EXPOSÉ, RÉDUIT AU SILENCE, AGRESSÉ

LE PERSONNEL DE SANTE ET DES AUTRES SECTEURS ESSENTIELS CONFRONTE A UN MANQUE DE PROTECTION CRIANT EN PLEINE PANDEMIE DE COVID-19

AMNESTY INTERNATIONAL

Amnesty International est un mouvement mondial réunissant plus de sept millions de personnes qui agissent pour que les droits fondamentaux de chaque individu soient respectés.

Notre vision est celle d'un monde où tout être humain peut se prévaloir de tous les droits énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans d'autres textes internationaux.

Essentiellement financée par ses membres et les dons de particuliers, Amnesty International est indépendante de tout gouvernement, de toute tendance politique, de toute puissance économique et de tout groupement religieux.

© Amnesty International 2020
Sauf mention contraire, le contenu de ce document est sous licence Creative Commons (Attribution - Utilisation non commerciale - Pas d'Œuvre dérivée – 4.0 International) https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.fr
Pour plus d'informations, veuillez consulter la page relative aux autorisations sur notre site : www.amnesty.org
Lorsqu'une entité autre qu'Amnesty International est détentrice du copyright, le matériel n'est pas sous licence Creative Commons .
First published in 2017
by Amnesty International Ltd
Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, UK

Index : POL 40/2572/2020
Original : Anglais

amnesty.org

Photo de couverture: *Titres de plusieurs publications anglaises pendant la période du 19 mars au 23 mai 2020.*
© Amnesty International

AMNESTY INTERNATIONAL

© Amnesty International 2020
Sauf mention contraire, le contenu de ce document est sous licence Creative Commons (Attribution - Utilisation non commerciale - Pas d'Œuvre dérivée – 4.0 International) https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.fr
Pour plus d'informations, veuillez consulter la page relative aux autorisations sur notre site : www.amnesty.org
Lorsqu'une entité autre qu'Amnesty International est détentrice du copyright, le matériel n'est pas sous licence Creative Commons .
First published in 2017
by Amnesty International Ltd
Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, UK

Index : POL 40/2572/2020
Original : Anglais

amnesty.org

Photo de couverture: *Titres de plusieurs publications anglaises pendant la période du 19 mars au 23 mai 2020.*
© Amnesty International

AMNESTY INTERNATIONAL

SOMMAIRE

1. SYNTHÈSE **6**

2. INTRODUCTION **12**

3. METHODOLOGIE **14**

4. DES CONDITIONS DE TRAVAIL DANGEREUSES ET INJUSTES **16**

4.1 CONTAMINATION ET DÉCÈS DE PROFESSIONNEL·LE·S RATTRAPE·É·S PAR LA PANDÉMIE DE COVID-19 16

4.2 PÉNURIE D'ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI) 22

4.3 CHARGE DE TRAVAIL ET PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE 26

4.4 RÉMUNÉRATION ET INDEMNISATION 28

5. DROITS À LA LIBERTÉ D'EXPRESSION ET À LA LIBERTÉ DE RÉUNION PACIFIQUE **32**

6. STIGMATISATION ET VIOLENCE **39**

7. GRANDS PROBLÈMES STRUCTURELS **44**

8. DROIT INTERNATIONAL ET NORMES INTERNATIONALES **49**

8.1 DROIT À LA SANTÉ 51

8.2 DROIT QU'A TOUTE PERSONNE DE JOUIR DE CONDITIONS DE TRAVAIL JUSTES ET FAVORABLES 51

8.3 PROTECTION CONTRE LA STIGMATISATION, LA DISCRIMINATION ET LA VIOLENCE 54

8.4 LIBERTÉ D'EXPRESSION 54

8.5 ASSISTANCE ET COOPÉRATION INTERNATIONALES 55

9. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS **57**

1. SYNTHÈSE

En mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a qualifié la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) de pandémie. Au moment de la rédaction du présent rapport, 11 125 245 personnes avaient contracté la maladie et 528 204 en étaient décédées. La plupart des gouvernements avaient imposé certaines formes de restrictions au droit de circuler librement et à d'autres libertés fondamentales afin de contrôler la propagation du virus. Dans plusieurs pays, le pire reste à venir. En cette période difficile, les professionnel·le·s de santé et les personnes exerçant un métier essentiel ont joué un rôle extraordinaire pour faire face à la pandémie. Dans tous les États, ces hommes et ces femmes ont mis leur santé et leur bien-être en danger, souvent dans des circonstances extrêmement pénibles et avec très peu de soutien, pour garantir l'accès de la population aux services essentiels dont elle a besoin, notamment aux soins de santé, à la nourriture et autres produits nutritionnels, ainsi qu'aux services publics d'urgence.

Pourtant, dans le monde entier, le personnel de santé et des autres secteurs essentiels s'est heurté à des obstacles considérables pour exercer son métier, sans recevoir de protection suffisante des gouvernements. D'après l'analyse d'Amnesty International, au moins 3 000 professionel·le·s de santé ont perdu la vie après avoir été atteint·e·s de COVID-19 – sans compter les cas non recensés par les autorités, probablement très nombreux – et beaucoup d'autres ont travaillé dans des conditions dangereuses, faute d'équipement de protection individuelle (EPI). Le personnel soignant a également fait l'objet de représailles de la part des autorités et de ses employeurs après avoir manifesté des inquiétudes au sujet de sa sécurité. Il a subi des arrestations, des licenciements et même parfois une violence et une stigmatisation de la population.

Le présent rapport livre une étude de ces problèmes et signale des dysfonctionnements structurels plus profonds au sein des systèmes sanitaires et sociaux du monde entier, qui ont aggravé ces problèmes et doivent être résolus sans délai. Il repose en grande partie sur des informations provenant des sources suivantes : i) suivi, par des chercheurs et chercheuses d'Amnesty International, des droits du personnel de santé et des autres secteurs essentiels dans 63 pays et territoires, notamment par des entretiens avec des membres de ces professions ; ii) analyse des informations parues dans les médias, d'articles universitaires et de comptes rendus de syndicats et autres acteurs de la société civile sur les difficultés rencontrées par les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels pendant la pandémie ; iii) confrontation des données issues de sources multiples, notamment des médias et des listes établies par des associations médicales nationales, sur le nombre de personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel décédées après avoir été atteintes de COVID-19. L'analyse porte majoritairement sur le personnel soignant car les informations disponibles sur ces professionnel·le·s sont plus nombreuses que sur les autres corps de métiers, mais il est nécessaire de l'élargir à bien d'autres personnes qui ont également besoin de protection car elles sont exposées à ce coronavirus dans le cadre de leur travail.

> **« En ce moment, on a l'impression chaque jour de marcher sur un tapis roulant à la vitesse maximum, en essayant de tenir le rythme ; tout le monde est fatigué et anxieux. »**

Une infirmière, Royaume-Uni

En raison de leur travail, les personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel sont souvent plus exposées à la pandémie de COVID-19 que le reste de la population et risquent donc davantage d'être infectées, de tomber gravement malades, voire de mourir si elles ne bénéficient pas d'une protection appropriée. À ce jour, de nombreux pays n'appliquent aucun suivi systématique du nombre de professionnel·le·s de santé et de personnes exerçant un métier essentiel décédées après avoir contracté la maladie, mais des estimations existent. D'après le Conseil international des infirmières, « plus de 230 000 professionnel·le·s de santé ont attrapé la maladie et plus de 600 infirmiers et infirmières ont maintenant perdu la vie après avoir contracté le virus ». Amnesty International a confronté et analysé un large éventail de données disponibles, selon lesquelles au moins 3 000 professionnel·le·s de santé de 79 pays du monde entier sont mort·e·s après avoir contracté la maladie à coronavirus 2019. Au Royaume-Uni, les données ont révélé des taux élevés de mortalité dans certaines catégories des professions sanitaires et sociales par rapport au reste de la population active, notamment parmi les infirmiers et les infirmières, les hommes aides-soignants, les assistantes sociales et les assistants sociaux, ainsi que les hommes travaillant dans le secteur de la santé. Le taux de mortalité des hommes est élevé également chez les chauffeurs et notamment les chauffeurs de taxi, chez les conducteurs d'autocar et d'autobus, chez les ouvriers industriels et chez les agents de sécurité.

Les données et l'analyse propres à certains pays mentionnés dans ce rapport commencent à montrer qu'il existe des groupes de personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel qui ont été touchés par la pandémie de manière disproportionnée, car les taux d'infection et de mortalité qui les caractérisent sont plus élevés. Il s'agit, par exemple, des personnes racisées (qui s'identifient comme noires, asiatiques ou appartenant à une minorité ethnique) travaillant dans le secteur de la santé au Royaume-Uni, des agents des services d'assainissement indiens (souvent membres de la communauté dalit) ou encore des membres de la communauté somalie de Finlande (qui présentent une plus forte probabilité que le reste de la population de travailler dans les secteurs essentiels, d'après certaines analyses, ce qui peut expliquer ce taux d'incidence).

Les professionnel·le·s de santé et les personnes exerçant un métier essentiel ont subi une pénurie d'EPI dans la quasi-totalité des 63 pays et territoires sur lesquels Amnesty International a recueilli des informations ; d'après une étude publiée en mai 2020 par l'Internationale des services publics, moins d'un quart des syndicats des 62 pays et territoires ayant répondu à l'enquête ont déclaré disposer d'équipements appropriés pour leurs membres. Dans ces circonstances, les personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel ont dû trouver elles-mêmes différents moyens de protection, au risque de mettre leur santé et leur sécurité en danger. Dans certains pays, des membres du personnel soignant ont déclaré avoir acheté eux-mêmes leur EPI, car il ne leur était pas fourni. D'autres ont expliqué avoir dû improviser pour se protéger à l'aide de produits courants, notamment des sacs-poubelle et des imperméables. Depuis le début de la pandémie, plusieurs États ont modifié leur réglementation relative à l'importation et à l'exportation de produits de première nécessité, notamment d'EPI, ce qui peut avoir aggravé la situation de certains pays rencontrant déjà des difficultés pour faire l'acquisition d'EPI sur le marché international.

Qui plus est, à la charge de travail et aux risques professionnels supplémentaires auxquels s'expose le personnel de santé de certains pays s'ajoutent, estime-t-il, une rémunération insuffisante et une absence d'indemnisation en cas de maladie professionnelle, voire de décès. La charge de travail supplémentaire et l'augmentation possible du stress et de l'anxiété liés au travail, en particulier dans ces circonstances difficiles, peuvent également avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale des professionnel·le·s de santé. D'après une enquête publiée au Portugal, en avril 2020, par ce corps de métier, après le début de la pandémie de COVID-19, près de 75 % des professionnel·le·s de santé ayant répondu à l'enquête considéraient leur degré d'anxiété comme « élevé » ou « très élevé » et 14,6 % déclaraient ressentir des symptômes modérés ou importants de dépression. Un professionnel de santé d'Afrique du Sud a fourni ces explications à Amnesty International : « Le principal problème, pour moi, est notre épuisement à tous et à toutes, à force de courir d'un·e patient·e à l'autre. Pour bon nombre d'entre nous, nous en arrivons à nous toucher le visage sans le faire exprès et à nous exposer au virus. Nous transpirons aussi beaucoup et la visière se couvre de buée. Je ne travaille plus avec les malades de COVID-19 et je suis médecin remplaçant, donc je ne suis rémunéré que lorsque j'ai du travail. Du coup, je suis encore plus stressé qu'avant. »

Beaucoup de travailleurs et travailleuses ont dénoncé ces conditions, s'exposant à des représailles, notamment des licenciements, voire des arrestations. Amnesty International a recensé au moins 31 pays où des professionnel·le·s de santé et des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s avaient manifesté publiquement

contre leurs conditions de travail, s'étaient mis·e·s en grève ou avaient menacé de le faire. L'organisation a découvert que, dans certains pays, le gouvernement ou des employeurs privés avaient imposé des restrictions ou avaient donné des instructions pour empêcher les professionnel·le·s de santé et les travailleurs et travailleuses essentiel·le·s d'exprimer leurs craintes. Dans d'autres pays, ces personnes n'ont subi aucune atteinte officielle à leur liberté, mais beaucoup travaillaient dans un contexte où toute critique à l'égard des autorités fait souvent l'objet d'une répression et risque d'engendrer des représailles.

En Russie, par exemple, les autorités ont ouvert une enquête administrative sur l'endocrinologue Yulia Volkova, au motif qu'elle a diffusé de fausses informations sur la pandémie de COVID-19 en toute connaissance de cause, parce qu'elle a publié une vidéo sur Twitter, le 25 mars, dans laquelle elle demande que les médecins reçoivent des EPI. « À qui ai-je fait peur avec ma vidéo ? Je ne cite pas le nom de mon hôpital ni celui du médecin chef de service. J'ai simplement dit que nous demandons instamment de recevoir des équipements de protection modernes », a déclaré Yulia Volkova à Amnesty International.

En Malaisie, la police a dispersé une manifestation pacifique organisée contre une entreprise de services de nettoyage pour les hôpitaux. Les manifestant·e·s dénonçaient ce qu'ils/elles considéraient être un traitement injuste des membres du syndicat par l'entreprise, ainsi que l'insuffisance des moyens de protection des agents de nettoyage des hôpitaux. La police a arrêté, placé en détention et inculpé de « rassemblement non autorisé » cinq manifestant·e·s, violant leur droit à la liberté d'association et de réunion. En Égypte, les autorités ont également arrêté et placé en détention neuf médecins pour avoir sonné l'alarme en publiant en ligne et sur les réseaux sociaux des billets sur des questions de santé.

