs clés et α_0 est l'argument qui donne la mortalité moyenne pour tous les travailleurs.
- 10 La mortalité purement due au COVID-19 est calculée à partir des décès enregistrés sous le premier code U071, B342 ou U049 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), divisés par la population concernée. Il s'agit d'une sous-estimation de la mortalité due au COVID-19 réelle en raison de diagnostics erronés ou du fait que le code ci-dessus figure comme cause secondaire ou troisième de décès.
- 11 Chen *et al.*, 2021.
- 12 Idem.
- 13 Matz *et al.*, 2022. Les données pour l'Angleterre sont les seules dans lesquelles les défunts sont effectivement fusionnés avec les données sur le marché du travail issues du recensement.
- 14 Les auteurs utilisent le terme «travailleurs essentiels» dans leur étude. Étant donné qu'ils les identifient d'une manière différente de celle que le présent rapport utilise pour identifier les travailleurs clés, le terme «essentiel» n'a pas été remplacé par le terme «clé» dans la présentation de leurs résultats.
- 15 Nafilyan *et al.*, 2021.
- 16 Un rapport de risque de 1,45 signifie que les taux de mortalité des travailleurs clés sont 45 pour cent plus élevés que ceux des travailleurs non-clés (pas 45 points de pourcentage, mais 45 pour cent plus élevés).
- 17 La mortalité due au COVID-19 est également fonction des problèmes de santé préexistants, qui varient selon la profession. Dans certaines professions, le tabagisme et l'obésité sont plus répandus que dans d'autres. Les études analysées ici n'ont pas pu tenir compte de ces différences faute de données suffisantes.
- 18 DARES, 2021.
- 19 Calvo-Bonacho *et al.*, 2020.
- 20 Al-Kuwari *et al.*, 2021.
- 21 Dean, Venkataramani et Kimmel, 2020; Firouzi Naeim et Rahimzadeh, 2022; Soares et Berg, à paraître.
- 22 Leigh, 1981.
- 23 Weil, 1991.
- 24 Mishel, 2012.
- 25 Firouzi Naeim et Rahimzadeh, 2022.
- 26 Soares et Berg, à paraître.
- 27 El Colegio de la Frontera Norte, 2020.
- 28 Baumeister, 2021.
- 29 La différence de revenus en pourcentage entre le Costa Rica et le Nicaragua est à peu près la même qu'entre les États-Unis et le Mexique.
- 30 Douglas et Marema, 2020.
- 31 Mano, 2020.
- 32 État de Californie, sans date.
- 33 Source: ILOSTAT.
- 34 Au Brésil, tous les travailleurs titulaires d'une carte de travail sont enregistrés dans le Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED). Plus précisément, chaque fois qu'un lien d'emploi est établi ou rompu, il est enregistré et la raison en est donnée, y compris en cas de décès du travailleur.
- 35 Pereira Galindo, Pereira Silva et Pedreira Júnior, 2022.
- 36 Voir Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Bakker et Demerouti, 2007.
- 37 Eurofound et OIT, 2019.
- 38 Schaufeli et Taris, 2014.
- 39 OIT, 2021b.
- 40 Qin *et al.*, 2021.
- 41 Elbert, Boniolo et Dalle, 2022.
- 42 Lin, 2022.
- 43 Vosko *et al.*, 2022.
- 44 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 45 Darkwah, 2022.
- 46 Vosko *et al.*, 2022.
- 47 Elbert, Boniolo et Dalle, 2022.
- 48 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 49 Darkwah, 2022.
- 50 Entretien avec Lucrecia, infirmière mexicaine, le 24 août 2021.
- 51 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.

- 52 Manky *et al.*, 2022.
- 53 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 54 Manky *et al.*, 2022.
- 55 Vosko *et al.*, 2022.
- 56 Eurofound et OIT, 2019.
- 57 Idem.
- 58 Idem.
- 59 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 60 Idem.
- 61 Idem.
- 62 Loustaunau *et al.*, 2021.
- 63 Lin, 2022.
- 64 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 65 En effet, les indicateurs de satisfaction professionnelle reflètent plus souvent les sentiments d'un individu à l'égard de son environnement social au travail que l'évaluation par les travailleurs de leurs conditions contractuelles (Rose, 2003).
- 66 Seppälä et Cameron, 2015.
- 67 Singh, à paraître.
- 68 Manky *et al.*, 2022.