> **« Je me sens tellement abandonné. Le gouvernement et les responsables de l'administration locale ne font pas tout ce qui est en leur pouvoir pour protéger les médecins... Nous sommes complètement désespérés. Tout ce que nous pouvons faire, c'est manifester. On nous réduit au silence. »**
>
> Un professionnel de santé, Pakistan

Alors que, dans de nombreux pays, le personnel soignant a reçu de la population une vague de soutien et de solidarité sans précédent, les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels ont aussi parfois fait l'objet de stigmatisation, voire de violence, à cause de leur métier dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Des cas ont également été signalés où l'accès aux services essentiels, notamment au logement, a été refusé à des professionnel·le·s de santé par crainte de la contagion, au cas où ces personnes seraient porteuses du coronavirus 2019. Dans dix pays au moins, des informations ont révélé que des personnes travaillant dans le secteur de la santé avaient été expulsées de leur logement, avaient fait l'objet de tentatives en ce sens, avaient eu des difficultés à trouver un hébergement ou avaient été stigmatisées par leur voisinage.

Amnesty International a recensé des cas de ce type dans 11 pays au moins, où des personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel ont même été agressées ou ont subi des formes de violence au travail, en se rendant au travail, dans leur communauté locale ou leur quartier et chez elles. En mai 2020, 13 organisations médicales et humanitaires représentant 30 millions de professionnel·le·s de santé ont émis une déclaration dans laquelle elles condamnent les plus de 200 cas recensés d'agressions de professionnel·le·s de santé pour des raisons liées à la pandémie de COVID-19 – une tendance qui met en danger ce personnel essentiel intervenant en première ligne de la lutte contre la pandémie de COVID-19, ainsi que les populations qu'il soigne.

Au Mexique, par exemple, le ministère de l'Intérieur avait recensé, au 28 avril, au moins 47 cas d'agressions de professionnel·le·s de santé, dont 70 % perpétrées contre des femmes. Une infirmière a été abondamment arrosée d'eau de Javel alors qu'elle marchait dans la rue, semble-t-il. Le Conseil national de prévention de la discrimination (CONAPRED) a fait état de 265 plaintes de professionnel·le·s de santé (17 médecins, 8 infirmiers et

infirmières et 31 personnes exerçant une profession administrative ou de soutien) reçues entre le 19 mars et le 8 mai au sujet d'actes de discrimination liés à leur travail dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19.

Les États ont l'obligation claire de faire respecter les droits humains suivants pour protéger le personnel soignant et les personnes exerçant un métier essentiel dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : le droit à la santé ; le droit de jouir de conditions de travail justes et favorables ; la liberté d'expression et de réunion pacifique ; le droit de vivre libre de toute discrimination ; l'obligation de tous les États de fournir une coopération et une assistance internationales pour l'accomplissement des droits humains. La protection des droits du personnel de santé et des autres secteurs essentiels est indispensable pour rendre plus forte la réponse à la pandémie et lui permettre de mieux respecter les libertés fondamentales. Les professionnel·le·s de santé sont une source précieuse d'informations pour connaître la propagation et l'ampleur de la pandémie de COVID-19, ainsi que les réponses que les gouvernements y apportent. Garantir la protection du personnel de santé et des autres secteurs essentiels est une étape majeure sur la voie de la protection de tous et de toutes.

> **« Lorsque des équipements de protection individuelle appropriés seront fournis au personnel de santé, nous n'aurons plus peur de soigner aucun patient, quels que soient ses symptômes, et des vies seront sauvées. »**
>
> Une personne travaillant dans le secteur de la santé, Nigeria

La publication du présent rapport intervient à un moment où la pandémie semble s'atténuer dans certains pays et commencer à s'intensifier dans d'autres. Néanmoins, les enseignements tirés et les recommandations qu'il contient sont universels. Les pays faisant face actuellement au pic de la pandémie doivent mettre en œuvre d'urgence les recommandations contenues dans ce rapport afin de protéger les droits du personnel de santé et des autres secteurs essentiels. Ceux qui pourraient être gravement affectés à l'avenir mais qui ne le sont pas encore aujourd'hui devraient mettre à profit le temps dont ils disposent pour veiller à la bonne préparation de leur système de santé et au bon fonctionnement d'une infrastructure permettant de protéger parfaitement les droits du personnel de santé et des autres secteurs essentiels quand la pandémie frappera, le cas échéant. Enfin, il convient que les pays où la pandémie recule depuis peu se préparent à une deuxième vague éventuelle et résolvent les questions qui préoccupent les professionnel·le·s de santé et les travailleurs et travailleuses essentiel·le·s afin de garantir le respect de l'obligation de rendre des comptes lorsque leurs droits n'ont pas été entièrement respectés.

Amnesty International adresse une liste complète de recommandations aux gouvernements du monde entier pour garantir la protection suffisante, pendant la pandémie de COVID-19, des personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel. Ces recommandations comprennent les suivantes :

- Les États doivent veiller à ce que les employeurs – qu'ils soient publics ou privés – fournissent des EPI appropriés à toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel pour assurer leur protection pendant la pandémie de COVID-19, conformément aux normes internationales.

- Les États doivent reconnaître le statut de maladie professionnelle de la maladie à coronavirus 2019. Les travailleurs et travailleuses qui la contractent dans l'exercice de leur profession doivent avoir droit à une compensation financière et aux soins nécessaires, notamment médicaux. Cette reconnaissance doit s'appliquer à toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel, quelle que soit la nature de leur contrat, y compris aux professionnel·le·s appartenant à des groupes ayant subi une discrimination structurelle.

- Les craintes du personnel de santé et des autres secteurs essentiels doivent être écoutées et donner lieu à une réponse appropriée. Celles et ceux qui soulèvent des préoccupations ou déposent une plainte en lien avec la santé ou la sécurité ne doivent faire l'objet d'aucune mesure de représailles.

Lorsque des professionnel·le·s de santé et des travailleurs ou travailleuses essentiel·le·s ont subi des représailles ou des mesures disciplinaires au travail pour avoir soulevé des préoccupations liées à leur santé et leur sécurité, ou bien lorsqu'ils ont perdu leur emploi pour l'avoir fait, les mesures entreprises contre eux doivent faire l'objet d'enquêtes en bonne et due forme menées par les autorités compétentes et, lorsqu'il y a lieu, leur donner droit à des réparations satisfaisantes, y compris à la possibilité de reprendre leur poste.

- Toute agression ou tout acte de violence contre des professionnel·le·s de santé ou des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s doit donner lieu à l'ouverture immédiate d'une enquête approfondie, indépendante et impartiale menée par les autorités nationales, qui permette d'obliger les responsables à répondre de leurs actes. Ce faisant, les États doivent reconnaître que certaines personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel sont susceptibles de courir un risque supplémentaire ou spécifique en raison de leurs identités croisées, ce dont les gouvernements doivent tenir compte dans leur réponse.

- Il serait utile de mener des examens exhaustifs, efficaces et indépendants de l'état de préparation à la pandémie des États et autres acteurs, ainsi que de leur réponse à celle-ci. Lorsqu'il y a lieu de croire que, dans le cadre de la pandémie, les organes gouvernementaux n'ont pas protégé les droits humains comme ils le devaient – notamment les droits du personnel de santé et des autres secteurs essentiels – , les États doivent accorder des réparations efficaces et accessibles aux personnes affectées, notamment par l'ouverture d'enquêtes approfondies, crédibles, transparentes, indépendantes et impartiales sur leurs allégations.

- Les gouvernements doivent recueillir et publier les données par métier, notamment les catégories de professionnel·le·s de santé et de travailleuses et travailleurs essentiel·le·s atteint·e·s de COVID-19, ainsi que le nombre de décès à déplorer dans chaque catégorie, afin d'assurer une protection efficace de ces personnes, à l'avenir. Ces données doivent être ventilées en fonction des motifs de discrimination interdits, notamment par genre, par caste, par appartenance ethnique et par nationalité, si possible, ainsi qu'en fonction du lieu de travail.

Vous trouverez la liste complète des recommandations à la fin de ce rapport.

2. INTRODUCTION

> **« Nous sommes épuisés, physiquement et mentalement. Notre vie personnelle est complètement chamboulée. Notre principale source de stress est l'attitude du gouvernement et le manque de connaissance de la population au sujet de la maladie. »**
>
> Un professionnel de santé, Pakistan[1]

Photo : Des médecins et du personnel médical membres de l'Association des jeunes médecins manifestent contre le manque d'équipement de protection individuelle (EPI) et de ressources ainsi que les conditions de travail au Pakistan - avril/mai 2020.
© Young Doctors Association

En décembre 2019, des informations ont commencé à révéler l'apparition d'une nouvelle maladie, baptisée par la suite « COVID-19 ». En mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a qualifié cette maladie de pandémie mondiale. Au moment de la rédaction du présent rapport, 11 125 245 personnes avaient contracté la maladie et 528 204 en étaient décédées. La plupart des gouvernements avaient imposé certaines formes de

[1] Entretien avec un médecin, 22 mai 2020, Lahore (Pakistan)

restrictions au droit de circuler librement et à d'autres libertés fondamentales afin de contrôler la propagation du virus. Dans plusieurs pays, le pire reste probablement à venir. Il ne fait aucun doute que la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions physiques, sociales et économiques sans précédent sur les populations du monde entier. Des personnes se sont heurtées à la maladie, à la perte de membres de leur famille ou d'êtres chers et à la perturbation de leurs moyens de subsistance. La situation actuelle est incertaine et l'avenir l'est plus encore, ce qui est source d'anxiété et de grande inquiétude pour beaucoup[2].

En cette période difficile, les professionnel·le·s de santé et les personnes exerçant un métier essentiel ont joué un rôle extraordinaire pour faire face à la pandémie. Dans tous les pays, ces hommes et ces femmes ont mis leur santé, leur bien-être et leur vie en danger, en travaillant souvent dans des circonstances extrêmement pénibles et avec très peu de soutien, pour garantir l'accès de la population aux services essentiels dont elle a besoin, notamment aux soins de santé, à de la nourriture et d'autres produits de première nécessité, ainsi qu'aux services publics d'urgence. Pourtant, dans le monde entier, des personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel se sont heurtées à des obstacles considérables dans la pratique de leur profession, alors que les gouvernements ne les protégeaient pas suffisamment. Dans plusieurs pays, la pénurie d'équipements de protection individuelle (EPI) a souvent contraint ces professionnel·le·s à exercer leur métier sans protection suffisante, dans un environnement dangereux. Dans certains cas, ces personnes n'ont pas perçu de rémunération équitable ni d'indemnisation ; souvent, elles ont supporté une lourde charge de travail, source de stress et d'anxiété. Lorsqu'elles ont essayé d'attirer l'attention sur ces motifs de préoccupation, beaucoup d'entre elles ont fait l'objet d'une répression et d'autres formes de représailles de la part de l'administration et de leurs employeurs. Le personnel de santé et des autres secteurs essentiels de plusieurs pays a également été victime d'agressions physiques et s'est heurté à des préjugés en raison de son emploi, ce qui lui a fait rencontrer des difficultés pour accéder à des services essentiels tels que le logement.

Dans ce rapport sont recueillis les problèmes soulevés par la santé et la sécurité au travail, la répression et autres formes de représailles, ainsi que la violence et la stigmatisation subies par les personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel. Il signale des dysfonctionnements structurels plus profonds au sein des systèmes sanitaires et sociaux du monde entier, qui ont aggravé ces problèmes et doivent être résolus sans délai.

[2] WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, https://covid19.who.int/

3. METHODOLOGIE

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les difficultés rencontrées par le personnel de santé et des autres secteurs essentiels sont sous le feu des projecteurs. Amnesty International insiste sur la nécessité de protéger les droits de ces personnes dans plusieurs pays et régions[3]. Ce rapport s'inscrit dans la droite ligne de ce travail ; il a pour but de tenter de donner une vue d'ensemble des défis que le personnel soignant et les autres travailleuses et travailleurs essentiel·le·s du monde entier doivent relever dans l'exercice de leur métier, en pleine pandémie de COVID-19. Il repose sur des informations provenant de sources aux caractéristiques suivantes :

- Amnesty International a recueilli des informations sur les droits du personnel de santé et des autres secteurs essentiels dans 63 pays et territoires du monde entier[4] : 18 pays d'Europe, quatre pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, 10 pays d'Asie, 10 pays des Amériques et 21 pays d'Afrique subsaharienne.
- Les sujets couverts comprennent la santé et la sécurité au travail, les représailles des personnes ayant soulevé des préoccupations au sujet de la sécurité au travail et, de manière plus générale, de la réponse à la pandémie, ainsi que la violence et la stigmatisation de la part d'acteurs étatiques et non étatiques. Dans certains cas, les informations proviennent de sources secondaires et d'articles de presse, alors que, dans d'autres, Amnesty International a pu effectuer des entretiens avec des professionnel·le·s de santé, avec des travailleuses et travailleurs essentiel·le·s et avec leurs représentants.
- Amnesty International a analysé minutieusement les informations parues dans les médias, les articles universitaires et les comptes rendus des syndicats et autres acteurs de la société civile sur les difficultés rencontrées par le personnel de santé et des autres secteurs essentiels pendant la pandémie, afin de repérer les motifs d'inquiétude soulevés. Dans tous les cas possibles, les informations obtenues par ce travail de veille ont été vérifiées et confrontées par des recherches secondaires.
- Amnesty International s'est entretenue avec des organisations internationales, des experts et des organisations de la société civile travaillant sur des thèmes similaires pour confirmer les informations recueillies lors du travail de veille et d'analyse des publications. Lorsqu'il y a lieu, leurs observations sont également reprises dans les constatations et conclusions.
- À partir de multiples sources, Amnesty International a rassemblé et examiné des données relatives à la mort de professionnel·le·s de santé. Elle a créé une base de données pour y réunir les noms de plus de 1 500 membres du personnel soignant ayant succombé à la pandémie de COVID-19 dans 79 pays. Parmi ces sources figurent des pages en souvenir de membres du corps médical morts de COVID-19 ou de causes connexes – telles que celles tenues à jour par Medscape –, des listes établies par des associations médicales nationales – notamment le Conseil fédéral des infirmières et infirmiers du Brésil et la Fédération nationale des ordres des médecins chirurgiens et des dentistes d'Italie –, ainsi que les listes et

[3]Voir par exemple : Amnesty International Inde, « Abandoned at the frontline: India's sanitation workers seek immediate help from the government amidst Covid-19 », 19 mai 2020, https://amnesty.org.in/abandoned-at-the-frontline-indias-sanitation-workers-seek-immediate-help-from-the-government-amidst-covid-19/ ; Amnesty International, Nigeria. Authorities must protect health workers on the frontline of COVID-19 response, 1er mai 2020, AFR 44/2264/2020, https://www.amnesty.org/en/documents/afr44/2264/2020/en/ ;Amnesty International, Amériques. Soigner ne doit pas être dangereux : les droits du personnel soignant dans les Amériques pendant et après la pandémie de COVID-19, 19 mai 2020, AMR 01/2311/2020, https://www.amnesty.org/fr/documents/amr01/2311/2020/fr/ ; Amnesty International, COVID-19 and its human rights impact in Indonesia, ASA 21/2238/2020

[4] L'Afrique du Sud, l'Argentine, l'Autriche, le Bélarus, le Brésil, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, le Chili, la Côte d'Ivoire, le Danemark, l'Égypte, l'Érythrée, l'Espagne, les États-Unis, l'Éthiopie, la Finlande, la France, le Ghana, la Grèce, le Guatemala, la Guinée, le Honduras, Hong Kong, l'Inde, l'Indonésie, l'Italie, le Japon, le Koweït, le Lesotho, la Libye, la Malaisie, le Mali, le Mexique, la Moldavie, la Mongolie, la Namibie, le Népal, le Nicaragua, le Nigeria, le Pakistan, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Paraguay, les Philippines, la Pologne, le Portugal, la République démocratique du Congo, la République du Congo, le Royaume-Uni, la Russie, le Salvador, la Sierra Leone, la Slovénie, la Somalie, le Soudan, le Soudan du Sud, la Suède, le Tadjikistan, le Togo, la Tunisie, la Turquie, l'Ukraine et le Zimbabwe.

les notices nécrologiques publiées dans les médias locaux, régionaux ou nationaux du monde entier. Pour constituer la base de données, nous avons travaillé avec une personne experte en mégadonnées qui a extrait, traité et nettoyé les données de pages HTML, de rapports PDF et d'autres documents issus de multiples sources, en éliminant les doublons. Les données ont ensuite été analysées et replacées dans leur contexte à l'aide d'informations complémentaires telles que le taux global de mortalité due à la pandémie de COVID-19 et le taux de dépistage dans chaque pays. La méthode suivie pour le recueil et le traitement des données, la liste des sources et l'intégralité de la base de données peuvent être consultées ici : https://public.flourish.studio/visualisation/3015800/. Compte tenu de l'évolution rapide de la situation liée à la pandémie de COVID-19 et des grandes difficultés rencontrées pour accéder aux informations puis les vérifier, en cette période où des restrictions s'appliquent aux déplacements, les renseignements repris dans ce rapport connaissent certaines limites et leur interprétation doit se faire avec prudence.

D'abord, le rapport ne couvre pas tous les pays. De plus, chaque pays couvert ne l'est pas uniformément, en ce qui concerne le détail et l'étendue des données. Le travail de suivi s'est effectué en fonction de l'ampleur de la pandémie dans chaque pays en question, du volume de données recueillies et diffusées, de la facilité de l'accès à des emplacements spécifiques et de la capacité des membres du personnel d'Amnesty International sur place, ainsi que de la possibilité, pour le personnel de santé, les travailleuses et travailleurs essentiel·le·s et les organisations les représentant, d'agir librement et de partager des informations avec Amnesty International. Certains pays ne recueillent pas ou ne diffusent pas d'informations sur les aspects essentiels du bien-être du personnel de santé et des autres secteurs essentiels (notamment sur les infections et les décès liés à la pandémie de COVID-19). Dans d'autres pays, les circonstances ne permettent pas à ces personnes de manifester contre les difficultés qu'elles rencontrent ou de les dénoncer. Dans les pays où aucune information n'a été recueillie, il est possible que le personnel de santé et des autres secteurs essentiels se heurte à des difficultés et fasse l'objet de menaces comme dans les pays mentionnés dans le rapport – voire plus encore. Les informations présentées ici ne sont donc qu'un aperçu, anecdotique par certains aspects, mais elles n'en restent pas moins un puissant rappel des risques et des défis communs que rencontrent les professionnel·le·s de santé et les travailleuses et travailleurs essentiel·le·s dans l'exercice de leur métier, en même temps qu'elles soulignent la nécessité d'élargir le recueil des données et d'approfondir les recherches.

Ensuite, les informations contenues dans ce rapport concernent la période allant de janvier 2020 à juin 2020, au cours de laquelle la pandémie a affecté les pays différemment. Certains ont traversé les phases les plus sévères de la crise au début de l'année, alors que d'autres n'y sont probablement pas encore parvenus. La gravité des inquiétudes du personnel de santé et des autres secteurs essentiels est liée à l'intensité de la pandémie ; souvent, ce rapport illustre leur situation au pire de la pandémie. C'est pourquoi certains pays n'occupent pas une place prépondérante dans le rapport. Ils n'ont pas encore traversé le pic de la pandémie, alors que la situation peut s'être améliorée dans d'autres pays mentionnés dans le rapport, si l'intensité de la pandémie y a diminué.

Enfin, il n'existe pas de définition mondialement ou uniformément reconnue permettant de déterminer qui est un·e professionnel·le de santé ou une travailleuse essentielle/un travailleur essentiel. Dans le cadre de ce rapport, les « professionnel·le·s de santé », le « personnel de santé » ou le « personnel soignant » sont toutes les personnes participant à la prestation de soins de santé à quelque titre que ce soit, à savoir, les hommes et les femmes médecins, les infirmières et les infirmiers, les agents de nettoyage des hôpitaux, les ambulancières et les ambulanciers, le personnel administratif des hôpitaux et toute personne exerçant un emploi du secteur sanitaire ou social dans quelque type d'environnement que ce soit. Les « travailleuses et travailleurs essentiel·le·s » sont toutes les personnes travaillant pour fournir un service public essentiel pendant la pandémie de COVID-19, notamment des agents des services publics (d'intervention d'urgence, de transports publics ou de ramassage des ordures, par exemple) et des employé·e·s des entreprises autorisées à rester ouvertes pendant la pandémie de COVID-19 (magasins d'alimentation et agences de messagerie, par exemple). Dans de nombreux pays, le sort du personnel de santé a reçu plus d'attention que celui des travailleuses et travailleurs essentiel·le·s, sur lesquels les données disponibles sont en général moins nombreuses. Pour cette raison, le personnel soignant est mentionné plus souvent que les travailleuses et travailleurs essentiel·le·s dans ce rapport. Néanmoins, Amnesty International insiste sur le fait que toutes les personnes exposées à un degré de risque équivalent – au travail et ailleurs – ont droit au même niveau de protection. En particulier, le personnel de santé et les personnes exerçant un métier essentiel doivent avoir le même accès à une protection. Ce rapport fait donc systématiquement référence à ces deux catégories.

4. DES CONDITIONS DE TRAVAIL DANGEREUSES ET INJUSTES

L'obligation de protéger la santé et la sécurité du personnel soignant et des travailleuses et travailleurs essentiel·le·s découle du droit à la santé et du droit qu'a toute personne de jouir de conditions de travail justes et favorables. Le droit à la santé inclut « [l]e droit à un environnement naturel et professionnel sain », qui comprend les « mesures de prévention contre les accidents du travail et les maladies professionnelles » et des « conditions de travail salubres et hygiéniques[5] ». L'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies signale que « [l]es États sont également tenus d'adopter des mesures contre les dangers pesant sur l'hygiène du milieu et du travail et contre toute autre menace mise en évidence par des données épidémiologiques. [...] [L]es États parties se doivent de définir, de mettre en application et de réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en vue de réduire au minimum les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et de prévoir une politique nationale cohérente en matière de sécurité et de médecine du travail[6] ». Ces principes doivent s'appliquer aux conditions de travail du personnel soignant et des personnes exerçant un métier essentiel. Par ailleurs, aux termes de l'article 7 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), les États parties à ce pacte « reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir de conditions de travail justes et favorables, qui assurent notamment : a) [...] i) Un salaire équitable et une rémunération égale pour un travail de valeur égale sans distinction aucune ; [...] b) La sécurité et l'hygiène du travail ; [...] d) Le repos, les loisirs, la limitation raisonnable de la durée du travail et les congés payés périodiques ». Ces principes sont analysés plus en détail au chapitre 8 du présent rapport.

4.1 CONTAMINATION ET DÉCÈS DE PROFESSIONNEL·LE·S

[5] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 15.
[6] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 :Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 36.

RATTRAPE·É·S PAR LA PANDÉMIE DE COVID-19

En raison de leur travail, les membres du personnel de santé et des secteurs essentiels sont souvent plus exposé·e·s à la pandémie de COVID-19 que le reste de la population et risquent donc davantage d'être contaminé·e·s, de tomber gravement malades, voire de mourir en l'absence d'une protection appropriée. À ce jour, il n'existe pas de suivi systématique du nombre de professionnels de santé et de personnes exerçant un métier essentiel qui ont contracté la maladie et qui en sont décédés, mais des estimations existent. D'après le Conseil international des infirmières, « plus de 230 000 personnels infirmiers et de santé ont contracté la maladie, plus de 600 infirmières et infirmiers ayant succombé au virus[7] ». Amnesty International a confronté et analysé un large éventail de données disponibles au 5 juillet 2020, selon lesquelles le nouveau coronavirus a tué plus de 3 000 soignants et soignantes de 79 pays du monde entier.

Photo : Des infirmiers et infirmières rendent hommage à leurs confrères et consœurs victimes de la pandémie de COVID-19 au Brésil, devant le Museu da República, à Brasilia. - 12 mai 2020.

© 2020 Getty Images

En l'absence de données complètes, il est difficile de tirer des conclusions définitives à l'heure actuelle, mais les chiffres fournis par certains pays laissent craindre que la protection de la santé du personnel soignant et des travailleuses et travailleurs essentiels n'ait pas toujours été une priorité pour les gouvernements et les employeurs.

Certains pays ont publié des données sur le nombre de cas confirmés de COVID-19 au sein du personnel de santé. Elles témoignent d'un grand nombre de contaminations de personnes de cette catégorie dans de nombreux environnements différents, notamment dans les cas suivants :

- au **Royaume-Uni**, au 26 juin 2020, la pandémie de COVID-19 avait tué 268 travailleurs et travailleuses sociaux ainsi que 272 soignants et soignantes, en Angleterre et au Pays de Galles[8] ;

[7] Conseil international des infirmières, « La COVID-19 a entraîné la mort de plus de 600 infirmières et infirmiers dans le monde », 3 juin 2020, https://www.icn.ch/fr/actualites/la-covid-19-entraine-la-mort-de-plus-de-600-infirmieres-et-infirmiers-dans-le-monde

[8] *Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 25 May 2020*, https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand25may2020#deaths-involving-covid-19-among-men-and-women-health-and-social-care-workers

- au 29 mai 2020, d'après les bulletins hebdomadaires publiés en **Espagne**, le personnel de santé représentait 24,1 % de tous les cas confirmés de COVID-19 dans le pays et comptait 63 décès parmi ses membres[9] ;
- en **Ukraine**, au 9 juin 2020, environ 18 % des cas confirmés de COVID-19 concernaient le personnel soignant, d'après le ministère de la Santé[10] ;
- le 22 juin 2020, le ministère de la Santé d'**Argentine** a déclaré que le personnel médical et non médical des centres de santé représentait près de 14 % de tous les cas confirmés de COVID-19 du pays[11] ;
- au **Danemark**, le taux de membres du personnel soignant contaminés par le nouveau coronavirus, parmi ceux s'étant soumis à des tests de dépistage, était de 6 % début mai – 8,4 % chez les infirmières et infirmiers en milieu hospitalier –, contre 3,8 % pour l'ensemble de la population[12] ;
- En mai, le ministère de la Santé du **Brésil** a déclaré qu'environ 200 000 soignantes et soignants étaient susceptibles d'avoir contracté la maladie, dont 31 700 cas confirmés et 114 300 cas en cours d'analyse[13]. la pandémie de COVID-19 avait entraîné la mort de 238 membres du personnel infirmier au 5 juillet[14] et de 113 médecins au 21 mai[15] ;
- le 13 mai, les autorités sanitaires du **Mexique** ont confirmé 36 327 cas de COVID-19 et 3 573 décès dans le pays, dont 8 544 cas de contamination et 111 décès recensés parmi les professionnels de santé. Les soignants contaminés étaient des infirmières et infirmiers (41 %), des médecins (37 %), d'autres membres du corps médical (19 %), du personnel des laboratoires (2 %) et des dentistes (1 %)[16].

Néanmoins, ces grands indicateurs ne traduisent pas toute la complexité de la situation. Au **Royaume-Uni**, une enquête du Bureau des statistiques nationales a révélé des taux élevés de mortalité dans certaines catégories des professions sanitaires et sociales par rapport au reste de la population active, notamment parmi les infirmiers et les infirmières, ainsi que parmi les hommes aides-soignants[17]. De même, l'enquête a conclu a un taux de mortalité due au COVID-19 particulièrement élevé chez les assistantes sociales et les assistants sociaux, ainsi que chez les hommes travaillant dans le secteur de la santé. Le taux de mortalité des hommes est important également chez les chauffeurs et notamment les chauffeurs de taxi, chez les conducteurs d'autocar et d'autobus, chez les ouvriers industriels et chez les agents de sécurité[18].

Qui plus est, ces données sont probablement sous-estimées car, dans certains pays, tous les cas ne sont pas communiqués aux autorités, par manque de tests, de transparence ou de capacités de recensement.