- 69 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 70 Vermeerbergen *et al.*, 2021.
- 71 Eurofound et OIT, 2019.
- 72 Hughes, 1958; Press, 2021.
- 73 Manky *et al.*, 2022.
- 74 Vosko *et al.*, 2022.
- 75 Singh, à paraître.
- 76 Manky *et al.*, 2022.
- 77 H. Kim *et al.*, 2023.
- 78 Jones, Mudaliar et Piper, 2021.
- 79 Bagcchi, 2020.
- 80 Lin, 2022.
- 81 Singh, à paraître.
- 82 Darkwah, 2022.
- 83 Hochschild, 2012.
- 84 Joo et Rhie, 2017.
- 85 Cai *et al.*, 2021.
- 86 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 87 WIEGO, 2021.
- 88 Darkwah, 2022.
- 89 Dev et Rahul, 2022.
- 90 J. Liu *et al.*, 2019.
- 91 Vento, Cainelli et Vallone, 2020.
- 92 CICR, 2020.
- 93 Les soins de santé en danger, sans date.
- 94 Bryson et Green, 2015.
- 95 Lin, 2022.
- 96 Manky *et al.*, 2022.
- 97 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 98 Elbert, Boniolo et Dalle, 2022.
- 99 Dev et Rahul, 2022.
- 100 Barello, Palamenghi et Graffigna, 2020.
- 101 L'épuisement émotionnel est défini comme le fait d'avoir des ressources émotionnelles épuisées sans source de reconstitution.
- 102 Barello, Palamenghi et Graffigna, 2020.
- 103 Sadeghipor, Aghdam et Kabiri, 2021.
- 104 Scatularo *et al.*, 2021.
- 105 Khasne *et al.*, 2020.
- 106 Kapasa *et al.*, 2021.
- 107 M. Kim *et al.*, 2022.
- 108 Ghahramani *et al.*, 2021.
- 109 Janson, Sharkey et del Cid, 2021.
- 110 Mayer *et al.*, 2022.
- 111 Jooshandeh, 2021.
- 112 Ding *et al.*, 2021.
- 113 Les enquêtes WBES couvrent les entreprises enregistrées du secteur privé qui emploient 5 personnes ou plus. L'ensemble des données exclut les secteurs de l'agriculture et de la santé. Des informations étaient disponibles pour 27 pays. Voir l'annexe pour plus de détails.
- 114 Contrairement à l'analyse sur les travailleurs, qui repose sur une définition globale du terme « clé », la désignation des entreprises clés se fonde sur la liste spécifique de chacun des 27 pays analysés dans l'ensemble des données WBES, la capacité d'une entreprise à poursuivre ses activités étant déterminée au niveau national. Voir l'annexe pour plus de détails.
- 115 Au cours des premiers mois de la pandémie, des foyers de contamination sont apparus dans le secteur du conditionnement de la viande en Allemagne, en Argentine, en Australie, au Brésil, au Canada, en Chine, au Danemark, en Espagne, aux États-Unis, en France, en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, en Pologne et au Royaume-Uni.
- 116 OIT, 2021h.
- 117 FAO, 2020.
- 118 Sur la base d'entretiens avec des agriculteurs du Kerala, en Inde, en septembre 2021.
- 119 Mahajan et Tomar, 2021.
- 120 Flynn *et al.*, 2021.
- 121 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 122 Note d'information.
- 123 WIEGO, 2021.
- 124 Darkwah, 2022.
- 125 Idem.
- 126 Alferts *et al.*, 2022.
- 127 OIT, 2021c.
- 128 Manolova *et al.*, 2020.
- 129 Laato *et al.*, 2020.
- 130 Étude de fond non publiée préparée pour l'OIT.
- 131 Lin, 2022.
- 132 Popper, 2020.
- 133 Mitchell, 2021.
- 134 Weise, 2021.
- 135 Statista, sans date.
- 136 OMS, 2020b.
- 137 Shaw *et al.*, 2020.
- 138 Manky *et al.*, 2022.
- 139 Idem.
- 140 Koren et Petó, 2020.
- 141 OMS, 2021.
- 142 Scarpetti, Webb et Hernandez-Quevedo, 2020.
- 143 Wymant *et al.*, 2021.
- 144 Hipwell et Shepherd, 2021.
- 145 Chambre de commerce des États-Unis, sans date.
- 146 Goddard, 2021.