- Aux **États-Unis**, les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) ont fourni plusieurs mises à jour du nombre de cas de contamination et de décès de professionnels de santé. Au 5 juillet, les CDC avaient recensé 92 572 cas de membres du personnel soignant atteints de COVID-19, dont 507 décès[19]. Néanmoins, les CDC ont précisé n'avoir pu déterminer si les personnes étudiées étaient membres du personnel de santé que dans 21,5 % des cas étudiés, et si les soignants et soignantes atteints de

---

[9] Lors d'une conférence de presse, le 29 mai, le gouvernement a déclaré 63 cas de décès de membres du personnel de santé ayant contracté la maladie. Néanmoins, un rapport du gouvernement publié le même jour fait état de 52 cas. Ce rapport est disponible à l'adresse suivante : https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx

[10] Anna Tokhmakhchi, « Deux mille médecins sont infectés par le coronavirus. Pourquoi le système médical ne peut-il pas protéger les siens ? », Hromadske, 30 avril 2020, https://hromadske.ua/posts/dvi-tisyachi-medikiv-infikovani-koronavirusom-chomu-medichna-sistema-ne-mozhe-zahistiti-svoyih

[11] Emilia Vexler, « Coronavirus en Argentine : dans un contexte de revendications du personnel de santé, la Ville et la Province modifient la distribution des équipements de protection individuelle », *Clarín*, 17 avril 2020, https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-medio-reclamos-personal-salud-ciudad-provincia-modifican-distribucion-equipos-proteccion-personal_0_NIjkjulTD.html

[12] « Le COVID-19 et les employés des services sanitaires et sociaux », 6 mai 2020, https://files.ssi.dk/COVID-19-ansatte-social-og-sundhedsvaesenet-uge19-as23

[13] « Le Brésil a enregistré 31 700 cas de COVID-19 parmi les professionnels de santé », *O Globo*, https://oglobo.globo.com/sociedade/brasil-registrou-317-mil-profissionais-de-saude-infectados-pela-covid-19-1-24427278

[14] Conseil fédéral des infirmières et infirmiers, observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br

[15] PEBMED, « Covid-19 : le Brésil passe la barre des cent médecins ayant succombé au virus », 27 mars 2020, https://pebmed.com.br/covid-19-brasil-ultrapassa-a-marca-de-cem-medicos-mortos-por-conta-do-virus/

[16] Gouvernement du Mexique, Conférence de presse #COVID19, (2020). Disponible sur https://www.youtube.com/watch?v=h4pceSA8XbI

[17] *Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 25 May 2020*, https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand25may2020#deaths-involving-covid-19-among-men-and-women-health-and-social-care-workers

[18] *Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 25 May 2020*, https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand25may2020#deaths-involving-covid-19-among-men-and-women-health-and-social-care-workers

[19] CDC, *Cases in the U.S.*, https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html [dernière mise à jour le 5 juillet 2020].

COVID-19 étaient encore en vie ou non que dans 65,6 % des cas recensés[20]. En d'autres termes, le recensement s'est heurté à des limites par manque d'informations sur l'appartenance des personnes ayant fait l'objet de l'enquête au personnel soignant, ainsi que sur leur mort éventuelle. Ces chiffres sont donc probablement en deçà de la réalité. D'après *The Guardian* et *Kaiser Health News*, la pandémie de COVID-19 a coûté la vie à près de 600 membres du personnel de santé intervenant en première ligne aux États-Unis[21].

- En **Russie**, une association de soignantes et soignants a réuni les noms des collègues morts pendant la pandémie de COVID-19[22]. Après avoir vérifié ses données, une agence de presse a déclaré qu'au 18 mai, 186 professionnels de santé étaient morts de COVID-19 en Russie[23]. Le 18 juin, la chef du Roszdravnadzor (service fédéral de surveillance dans le domaine de la santé) a annoncé que la pandémie de COVID-19 avait coûté la vie à 489 médecins[24]. Quelques heures plus tard, cependant, elle a retiré sa déclaration au motif que « les chiffres n'étaient pas officiels mais provenaient d'internet[25] ». Amnesty International a écrit au gouvernement pour lui demander d'apporter des éclaircissements sur ces nombres.
- **La France** n'a commencé à recenser les décès de soignantes et de soignants que fin avril, compte tenu des réticences initiales du directeur général de la Santé, Jérôme Salomon, qui jugeait ce décompte « un peu macabre[26] ». Les informations disponibles actuellement sont donc incomplètes, mais, d'après les réponses de 35 % des hôpitaux interrogés, plus de 30 000 cas de contamination et 16 décès sont déjà à déplorer dans ces centres[27]. Lorsque les autres établissements auront répondu à l'enquête, le décompte national sera probablement beaucoup plus élevé. Par ailleurs, une enquête menée par la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) a recensé 26 décès de médecins libéraux qui avaient travaillé pendant la pandémie, alors que SOS Médecins a fait état d'un taux de contamination de 16 % de son personnel de santé[28]. Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales restent floues.

D'après les données recueillies par Amnesty International dans le cadre de son travail de suivi, les pays présentant actuellement le nombre le plus élevé de décès avérés parmi les membres du personnel de santé sont les États-Unis (507 cas), la Russie (545 cas), le Royaume-Uni (540 cas, dont 262 travailleurs sociaux et travailleuses sociales), le Brésil (351 cas), le Mexique (248 cas), l'Italie (188 cas), l'Iran (91 cas), l'Équateur (82 cas), l'Espagne (63 cas) et l'Indonésie (61 cas). Ces données sont régulièrement mises à jour. Les chiffres les plus récents sont disponibles ici[29] : https://public.flourish.studio/visualisation/3015800/

---

[20] CDC, *Cases in the U.S.*, https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html

[21] "Exclusive: nearly 600 US health workers died of Covid-19 – and the toll is rising", The Guardian, 6 juin 2020, https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html

[22] *Liste de la mémoire*, https://sites.google.com/view/covid-memory/home

[23] Maxim Litavrin *et al.*, « En Russie, au moins 186 médecins sont décédés des suites du coronavirus – leur mortalité est 16 fois plus élevée que dans les autres pays », 19 mai 2020, https://zona.media/article/2020/05/19/martyrology Le 26 mai, le ministère de la Santé russe a communiqué des données sur le nombre de décès de professionnels de santé dus à l'épidémie de COVID-19. Le vendredi 22 mai, la liste comprenait 101 noms. Voir « La liste des décès dus au coronavirus des médecins, tenue à jour par le ministère de la Santé, comprend 101 personnes », TAC, 26 mai 2020, https://tass.ru/obschestvo/8567201

[24] "Russia revises sharply higher coronavirus death toll among medics", *Reuters,* 18 juin 2020, https://uk.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-russia-medics/russia-revises-sharply-higher-coronavirus-death-toll-among-medics-idUKKBN23P1WU

[25] Voir https://web.telegram.org/#/im?p=@roszdravnadzor_official ; voir également : « Le Roszdravnadzor a appelé "non officielles" des données sur près de 500 médecins décédés de COVID-19 », *Interfax*, 18 juin 2020, https://www.interfax.ru/russia/713731

[26] Léa Guedj, « Les autorités commencent à recenser les professionnels de santé contaminés et décédés, en toute discrétion », France Inter, 19 mai 2020, https://www.franceinter.fr/societe/les-autorites-commencent-a-recenser-les-professionnels-de-sante-contamines-et-decedes-en-toute-discretion

[27] *Coronavirus (COVID-19)*, https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde

[28] Voir Laetitia Cherel *et al.*, « Endeuillés par le Covid-19, des médecins généralistes estiment avoir été trahis par l'État », *France Inter,* 5 juin 2020, https://www.franceinter.fr/endeuilles-par-le-covid-19-des-medecins-generalistes-estiment-avoir-ete-trahis-par-l-etat ; CARMF, « 29 médecins libéraux décédés du Covid-19 », 4 mai 2020, http://carmf.fr/actualites/communiques/2020/covid/cp-med-dcd-covid.pdf

[29] Compte tenu de l'absence de données officielles complètes sur les décès de professionnel·le·s de santé liés à la pandémie de COVID-19 dans de nombreux pays, cette carte a été élaborée à l'aide d'une multitude de sources de différents pays. Les données présentées ici donnent un aperçu des informations disponibles, mais leur interprétation et leur comparaison entre les pays doit se faire avec prudence. D'abord, la définition de « personnel de santé » n'est pas homogène d'un pays à l'autre et, dans de nombreux pays, le personnel des secteurs essentiels n'apparaît pas du tout dans ces statistiques. Ensuite, les sources des données ne sont pas comparables dans tous les pays. Certains gouvernements ont instauré un suivi raisonnablement exhaustif des cas de contamination et de décès de personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels. Lorsqu'il en est ainsi, ces données sont reprises sur la carte. Dans d'autres pays, Amnesty International s'est appuyée sur des sources non gouvernementales, résultat notamment de la surveillance de la société civile, car les données fournies par le gouvernement y sont soient incomplètes, soient inexistantes. Enfin, même lorsque des données crédibles existent, il est difficile d'en tirer des conclusions sans autre forme d'analyse. Les données peuvent dépendre, par exemple, de la possibilité pour le personnel soignant de se soumettre à des tests de dépistage, ou du recensement par les gouvernements des décès liés au COVID-19 de membres du personnel de santé et des autres secteurs essentiels en fonction de leur catégorie. Dans certains pays, le nombre de cas de contamination et de décès de membres du personnel de santé et des autres secteurs essentiels peut être élevé en raison de l'ampleur de la pandémie. Dans d'autres, ce nombre élevé peut s'expliquer par le manque d'EPI disponibles, ou simplement par le fait que la proportion de professionnels de santé ayant subi des tests de dépistage est

Les données et l'analyse propres à certains pays commencent aussi à montrer qu'il existe des groupes de personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel qui ont été plus touchés par la pandémie, car les taux de contamination et de mortalité qui les caractérisent sont plus élevés.

- Plusieurs études ont montré que les femmes représentent une forte majorité du personnel soignant dans le monde : d'après une étude menée par l'OMS en 2019, 70 % des personnes exerçant des professions sanitaires et sociales sont des femmes[30]. En **Espagne**, par exemple, 76,5 % des membres du personnel soignant atteints de COVID-19 sont des femmes, et les femmes représentent plus de la moitié du personnel de santé[31].
- Au **Royaume-Uni**, de premières études ont indiqué que les personnes racisées (en d'autres termes, les personnes qui s'identifient comme noires, asiatiques ou appartenant à une minorité ethnique) semblent être surreprésentées parmi les membres du personnel soignant morts de COVID-19, allant même jusqu'à représenter plus de 60 % des victimes, d'après certains de ces travaux[32]. Les études montrent également

supérieure à celle de l'ensemble de la population. L'estimation du nombre total risque d'être largement en deçà de la réalité car tous les cas ne sont pas communiqués, alors que les difficultés en matière de comparaison entre les pays proviennent des différences entre les méthodes de recensement. Le décompte aux États-Unis, par exemple, repose sur des données incomplètes, alors qu'en France, seuls certains hôpitaux et centres de santé ont transmis des données. Le Royaume-Uni est l'un des rares pays à comptabiliser les décès à la fois du personnel de santé et des travailleurs sociaux et travailleuses sociales. En Russie, une liste des décès de membres du personnel soignant dressée par une association de professionnels de santé est contestée par le gouvernement.

[30] *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce, Human Resources for Health Observer Series No. 24*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf

[31] Voir : https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf. D'après les données du ministère de la Santé en 2018, les femmes sont majoritaires dans le secteur de la santé, en particulier dans les catégories des infirmières et infirmiers de médecine générale (78,7 %), des infirmières et infirmiers des services d'urgences (71,23 %), des sages-femmes et maïeuticiens (93,05 %), des aides-soignantes et aides-soignants (94,43 %), des infirmières et infirmiers pédiatriques (73,11 %), ainsi que du personnel administratif des centres de santé (82,44 %). Elles sont également majoritaires, bien que dans une moindre mesure, parmi les médecins généralistes (55,9 %) et urgentistes (54,71 %). Voir : https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=23641

[32] Sarah March *et al.*, "Six in 10 UK health workers killed by Covid-19 are BAME", *The Guardian,* 25 mai 2020, https://www.theguardian.com/world/2020/may/25/six-in-10-uk-health-workers-killed-by-covid-19-are-bame ; Cook, Tim *et al.*, "Exclusive: deaths of NHS staff from covid-19 analysed", *HSJ*, 22 avril 2020, https://www.hsj.co.uk/exclusive-deaths-of-nhs-staff-from-covid-19-analysed/7027471.article. D'après les données, 79,2 % des personnes employées par le Service national de santé (NHS) s'identifient comme « blanches » et 20,7 % comme « asiatiques », « noires », « chinoises », « mixtes » ou « autres ». "NHS Workforce: Ethnicity Facts and Figures", 6 janvier 2020, https://www.ethnicity-facts-figures.service.gov.uk/workforce-and-business/workforce-diversity/nhs-workforce/latest#by-ethnicity

qu'en général, les personnes s'identifiant comme racisées ont été plus gravement touchées par la pandémie de COVID-19[33]. Une enquête officielle a été ouverte sur ce sujet et a confirmé cette tendance[34].

- En **Inde**, certains métiers essentiels sont étroitement associés à des castes exposées à une discrimination profondément ancrée. Par exemple, les agents des services d'assainissement (responsables de l'enlèvement des déchets et du nettoyage des espaces publics, y compris des sanitaires et des systèmes d'évacuation des eaux usées) sont souvent des de l'enlèvement des déchets membres de la communauté *dalit*. Les agents des services d'assainissement indiens réclament de meilleurs moyens de protection et de meilleures conditions de travail dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (ce qui sera abordé plus en détail à une autre occasion[35]). Dans les circonstances actuelles, l'absence de protection appropriée des agents des services d'assainissement a des répercussions disproportionnées sur certaines castes, qui subissent déjà depuis toujours des formes de marginalisation et de discrimination.
- En **Finlande**, les premières données recueillies par la ville d'Helsinki ont révélé que la population somalie était affectée de manière disproportionnée par la pandémie de COVID-19 : le taux d'incidence de la maladie au sein de cette communauté atteignait 2,4 %, contre 0,4 % pour l'ensemble de la population. D'après certaines analyses, les membres de la communauté somalie présentent une plus forte probabilité que le reste de la population de travailler dans les secteurs essentiels, ce qui peut expliquer ce taux[36].

Dans certains des pays mentionnés ci-dessus, les données montrent clairement que la pandémie de COVID-19 a touché le personnel de santé et des autres secteurs essentiels de manière disproportionnée, ce qui doit faire l'objet d'enquêtes à mener de toute urgence. La fiabilité et la comparabilité des données dans ce domaine sont toutefois limitées du fait que les États recueillent et transmettent les informations selon différentes méthodes, ce qui permet difficilement de tirer des conclusions définitives à ce stade de la pandémie. Un taux de prévalence supérieur chez le personnel soignant peut s'expliquer, par exemple, par un taux de dépistage plus élevé que dans le reste de la population. Par ailleurs, chaque gouvernement a sa propre définition du personnel de santé et des métiers essentiels. Les travailleuses et travailleurs essentiels peuvent d'ailleurs parfois ne pas être comptabilisés dans ces données.

Les difficultés méthodologiques sont également importantes pour estimer le nombre de décès dus à la pandémie de COVID-19 au sein du personnel de santé et des autres secteurs essentiels dans différents pays, et plus encore pour essayer de tirer des conclusions sur les causes de ces décès. Dans certains pays, le nombre de cas de contamination et de décès de membres du personnel de santé et des autres secteurs essentiels peut être élevé en raison de l'ampleur de la pandémie. Dans d'autres, ce nombre peut être important en raison de l'absence d'EPI adaptés. Dans d'autres encore, ces données n'existent simplement pas car le décompte est soit inexistant, soit dissimulé.

Les données sur l'ampleur des contaminations et des décès de membres du personnel de santé et des autres secteurs essentiels sont extrêmement utiles. Elles sont un rappel indispensable du coût humain de cette pandémie, en particulier pour les personnes en première ligne et pour leurs familles. Elles constituent un outil important pour comprendre les risques auxquels le personnel de santé et des autres secteurs essentiels s'expose, afin que les systèmes de santé et les pays puissent être mieux préparés à l'avenir. Ces données peuvent aussi ouvrir la voie à des enquêtes sur les causes de ces risques particuliers et sur la manière de les éviter à l'avenir. La ventilation de ces données en fonction des motifs de discrimination interdits, du lieu de travail et de la profession permettra aux États de mieux évaluer les répercussions de la pandémie et de déterminer les stratégies spécifiques éventuellement nécessaires pour protéger des groupes particuliers, à l'avenir.

---

[33] Public Health England, *Beyond the data: Understanding the impact of COVID-19 on BAME groups*, juin 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892376/COVID_stakeholder_engagement_synthesis_beyond_the_data.pdf

[34] Public Health England, *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19*, juin 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892085/disparities_review.pdf

[35] Amnesty International Inde, « Abandoned at the frontline: India's sanitation workers seek immediate help from the government amidst Covid-19 », 24 avril 2020, https://amnesty.org.in/abandoned-at-the-frontline-indias-sanitation-workers-seek-immediate-help-from-the-government-amidst-covid-19/

[36] D'après un rapport commandé par la ville d'Helsinki (« Kotoutuminen kaupungissa – Kokonaiskuva ulkomaalaistaustaisista Helsingissä vuonna 2020 », « S'intégrer dans la ville – aperçu global des personnes d'origine étrangère à Helsinki en 2020 »), en 2017, environ la moitié des femmes salariées d'origine somalie travaillaient dans les services sanitaires et sociaux, alors que près de 40 % des hommes salariés d'origine somalie travaillaient dans le secteur des transports et de la logistique. Néanmoins, l'écart entre le taux d'incidence de la pandémie de COVID-19 dans la population d'origine somalie et dans le reste de la population s'explique également par l'absence d'informations sur l'épidémie en langue somalie et par le fait que de nombreux membres de cette communauté vivent dans des logements de dimensions plus réduites.

4.2 PÉNURIE D'ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

Le personnel de santé et des autres secteurs essentiels a subi une pénurie d'EPI dans la quasi-totalité des 63 pays et territoires sur lesquels Amnesty International a recueilli des informations. Dans au moins 31 de ces pays, les chercheurs et chercheuses d'Amnesty International ont recensé des grèves, des menaces de grèves ou des manifestations organisées par le personnel soignant ou d'autres travailleuses et travailleurs essentiel·le·s pour protester contre cette pénurie[37]. Dans le cadre du présent rapport, les EPI sont tout l'équipement et tout le matériel qu'il est conseillé au personnel de santé et des autres secteurs essentiels de porter pour se protéger du COVID-19, à savoir, les gants, les masques chirurgicaux, les lunettes de protection, les écrans faciaux, les blouses, les masques FFP et les tabliers[38]. La plupart des données de cette section concernent davantage les conditions de travail du personnel soignant que des travailleuses et travailleurs des secteurs essentiels. La seule raison de cette différence est le fait que, ces derniers temps, l'attention ait été attirée davantage sur les difficultés rencontrées par le personnel de santé, mais les pénuries d'EPI touchent probablement autant les travailleuses et travailleurs essentiels que le personnel soignant. D'emblée, Amnesty International insiste sur le fait que les mêmes normes de protection doivent s'appliquer au personnel de santé et au personnel des autres secteurs essentiels dans la mesure où ils s'exposent à des risques de niveau équivalent.

Photo : Une infirmière d'unité de soins intensifs protégée par un sac-poubelle et un masque généreusement prêté par une entreprise privée, à l'entrée des urgences de l'hôpital San Jorge de Huesca (Espagne). - 31 mars 2020.

© 2020 Getty Images

[37] Voir par exemple : Lyanne Togiba, "'Papua New Guinea is not prepared': 4,000 nurses to strike over Covid-19 readiness", *The Guardian,* 30 mars 2020, https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/papua-new-guinea-is-not-prepared-4000-nurses-to-strike-over-covid-19-readiness ; "Nurses in South Africa protest demanding PPE, income tax breaks and Danger Allowance", *Peoples Dispatch,* 1er mai 2020, https://peoplesdispatch.org/2020/05/01/nurses-in-south-africa-protest-demanding-ppe-income-tax-breaks-and-danger-allowance/

[38] OMS, Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages, *Interim Guidance,* 6 avril 2020, https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages

> **« Tous les jours, nous allons voir les gens pour leur demander s'ils ont des symptômes, mais nous sommes totalement exposées, sans masques, sans gants, etc. Le châle avec lequel je me couvre le visage n'est qu'un moyen de consolation. Je sais bien qu'il ne me protège pas vraiment. »**
>
> Une professionnelle de santé de milieu non hospitalier (ASHA), Inde[39]

Le 11 mai 2020, l'Internationale des services publics (ISP), fédération syndicale internationale représentant 700 syndicats et 30 millions de travailleuses et travailleurs du monde entier, a publié une enquête menée auprès de ses membres sur les difficultés rencontrées par le personnel de santé et des secteurs essentiels pendant la pandémie de COVID-19. Les résultats s'appuient sur les réponses transmises depuis 62 pays et territoires. Seulement 23,8 % des syndicats répondants estiment que le personnel soignant a reçu « des EPI complets et réapprovisionnés » (alors que 57 % ont déclaré qu'il n'en avait pas reçu) et 14,1 % seulement des répondants ont déclaré que les travailleurs et travailleuses des services publics avaient reçu des EPI appropriés (contre 64,1 % ayant déclaré le contraire[40]). D'importantes variations ont été observées entre les régions. Dans la région « Inter-Amériques », par exemple, 69,7 % des répondants ont affirmé que le personnel soignant ne disposait pas d'EPI adaptés et 76,1 % ont déclaré que les travailleurs et travailleuses des services publics susceptibles d'entrer en contact avec des personnes contaminées par le COVID-19 n'avaient pas d'EPI adaptés[41]. En Asie, la proportion de répondants ayant donné les mêmes réponses est de 50 % et 51,4 %, respectivement[42]. La Confédération syndicale internationale (CSI) a mené une enquête semblable auprès de ses membres. D'après ses résultats, publiés le 28 avril 2020, « les pénuries d'équipement de protection individuelle (EPI) pour les travailleurs de la santé et des services à la personne constituent un sérieux problème dans nombre d'entre eux ». Environ 51 % des pays ont déclaré que « les EPI sont "parfois", "rarement", voire "jamais" disponibles en suffisance[43] ».

Dans ces circonstances, les personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel ont dû trouver elles-mêmes différents moyens de protection, au risque de mettre leur santé et leur sécurité en danger. Dans certains pays, des membres du personnel soignant ont déclaré avoir acheté eux-mêmes leur EPI, car il ne leur était pas fourni. D'autres ont expliqué avoir dû improviser pour se protéger à l'aide de produits courants, notamment des sacs-poubelle et des imperméables. Une médecin de Mexico (**Mexique**) a expliqué à Amnesty International : « Nous tous, médecins, nous avons dû investir environ 12 % de notre salaire mensuel dans l'achat de blouses de protection adaptées, d'écrans faciaux, de lunettes et de lunettes masques[44]. »

L'ordre des médecins britannique (*British Medical Association*, BMA) a interrogé près de 16 000 médecins du **Royaume-Uni** sur la question des EPI, en avril 2020. Environ 48 % des répondants, comprenant des médecins du secteur de la santé et de la prise en charge des personnes dépendantes, ont déclaré avoir acheté des EPI pour leur propre utilisation ou celle de leur service, ou avoir utilisé des EPI ayant été donnés, en raison de la pénurie de matériel sur leur lieu de travail. Soixante-cinq pour cent des médecins ont affirmé ne se sentir que « partiellement ou pas du tout protégés[45] ». Dans une enquête menée par le syndicat *Kommunal*, en **Suède**, auprès du personnel de santé, 42 % des personnes dispensant des soins à domicile ont déclaré s'être trouvées dans des situations où elles avaient dû travailler sans EPI adapté, 84 % étaient inquiètes à cause du nombre insuffisant d'EPI et 48 % ont fait état de pénuries d'EPI[46]. Aux **États-Unis**, le syndicat infirmier *National Nurses*

---

[39] Entretien avec une auxiliaire agréée de santé sociale (*Accredited Social Health Activist*, ASHA), Inde, avril-mai 2020.
[40] ISP, *COVID-19 Union Response Survey, Global Narrative Summary*, 11 mai 2020, https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/3abcd99c-219b-4b9e-af1e-fa3ac2c398b7_COVIDSurvey_GlobalSummaryIntro.pdf?key=
[41] ISP, *COVID-19 Response – Union Survey Results [Inter-America summary]*, https://data.surveygizmo.com/r/310559_5eb95355d438c6.40111487
[42] ISP, *COVID-19 Response – Union Survey Results [Asia-Pacific summary]*, https://data.surveygizmo.com/r/310559_5eb40d60a27e33.72816889
[43] Enquête mondiale de la CSI sur la COVID-19 – Principales conclusions, https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/200428_ituc_covid-19_globalsurveyreport_fr.pdf
[44] Entretien avec une médecin de Mexico, Mexique, 24 avril 2020.
[45] *BMA survey reveals almost half of doctors have relied upon donated or self-bought PPE and two thirds still don't feel fully protected*, 3 mai 2020, https://www.bma.org.uk/news-and-opinion/bma-survey-reveals-almost-half-of-doctors-have-relied-upon-donated-or-self-bought-ppe-and-two-thirds-still-don-t-feel-fully-protected
[46] Kommunal, "Quick survey on protective equipment", Week 14: 1-2, avril 2020.

United (NNU) a mené une enquête auprès de 23 000 infirmières et infirmiers. Quatre-vingt-sept pour cent des personnes interrogées ont déclaré avoir dû réutiliser un masque chirurgical ou un masque FFP à usage unique pour soigner un patient atteint de COVID-19 ; 27 % des infirmières et infirmiers dont des patients étaient des cas confirmés de COVID-19 ont déclaré s'être exposés au virus sans EPI adaptés et avoir travaillé dans les 14 jours ayant suivi leur exposition ; 84 % du personnel infirmier a déclaré n'avoir pas encore passé de test de dépistage[47].

Au **Nigeria**, un médecin a confié à Amnesty International : « l'hôpital où je travaille ne dispose pas de suffisamment de masques chirurgicaux. Les autorités ont embauché des personnes pour coudre des masques peu sûrs, faits avec des tissus locaux. Les médecins et le personnel infirmier ont dû se mettre en grève pour obtenir des masques N95[48]. Ces masques ne sont pas disponibles en nombre suffisant. Nous devons les laver pour les utiliser de manière répétée. Le personnel de santé est en danger. Nous travaillons dans des conditions déplorables[49]. »

Au **Soudan du Sud**, où le premier cas de COVID-19 a été enregistré le 5 avril, un professionnel de santé a déclaré à Amnesty International : « en mai, il y avait environ 4 000 [unités d']EPI, mais peut-être la moitié ou les trois quarts ont été utilisés par le personnel en première ligne, ainsi que par les personnes qui désinfectent les surfaces et par les équipes de fossoyeurs. Quatre mille unités, ce n'est pas assez ; nous en avons besoin d'au moins 10 000, mais le gouvernement a des moyens financiers limités et est tributaire des dons[50]. »

En **Finlande**, différentes enquêtes, dont une de l'Association finlandaise des infirmières et infirmiers, ont révélé que le personnel soignant du pays utilisait parfois des imperméables au lieu de blouses jetables et recevait parfois l'instruction de se fabriquer des masques avec des mouchoirs en papier[51].

Le personnel de santé et des secteurs essentiels a également cherché secours auprès des tribunaux ou d'autres organes administratifs au sujet des pénuries d'EPI adaptés. Amnesty International a connaissance de procédures judiciaires ou de procédures administratives équivalentes portant sur cet aspect – qu'elles soient prévues, en cours ou achevées – au moins au **Royaume-Uni**, en **Afrique du Sud**, en **Suède**, en **Inde**, au **Zimbabwe**, au **Pakistan**, en **Espagne** et en **France**. Dans certains cas, les tribunaux ont tranché en faveur de ces personnes. Après avoir été saisie par les syndicats du personnel médical, la Cour suprême d'Espagne a demandé au ministère de la Santé d'adopter « toutes les mesures à sa portée pour qu'ait lieu la meilleure distribution possible des moyens de protection des professionnels de santé » et de l'informer tous les 15 jours des mesures adoptées à cet effet[52].

En revanche, la haute cour de Lahore, au **Pakistan**, a débouté des membres du personnel soignant qui lui avaient adressé une requête pour lui demander (entre autres) d'enjoindre au gouvernement de fournir « des équipements de protection individuelle (EPI) à tous les professionnels de santé de service pour lutter contre le COVID-19[53] ». Qui plus est, la cour a réprouvé la démarche de la partie requérante au motif que l'espèce semblait être « une manœuvre de mauvaise foi et une tentative de renforcer sa visibilité sur les réseaux sociaux à moindre effort, sans motif solide et valable. » Par conséquent, la partie requérante a été « déboutée et condamnée au paiement des dépens ». La cour a observé que, si l'autorité responsable du service employant la partie requérante considérait que sa conduite était « contraire aux normes de la fonction publique », qu'elle avait « enfreint le droit applicable » ou que, par cette requête, elle avait « tenté de ternir la réputation de l'institution », l'autorité était « libre d'engager des poursuites ».

Les raisons des difficultés rencontrées par le personnel de santé et des secteurs essentiels du monde entier pour obtenir des EPI sont nombreuses, à commencer par une pénurie réelle, à l'échelle internationale, due à l'augmentation considérable et simultanée de la demande de tous les pays. Certains États ont néanmoins adopté des politiques qui entravent l'accès du personnel de santé et des secteurs essentiels aux moyens de protection

---

[47] National Nurses United, "New survey of nurses provides frontline proof of widespread employer, government disregard for nurse and patient safety, mainly through lack of optimal PPE", 20 mai 2020, https://www.nationalnursesunited.org/press/new-survey-results

[48] Plusieurs mouvements de protestation se sont élevés sur le sujet au Nigeria. Voir par exemple : "Nigerian doctors strike over lack of PPE", welfare concerns, *Al Jazeera*, 15 juin 2020, https://www.aljazeera.com/news/2020/06/nigerian-doctors-strike-lack-ppe-welfare-concerns-200615084342885.html ; "Nigerian Doctors End Strike as Virus Cases Spike", *VOA*, 21 juin 2020, https://www.voanews.com/africa/nigerian-doctors-end-strike-virus-cases-spike

[49] Entretien avec un médecin, 27 avril 2020 [par téléphone].

[50] Entretien avec un professionnel de santé, Soudan du Sud, 11 juin 2020.

[51] Voir par exemple : « Des infirmières doivent se protéger avec des imperméables et des torchons – une enquête sur le coronavirus révèle la pénibilité de la vie quotidienne », 17 avril 2020, https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajia-ohjeistettu-suojautumaan-sadetakkiin-ja-talouspaperiin-koronakysely-paljastaa-karun-arjen/ ; « La pénurie d'équipements de protection continue et touche désormais les blouses », 22 avril 2020, https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehyn-kysely-pula-suojavarusteista-jatkuu-nyt-vahissa-suojatakit

[52] http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Sala-de-prensa/Notas-de-prensa/El-Tribunal-Supremo-requiere-a-Sanidad--todas-las-medidas-a-su-alcance--para-distribuir-medios-de-proteccion-al-personal-sanitario

[53] Décision de la cour conservée par Amnesty International.

nécessaires. Au **Nicaragua**, par exemple, le gouvernement a tenté de minimiser les risques que représentait le virus dans le pays au début de la pandémie en interdisant au personnel soignant d'utiliser les EPI nécessaires[54].

L'ampleur des pénuries d'EPI reste difficile à connaître, faute de données disponibles dans de nombreux pays, et il ne semble toujours pas y avoir d'estimation mondiale du nombre d'EPI nécessaires pour protéger correctement tout le personnel de santé et des secteurs essentiels. Au début de la pandémie, l'OMS avait averti que « en raison de la pénurie [d'EPI], les médecins, le personnel infirmier et les autres agents de santé en première ligne sont dangereusement sous-équipés pour soigner les patients atteints de COVID-19, du fait de leur accès limité aux gants, masques médicaux, respirateurs, lunettes de protection, écrans faciaux, blouses et autres tabliers ». L'Organisation avait estimé qu'il fallait augmenter la production d'EPI de 40 % pour répondre à la demande mondiale croissante[55].

Les estimations de chaque pays fournissent une indication de l'envergure des pénuries d'EPI. Aux **États-Unis**, des données ont été publiées en avril 2020 sur une plateforme web, GetUsPPE, à partir de l'expérience de 632 membres du personnel d'établissements de santé du pays. D'après ces données, la majorité des institutions concernées par l'enquête ne disposaient plus que de moins de deux semaines de stocks d'EPI. Trente-six pour cent de ces établissements n'avaient plus d'écrans faciaux, 22 % n'avaient pas de masques N95 et 20 % n'avaient pas de blouses[56]. En mai 2020, le Centre national de commandement et d'opérations du **Pakistan** faisait état d'une pénurie de 19 960 gants jetables, 1,6 million de gants de latex, 963 638 lunettes de protection, 84 327 écrans faciaux, 166 633 charlottes jetables, 178 323 surchaussures, 13 501 bottes en caoutchouc et cinq millions de masques chirurgicaux[57]. En **Russie**, au 1er mai, les équipements de protection n'étaient disponibles qu'à hauteur de 26 % des besoins pour les masques chirurgicaux, 27 % pour les masques FFP, 17 % pour les gants et 30 % pour les blouses, d'après le journal Vedomosti[58].

Des restrictions commerciales ont parfois aggravé la situation de certains pays rencontrant déjà des difficultés pour faire l'acquisition d'EPI sur le marché international. Depuis le début de la pandémie, plusieurs États ont modifié leur réglementation relative à l'importation et à l'exportation de produits de première nécessité, notamment d'EPI. L'Organisation mondiale du commerce (OMC) a effectué un suivi des mesures commerciales introduites par les gouvernements dans le cadre de la pandémie de COVID-19[59]. D'après ses données, au 5 juin 2020, 56 pays et deux blocs commerciaux (l'**Union européenne** et l'**Union économique eurasiatique**) avaient mis en place des mesures d'interdiction ou de restriction de l'exportation de certaines formes d'EPI, voire de toutes, ou des matières premières destinées à leur fabrication. La **Colombie** et le **Bangladesh**, par exemple, ont instauré des mesures temporaires d'interdiction de l'exportation de certains types d'EPI. Plusieurs pays avaient également assoupli la réglementation relative à l'importation de ces mêmes produits, notamment en réduisant les droits de douane et en augmentant les quotas d'importation. Les États peuvent avoir des raisons valables d'adopter de telles mesures protectionnistes, ne serait-ce que pour répondre au besoin de garantir que le personnel de santé et des secteurs essentiels présent sur leur territoire dispose d'un nombre suffisant d'EPI. Néanmoins, ces mesures risquent sans aucun doute d'aggraver les pénuries dans les pays tributaires des importations car ne fabriquant pas d'EPI et ne disposant pas de stocks suffisants à l'heure actuelle. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a également souligné que « les États parties ont des obligations extraterritoriales liées aux efforts mondiaux de lutte contre la COVID-19. En particulier, les États développés devraient éviter de prendre des décisions, telles que les limites imposées à l'exportation d'équipements médicaux, qui ont pour effet de bloquer l'accès à des équipements vitaux pour les victimes les plus pauvres de la pandémie dans le monde[60] ».

---

[54] Amnesty International, *Amériques. Soigner ne doit pas être dangereux : les droits du personnel soignant dans les Amériques pendant et après la pandémie de COVID-19*, 19 mai 2020, AMR 01/2311/2020, https://www.amnesty.org/fr/documents/amr01/2311/2020/fr/

[55] OMS, « La pénurie d'équipements de protection individuelle met en danger le personnel soignant dans le monde entier », 3 mars 2020, https://www.who.int/news-room/detail/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide

[56] Pour plus de précisions, rendez-vous sur : https://getusppe.org/

[57] Ikram Junaidi, "Government predicts surge", *Dawn,* 1er mai 2020, https://epaper.dawn.com/print-textview.php?StoryImage=01_05_2020_001_009

[58] Alexander Sokolov, « Pourquoi il n'y a pas assez de moyens de protection contre le coronavirus en Russie », Vedomosti, 1er mai 2020, https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/05/01/829484-ne-hvataet-sredstv-zaschiti

[59] OMC, *COVID-19 : Mesures affectant le commerce des marchandises*, https://www.wto.org/french/tratop_f/covid19_f/trade_related_goods_measure_f.htm

[60] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Déclaration sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et les droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/C.12/2020/1, 17 avril 2020, § 20, https://undocs.org/fr/E/C.12/2020/1

4.3 CHARGE DE TRAVAIL ET PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

> **« En ce moment, on a l'impression de courir chaque jour sur un tapis roulant programmé à la vitesse maximum, en essayant de tenir le rythme ; tout le monde est fatigué et anxieux. En tant qu'infirmière d'unité de soins intensifs, je suis passée d'avoir un patient à en avoir de trois à cinq, comme mes collègues. Nous avons des confrères et des consœurs formidables qui viennent d'autres services de l'hôpital pour nous aider, mais cet environnement les angoisse et il leur faudrait beaucoup de soutien et de conseil, que nous ne pouvons leur prodiguer. Psychologiquement, c'est très éprouvant : j'ai entendu un fils dire adieu à sa mère au téléphone alors que je lui tenais la main pendant qu'on l'endormait pour la connecter au respirateur ; j'ai consolé une femme qui avait perdu son mari à l'âge de 40 ans et qui se retrouvait seule pour élever deux enfants. J'ai beaucoup pleuré. »**
>
> Une infirmière, Royaume-Uni[61]

Dans plusieurs pays, le personnel de santé et des secteurs essentiels a connu une augmentation de sa charge de travail, dans un contexte où celle-ci était souvent déjà élevée au départ. Il est important de reconnaître les lourdes conséquences de l'allongement de la durée du travail et des modifications des conditions d'emploi (au sujet, par exemple, des dates des congés annuels) sur les niveaux de fatigue, de stress et d'anxiété de ces travailleuses et travailleurs en cette période difficile. Parfois, ces changements ont été le résultat de l'adoption de mesures légales établissant une révision de la durée de travail et d'autres conditions d'emploi qui s'appliquent à ce personnel ; dans d'autres cas, ils ont simplement eu lieu pour répondre à la vive accélération de la cadence à cause de la pandémie. Amnesty International a relevé des exemples de pays où des mesures officielles d'allongement de la durée de travail ou de modification des conditions d'emploi du personnel soignant ont été adoptées[62].

---

[61] Entretien avec une professionnelle de santé, Angleterre, 14 avril 2020 [par téléphone].

[62] En **Finlande**, par exemple, la Loi sur l'état d'urgence permet au gouvernement de mettre en place « l'obligation de travailler dans le secteur de la santé », ce qu'il a fait par l'adoption d'un décret contenant les dispositions suivantes : « [u]ne personne concernée par l'obligation de travailler dans le secteur de la santé et ayant reçu un ordre de travail doit effectuer les tâches nécessaires dans le secteur de la santé. Un ordre de travail peut être émis pour une durée maximale de deux semaines, renouvelable une fois. » [traduction non officielle] Néanmoins, aucun ordre de

Avec l'intensification de l'afflux des patients, le personnel de santé fait état d'une forte augmentation de sa charge de travail. Dans certains environnements – tels que les unités de soins intensifs – la nature du travail est également devenue plus éprouvante. Un professionnel de santé du **Paraguay** a déclaré à Amnesty International : « Avant la pandémie de COVID-19, nous prenions des pauses [au travail]. Avec la pandémie, il n'est plus possible de le faire[63]. » Un professionnel de santé d'**Afrique du Sud** a expliqué ses inquiétudes : « Le principal problème, pour moi, est notre épuisement à tous et à toutes, à force de courir d'un patient à l'autre. Pour bon nombre d'entre nous, nous en arrivons à nous toucher le visage sans le faire exprès et à nous exposer au virus. Nous transpirons aussi beaucoup et la visière se couvre de buée. Je ne travaille plus avec les malades de COVID-19 et je suis médecin remplaçant, donc je ne suis rémunéré que lorsque j'ai du travail. Du coup, je suis encore plus stressé qu'avant[64]. » En **Égypte**, un représentant de *Doctors Syndicate* (un syndicat de médecins) a décrit à Amnesty International le temps de travail de ses collègues : « Certains médecins travaillent jusqu'à 14 heures en portant leur EPI au complet et sans pauses, ce qui engendre une fatigue extrême et des problèmes de concentration qui nuisent également à leur capacité à se protéger et à utiliser correctement leur EPI[65] ». Au **Soudan du Sud**, qui ne dispose que d'un laboratoire de dépistage pour le pays et d'un laboratoire de dépistage mobile le long de la frontière méridionale[66], les médias indiquent que les techniciens et techniciennes de laboratoire travaillent jusqu'à 16 heures par jour pour analyser les 5 000 échantillons en attente[67].

Cette situation exerce également des pressions sur la vie privée du personnel soignant. En **Inde**, une ASHA (professionnelle de santé de milieu non hospitalier) a expliqué à Amnesty International : « La nuit, je dors sous la véranda, dehors. J'ai une fille de deux ans et je suis terrifiée à l'idée qu'elle puisse être contaminée[68]. » Par ailleurs, l'augmentation de la charge de travail du personnel de santé et des services essentiels s'est souvent accompagnée d'une multiplication des tâches de la sphère privée pour ces personnes, qui ont pu être amenées à exercer plus de responsabilités auprès de leurs enfants, notamment du fait que les écoles et les crèches étaient fermées pendant cette période, ou se sont trouvées privées de l'aide qu'elles pouvaient recevoir auparavant (pour le ménage et la cuisine, par exemple).

La charge de travail supplémentaire et l'augmentation possible du stress et de l'anxiété liés au travail peuvent également avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale des professionnels de santé. D'après une enquête menée au **Portugal** auprès de ce corps de métier et publiée en avril 2020, après le début de la pandémie de COVID-19, près de 75 % des répondants et répondantes considéraient leur degré d'anxiété comme « élevé » ou « très élevé » et 14,6 % déclaraient ressentir des symptômes modérés ou importants de dépression[69]. D'après une autre étude portugaise, les infirmières et infirmiers interrogés ont ressenti une hausse de 40 % de leur niveau d'anxiété pendant cette période, probablement liée à l'allongement de leur durée de travail.[70] Au total, 57 % des membres du personnel infirmier ont qualifié leur sommeil de « mauvais » ou « très

travail n'a été émis pendant la durée de validité du décret, entre le 19 mars et le 13 mai. Un autre décret adopté en vertu de la Loi sur l'état d'urgence a permis aux employeurs du personnel soignant d'allonger les périodes de préavis, de repousser ou de suspendre les congés annuels et d'ordonner l'exécution d'heures supplémentaires. Les employeurs ont eu largement recours à ces dispositions pour modifier les conditions de travail. En **Turquie** également, un décret a été publié pour limiter la possibilité de démissionner pour le personnel de santé : « Pendant trois mois à compter de la publication du présent décret, les professionnels de santé du secteur public ou privé qui travaillent déjà dans un établissement de santé ou y sont déjà nommés ne sont pas autorisés à quitter leur emploi avant une deuxième communication qui sera publiée dans le cadre de la pandémie. Cette décision est adoptée pour lutter efficacement contre la pandémie et ne pas interrompre le service des soins de santé. » [copie conservée par Amnesty International] Il est légitime de revoir officiellement les conditions de travail du personnel de santé, dans une certaine mesure, pendant une pandémie. L'article 2 de la Convention sur le travail forcé exclut de la définition du travail forcé ou obligatoire « tout travail ou service exigé dans les cas de force majeure, c'est-à-dire dans les cas de guerre, de sinistres ou menaces de sinistres tels qu'incendies, inondations, famines, tremblements de terre, épidémies et épizooties violentes, invasions d'animaux, d'insectes ou de parasites végétaux nuisibles, et en général toutes circonstances mettant en danger ou risquant de mettre en danger la vie ou les conditions normales d'existence de l'ensemble ou d'une partie de la population ». D'après le Protocole de 2014 relatif à la Convention sur le travail forcé, 1930, « [l]es mesures prises pour appliquer les dispositions du présent protocole et de la convention doivent être déterminées par la législation nationale ou par l'autorité compétente, après consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées. » Amnesty International n'a pas analysé les circonstances spécifiques dans lesquelles différents pays ont introduit des changements officiels des conditions de travail du personnel de santé. Néanmoins, il est indispensable de le faire après consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs concernées.

[63] Entretien avec un professionnel de santé, Paraguay, 29 avril 2020 [par téléphone].

[64] Entretien avec un professionnel de santé, Cap-Ouest, Afrique du Sud, 10 juin 2020 [par téléphone].

[65] Entretien avec un professionnel de santé, Égypte, 10 juin 2020 [par téléphone].

[66] Ministère de la Santé de la République du Soudan du Sud, *COVID-19 Weekly Situation Report*, 22-28 juin 2020. Dossier conservé par Amnesty International.

[67] Maura Ajak et Cara Anna, "Virus outbreak could spin 'out of control' in South Sudan", *Associated Press*, 22 juin 2020, https://apnews.com/265a7d7cbbebb6ec29f4bcb1c69e739d. Entretien avec des professionnels de santé, Soudan du Sud, 11 juin 2020.

[68] Entretien avec une ASHA, Inde, avril-mai 2020.

[69] Universidade Nova de Lisboa, *Résultats du questionnaire 2 : les risques pour les professionnels de la santé vont bien au-delà du virus*, https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/resultados-do-questionario-2-os-riscos-para-os-profissionais-de-saude-vao-muito-para-alem-do-virus/

[70] Cintesis, "Cintesis Study Reveals: COVID-19 is Affecting Nurses' Mental Health", http://cintesis.eu/en/cintesis-study-reveals-covid-19-is-affecting-nurses-mental-health/

mauvais », et 48 % ont qualifié leur qualité de vie de « mauvaise » ou « très mauvaise ». Seulement 1,4 % des infirmières et infirmiers interrogés avaient demandé une aide psychologique[71].

D'après une étude publiée récemment dans le *British Medical Journal*, « le personnel de santé de **Chine** a déclaré souffrir de dépression (dans 50,3 % des cas), d'anxiété (dans 44,6 % des cas) et d'insomnie (dans 34,0 % des cas[72]) ». Une étude sur le personnel soignant de première ligne et de deuxième ligne en **Italie** a conclu à « une proportion importante de professionnels de santé souffrant de problèmes de santé mentale, en particulier les femmes jeunes et le personnel de santé de première ligne[73] ». Les données recueillies dans le cadre d'autres pandémies et épidémies vont dans le même sens[74].

Certains pays – pas tous – ont adopté des mesures actives pour élargir leur personnel dans le cadre de la réponse à la pandémie. Ils ont embauché un plus grand nombre de soignants et soignantes et ont invité des bénévoles à travailler dans le système de santé publique pour de courtes périodes[75]. Une approche plus générale est toutefois indispensable pour garantir que le personnel de santé et des services essentiels dispose de l'aide psychosociale nécessaire sur le lieu de travail. L'OMS a publié des orientations sur des questions relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19, qui contiennent des observations spécifiques concernant les besoins du personnel de santé. Ces orientations comprennent plusieurs recommandations pratiques pour les responsables des établissements de santé, à savoir : veiller à ce que l'ensemble du personnel ait accès à une communication de qualité, à des informations exactes et à jour ; assurer une rotation du personnel entre des postes fortement générateurs de stress et d'autres moins éprouvants ; associer les professionnels débutants à des collègues plus expérimentés ; instaurer, encourager et contrôler les pauses ; mettre en place des horaires de travail flexibles pour les professionnels directement impactés ou dont un membre de la famille est affecté par un événement stressant ; faciliter l'accès et veiller à ce que le personnel sache où accéder à des services de santé mentale et de soutien psychosocial[76].

4.4 RÉMUNÉRATION ET INDEMNISATION

À la charge de travail et aux risques professionnels supplémentaires auxquels s'expose le personnel de santé s'ajoutent, dans plusieurs pays, des problèmes de rémunération insuffisante et d'absence d'indemnisation en cas de maladie professionnelle, voire de décès. Dans de nombreux contextes, ces difficultés s'inscrivent dans le prolongement de problèmes de fond déjà anciens, liés à une rémunération inappropriée et à des conditions de travail difficiles, en particulier pour certaines travailleuses et certains travailleurs. D'après l'OMS, l'écart de rémunération moyen entre hommes et femmes est d'environ 28 % dans le secteur de la santé, par exemple[77].

Au début de la crise, au moins un gouvernement provincial du **Pakistan** a réduit les salaires du personnel de santé (et d'autres travailleurs et travailleuses du secteur public) de 10 % pour financer un fonds COVID-19 administré par le gouvernement[78]. En **Indonésie**, le secrétariat de l'agence d'aide juridique de l'association indonésienne de personnel infirmier (*Indonesian National Nurse Association*) a déclaré avoir recensé 330 cas d'infirmières et d'infirmiers d'hôpitaux publics et privés ayant subi des réductions de salaire et n'ayant pas reçu de primes de vacances, au 25 mai 2020. Soixante-cinq pour cent de ces personnes étaient des travailleurs et travailleuses temporaires. Au **Soudan du Sud**, le personnel médical employé par le gouvernement n'avait pas reçu de salaire depuis février. Il ne bénéficie d'aucun avantage social et n'a pas de couverture médicale. Après une grève des médecins de 24 heures, le gouvernement leur a proposé l'équivalent de 40 dollars des États-Unis en monnaie locale pour solder une partie des arriérés de salaire. « Les médecins ont refusé, car ce n'était pas la somme qu'ils devaient toucher. Le gouvernement a proposé 10 000 livres sud-soudanaises le mois dernier. Plus

[71] Cintesis, "Cintesis Study Reveals: COVID-19 is Affecting Nurses' Mental Health", http://cintesis.eu/en/cintesis-study-reveals-covid-19-is-affecting-nurses-mental-health/
[72] Jessica Gold, "Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers", *British Medical Journal*, 369, 2020, https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1815
[73] Rodolfo Rossi *et al.*, "Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy", 3(5) *JAMA Network Open*, 2020 https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2766378
[74] Sheila Dutta, "Supporting mental health and resilience in frontline COVID-19 (coronavirus) health care workers", *World Bank Blogs*, 28 mai 2020, https://blogs.worldbank.org/health/supporting-mental-health-and-resilience-frontline-covid-19-coronavirus-health-care-workers
[75] La Grèce et le Royaume-Uni, par exemple.
[76] OMS, *Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19*, 18 mars 2020, https://www.who.int/fr/publications-detail/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak
[77] Mathieu Boniol *et al.*, « Équité femmes-hommes parmi les personnels de santé : une analyse de 104 pays », 2019, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311385/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-fre.pdf?ua=1
[78] M. Bhatti, "Doctors feel wronged as govt deducts 10pc of their salaries for COVID-19 fund", *The News,* 4 avril 2020, https://www.thenews.com.pk/print/639038-doctors-feel-wronged-as-govt-deducts-10pc-of-their-salaries-for-covid-19-fund

tôt ce mois-ci [en juin], certains médecins ont reçu des menaces : si vous ne prenez pas ce mois, votre contrat sera résilié », a expliqué un médecin à Amnesty International[79].

Au **Guatemala**, le gouvernement a installé un hôpital spécialisé dans le traitement des cas de COVID-19 et a recruté du personnel de santé supplémentaire pour qu'il y travaille de manière temporaire. Début mai, Amnesty International a pu s'entretenir avec un membre du personnel de cet hôpital[80]. Ses collègues et lui travaillaient depuis 40 jours dans l'établissement et n'avaient reçu aucun paiement pour tout leur travail. Après vérification, les services du Procureur des droits humains du Guatemala ont confirmé cette information. Ils ont révélé que la moitié des médecins employés sur place n'avaient pas de contrat en bonne et due forme et qu'aucun d'entre eux n'avait été payé[81].

Des membres du personnel d'entretien et de maintenance d'un hôpital licenciés sans avoir été payés au Guatemala[82]

Le 21 mars, le gouvernement du Guatemala a ouvert un hôpital temporaire d'une capacité initiale de 319 lits dans le *Parque de la Industría* (Parc industriel) de la ville de Guatemala, destiné à recevoir et à traiter les patients atteints du COVID-19. Début mai, le personnel médical a publiquement dénoncé l'absence de contrats, de salaires et de conditions de travail sûres à l'hôpital. D'après les informations relayées par la presse et obtenues de la Direction de la comptabilité de l'État, cet hôpital a dépensé moins de 2 % du budget public que le Congrès lui a alloué, en raison du manque de personnel et de capacités opérationnels permettant d'assurer son fonctionnement.

Le 5 juin, 46 membres du personnel d'entretien et de maintenance de l'hôpital ont été licenciés. La seule raison avancée par le ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale pour justifier leur licenciement est qu'au titre des conditions administratives, les employés devaient présenter un diplôme de fin d'études secondaires ou universitaires pour conserver leur emploi. Nombre de ces employés n'ont reçu qu'une éducation élémentaire et ne pouvaient donc pas justifier de tels diplômes. Ces personnes n'ont pas été rémunérées depuis qu'elles ont commencé à travailler, le 24 mars (tout comme de nombreux membres du personnel de santé de l'hôpital). Elles n'ont reçu aucune indemnité de licenciement. Amnesty International a demandé au ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale de protéger les 46 personnes licenciées le 5 juin, en les payant de toute urgence et en diligentant une enquête indépendante sur les circonstances de leur licenciement.

Même s'ils reçoivent le salaire prévu dans leur contrat, des membres du personnel de santé attirent l'attention sur le montant de leur rémunération, parce qu'elle est faible ou qu'elle ne tient pas suffisamment compte des tâches supplémentaires qu'ils doivent maintenant exécuter ou des risques auxquels leur travail les expose pendant la pandémie. En **Inde**, une ASHA (professionnelle de santé de milieu non hospitalier) a déclaré à Amnesty International : « En temps normal, en plus des 3 000 roupies indiennes (environ 40 dollars) que nous gagnons tous les mois, nous tirons un complément de revenus d'autres tâches, comme l'accompagnement lors des accouchements et la vaccination. Comme maintenant, nous ne participons plus qu'à [la réponse à la pandémie de] COVID-19, nous ne pouvons plus nous consacrer à ce type de travail, ce qui nuit énormément à nos revenus, déjà faibles[83]. » Sa collègue ajoute : « Que tirerons-nous de tout cela ? Pour un montant dérisoire de 3 000 roupies, nous mettons toute notre famille en danger. Mon mari me le reproche tous les jours[84]. » La rémunération des ASHA est inférieure au salaire minimum dans de nombreux États indiens.

---

[79] Entretien avec des professionnels de santé, Soudan du Sud, 11 juin 2020. Voir également Akol, Priscah, "One health-care worker dies of COVID-19, first front-line fatality in S. Sudan", *Eye Radio,* 29 mai 2020, https://eyeradio.org/one-health-care-worker-dies-of-covid-19-first-front-line-fatality-in-s-sudan ; Maura Ajak et Cara Anna, "Virus outbreak could spin 'out of control' in South Sudan", *Associated Press*, 22 juin 2020, https://apnews.com/265a7d7cbbebb6ec29f4bcb1c69e739d

[80] Entretien avec un professionnel de santé, 12-14 mai 2020 [par téléphone].

[81] Entretien avec une inspectrice des services du Procureur des droits humains du Guatemala (*Procuraduría para los Derechos Humanos*, PDH), 13 mai 2020.

[82] Amnesty International, *Guatemala. Des membres du personnel d'un hôpital traitant des patients atteints du COVID-19 ont été licenciés sans avoir été payés*, 9 juin 2020, AMR 34/2465/2020, https://www.amnesty.org/fr/documents/amr34/2465/2020/fr/

[83] Entretien avec une ASHA, Inde, avril-mai 2020.

[84] Entretien avec une ASHA, Inde, avril-mai 2020. Les ASHA (auxiliaires agréées de santé sociale) sont des professionnelles de santé exerçant en milieu non hospitalier, qui sont « formées pour servir d'interface entre la population locale et le système de santé publique » en Inde. En général, elles exécutent un large éventail de fonctions, énumérées ici : https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=150&lid=226 Les ASHA sont considérées comme des bénévoles, ce qui les prive d'un salaire fixe. Elles sont rémunérées par des « primes » en fonction des tâches qu'elles exécutent, en plus d'un montant minimum de 2 000 à 4 000 roupies indiennes, selon l'État où elles travaillent. La pandémie a multiplié leurs tâches et la rémunération supplémentaire qu'elles reçoivent est de 1 000 roupies. Le montant cumulé des revenus des ASHA reste inférieur

En **Égypte**, le ministère de la Santé a promis aux médecins une rémunération de 20 000 livres égyptiennes (environ 1 200 dollars par mois) s'ils et elles travaillaient 14 jours auprès de patients et patientes COVID-19 puis restaient en quarantaine pendant les 14 jours suivants. Or, la plupart des médecins ont reçu une paie équivalente à environ un quart du montant promis (autour de 300 dollars par mois). Avant la pandémie, de nombreux médecins complétaient leurs revenus en travaillant dans des cliniques et des hôpitaux privés[85]. D'après une lettre officielle qu'Amnesty International a pu consulter, le ministère de la Santé a demandé aux médecins de cesser de travailler dans des cliniques et des hôpitaux privés pour se joindre à la « lutte contre la pandémie de COVID-19 », ce qui peut restreindre gravement leurs sources de revenus.

De nombreux gouvernements ont mis en place des avantages ou des mesures spécifiques de soutien au personnel de santé pendant la pandémie de COVID-19, afin de compléter leurs revenus habituels. Amnesty International a relevé des cas de ce type dans 29 pays au moins. Cette initiative est bienvenue, mais, dans certains pays, des membres du personnel de santé et des autres secteurs essentiels ont déploré ne pas avoir reçu ces avantages, dans la pratique, ou ne pas faire partie des catégories professionnelles pouvant en bénéficier, alors qu'ils sont exposés au même niveau de risque pendant la pandémie de COVID-19, voire à un niveau supérieur.

Au **Ghana**, par exemple, le gouvernement a instauré certains avantages pour le « personnel de première ligne[86] », notamment une hausse de salaire, la gratuité des transports et une exonération fiscale pendant trois mois. Cependant, certaines travailleuses et certains travailleurs impliqués dans la réponse à la pandémie de COVID-19 n'étaient pas concernés, notamment les personnes responsables de la désinfection, de l'isolement et de l'enterrement des corps des personnes mortes de COVID-19[87]. En **Inde**, le gouvernement a créé le *Pradhan Mantri Garib Kalyan Package* (régime d'assurance pour le personnel de santé participant à la lutte contre le COVID-19), qui comporte une assurance décès prévoyant le versement de 50 roupies de Lakh (environ 66 150 dollars) en cas de décès pour cause de COVID-19 d'un·e professionnel·le de santé, y compris d'un agent des services d'assainissement intervenant en milieu hospitalier, entre le 30 mars et le 30 juin 2020[88]. Le dispositif ne précise toutefois pas s'il s'applique aux employé·e·s contractuel·le·s des hôpitaux. Il ne s'applique pas non plus aux agents des services urbains d'enlèvement des ordures ménagères, notamment à celles et ceux intervenant dans des zones placées en quarantaine[89]. Au **Royaume-Uni**, les brancardiers et brancardières, les agents de nettoyage ainsi que les travailleurs sociaux et travailleuses sociales ne faisaient pas partie, dans un premier temps, des bénéficiaires d'un dispositif prévoyant d'accorder aux familles de membres du personnel de santé morts de COVID-19 l'autorisation de rester au Royaume-Uni pour une durée illimitée (équivalent d'un permis de résidence), sans frais. Le dispositif a été modifié par la suite pour les inclure[90].

Le COVID-19 : une maladie professionnelle

Une problématique du même domaine est celle de l'indemnisation en cas de maladie ou de décès de membres du personnel de santé et des secteurs essentiels ayant contracté le virus au travail. Dans sa Recommandation sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, l'OIT définit les maladies professionnelles comme « les maladies dont il est connu qu'elles résultent de l'exposition, dans des procédés, activités ou occupations, à des substances ou à des dangers inhérents à ces procédés, activités et occupations ». Elle déclare également que « [l]e travailleur, sauf preuve du contraire, devrait bénéficier de la présomption que la maladie est d'origine professionnelle : (a) s'il a été exposé au risque pendant une période minimum déterminée ; (b) s'il a présenté les symptômes de la maladie dans un délai déterminé après avoir quitté le dernier emploi à l'occasion duquel il pouvait être exposé au risque ». Si le COVID-19 est reconnu comme une maladie professionnelle, les travailleurs et travailleuses l'ayant contracté pendant leur travail doivent avoir accès à un éventail de prestations et de droits, notamment à des soins médicaux adéquats, à des prestations ou à une

---

au salaire minimum dans de nombreux États. Pour en savoir plus, consulter : https://www.indiabudget.gov.in/budget2019-20/economicsurvey/doc/vol1chapter/echap11_Vol1.pdf

[85] Entretien avec un professionnel de santé, Égypte, 9 juin 2020 [par téléphone].

[86] Le gouvernement du Ghana a défini le « personnel de première ligne » comme les médecins, les infirmières et infirmiers ainsi que les autres membres du personnel de santé en contact direct avec les patients et patientes atteints de COVID-19.

[87] Kenneth Darko, "Environmental health workers unhappy with exclusion from Covid-19 stimulus package", *MyJoy Online,* 11 May 2020, https://www.myjoyonline.com/news/national/environmental-health-workers-unhappy-with-exclusion-from-covid-19-stimulus-package/

[88] Pradhan Mantri Garib Kalyan Package: Insurance Scheme for Health Workers Fighting COVID-19, FAQs, https://www.mohfw.gov.in/pdf/FAQPradhanMantriGaribKalyanPackageInsuranceSchemeforHealthWorkersFightingCOVID19.pdf

[89] Amnesty International Inde, « Abandoned at the frontline: India's sanitation workers seek immediate help from the government amidst Covid-19 », 24 avril 2020, https://amnesty.org.in/abandoned-at-the-frontline-indias-sanitation-workers-seek-immediate-help-from-the-government-amidst-covid-19/

[90] Andrew Woodcock, "Coronavirus: Bereaved families of migrant NHS cleaners and porters locked out of leave-to-remain scheme", *The Independent,* 19 mai 2020, https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/coronavirus-nhs-cleaners-leave-to-remain-scheme-home-office-a9523111.html#gsc.tab=0 ; *Coronavirus (COVID-19): bereavement scheme for family members of NHS and health and social care workers*, 20 mai 2020, https://www.gov.uk/guidance/coronavirus-covid-19-bereavement-scheme-for-family-members-of-nhs-and-health-and-social-care-workers

indemnité en espèces s'ils se trouvent dans l'incapacité de travailler, à une indemnité en cas de décès ainsi qu'à une allocation ou à une indemnité pour frais funéraires[91].

Si certains pays ont reconnu explicitement le statut de maladie professionnelle du COVID-19[92], d'autres ne l'ont pas fait. Pour de nombreuses organisations représentant le personnel de santé et des autres secteurs essentiels, cette question est déterminante[93]. D'après les données de l'OIT, au moins 13 pays ont classé le COVID-19 comme maladie professionnelle pour certains métiers et huit autres ont déclaré qu'ils envisageraient de le faire s'il était démontré que la maladie se transmettait au travail (mais le travail de suivi de l'OIT n'est pas exhaustif[94]). D'après les directives de l'OMS, les droits du personnel de santé comprennent le respect, par les employeurs et les responsables des établissements de santé, « du droit à des mesures d'indemnisation, de réadaptation et de soins curatifs en cas d'infection au COVID-19 après une exposition au virus sur le lieu de travail, ce qui est considéré comme une maladie professionnelle due à une exposition sur le lieu de travail[95] » [traduction non officielle]. L'OIT a également établi que « [l]'infection au COVID-19, si elle résulte du travail, pourrait être considérée comme un accident du travail ou une maladie professionnelle[96] ».

La question du dépistage du COVID-19 est liée au problème de la reconnaissance de son statut de maladie professionnelle pour le personnel de santé et des secteurs essentiels. Le dépistage est indispensable pour que ces personnes puissent bénéficier des prestations et des droits auxquels leur donnerait droit la classification du COVID-19 comme maladie professionnelle. En l'absence de dépistage, les professionnels de santé et les travailleurs et travailleuses essentiels ne pourraient prétendre au traitement et aux soins médicaux découlant de la reconnaissance du COVID-19 comme maladie professionnelle, ni aux indemnités et autres prestations connexes.

À l'heure actuelle, le dépistage du COVID-19 chez les membres du personnel de santé et des secteurs essentiels dépend des stratégies individuelles employées en la matière dans chaque pays. Plusieurs organisations de professionnels de santé et de travailleurs et travailleuses essentiels ont demandé à ce que leurs membres fassent partie des groupes prioritaires pour effectuer des tests, tant en raison du risque accru de contracter la maladie auquel ces personnes sont exposées que de la probabilité élevée qu'elles transmettent la maladie à d'autres dans l'exercice de leur travail. Les États doivent considérer le COVID-19 comme une maladie professionnelle et, de ce fait, veiller à ce que le personnel de santé et des autres secteurs essentiels fasse partie des groupes prioritaires pour bénéficier des services de dépistage des cas de COVID-19 sur leur territoire.

---

[91] OIT, *Normes de l'OIT et COVID-19 (coronavirus)*, 29 mai 2020, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_739938.pdf

[92] Pour connaître les pays concernés, consulter : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_ent/documents/publication/wcms_741360.pdf

[93] Voir par exemple : « Déclaration du Conseil des Global Unions : le COVID-19 doit être reconnu en tant que maladie professionnelle », 28 avril 2020, https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/cgu_statement_iwmd2020_fr.pdf

[94] Pour connaître les pays concernés, consulter : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_ent/documents/publication/wcms_741360.pdf

[95] OMS, *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance*, 18 mars 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0

[96] OIT, *Normes de l'OIT et COVID-19 (coronavirus)*, 29 mai 2020, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_739938.pdf

5. DROITS À LA LIBERTÉ D'EXPRESSION ET À LA LIBERTÉ DE RÉUNION PACIFIQUE

En réponse aux menaces et aux pressions qu'il subit à cause de la pandémie de COVID-19, le personnel de santé et des secteurs essentiels est sorti de son silence et s'est élevé contre la situation dans plusieurs pays, en particulier pour demander plus d'EPI et de meilleures conditions de travail. Amnesty International a recensé au moins 31 pays où des professionnel·le·s de santé et des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s avaient manifesté publiquement contre leurs conditions de travail, s'étaient mis·e·s en grève ou avaient menacé de le faire pour ce motif. Dans d'autres situations, ces personnes ont présenté leurs doléances à leur responsable ou à leur employeur en privé. L'organisation a découvert que, dans certains pays, le gouvernement avait imposé des restrictions ou avait donné des instructions pour empêcher le personnel de santé et des autres secteurs essentiels d'exprimer ses craintes. Dans d'autres pays, néanmoins, ces personnes n'ont subi aucune atteinte officielle à leur liberté comme celles décrites ci-dessous, mais beaucoup travaillaient dans un contexte de plus en plus réfractaire, voire déjà fermé, à toute opposition ou à toute liberté de la société civile, où les critiques à l'égard des autorités font souvent l'objet d'une répression et où l'expression en public d'un motif d'alarme fait craindre des représailles à qui la manifeste.

L'article 19 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) dispose que toute personne – y compris les membres du personnel de santé et des secteurs essentiels – a droit à « la liberté d'expression ; ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce[97] ». Ce droit peut être soumis à certaines restrictions relatives à la sauvegarde de la sécurité nationale, de la santé publique ou de l'ordre public, ou au respect des droits et libertés d'autrui, à condition qu'elles soient fixées par la loi, qu'elles soient nécessaires et proportionnées à la réalisation spécifique d'un objectif pertinent et légitime, et qu'elles ne soient pas discriminatoires[98]. Dans de nombreux contextes, à l'heure actuelle, les

[97] PIDCP, article 19.

[98] Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions où des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1984/4 (1984) ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, § 29 : les limitations « doivent être proportionnées à l'objet (autrement dit l'option la moins restrictive doit être retenue [...]) » et « doivent être

personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels sont souvent des défenseurs des droits humains, car elles défendent par leurs actes les droits de chacun à la santé et à l'information. La Déclaration sur les défenseurs des droits de l'homme des Nations unies énonce les principales protections dont chacun peut se prévaloir en agissant en faveur des droits humains[99]. Le cas échéant, ces protections doivent aussi s'appliquer au personnel de santé et des autres secteurs essentiels. En vertu du droit à la liberté d'expression, les États ont également l'obligation de protéger les lanceurs et lanceuses d'alertes qui pourraient faire l'objet de représailles pour avoir dénoncé certains agissements, et de mettre en place les mécanismes nécessaires pour leur permettre de révéler les informations pertinentes sans prendre de risques ni craindre de représailles[100]. Ces droits sont essentiels du point de vue de l'accès des personnes à l'information, car les professionnel·le·s de santé sont une source précieuse d'informations pour connaître la propagation et l'ampleur de la pandémie de COVID-19, ainsi que les réponses que les gouvernements y apportent.

Néanmoins, de nombreux cas ont été signalés où des gouvernements et des employeurs ont cherché à réduire au silence des professionnels et à exercer une répression sur les personnes qui osaient faire entendre leur voix. Dans certains pays, des manifestations ont été interdites ou réprimées par la force, entre autres formes de représailles. Dans d'autres, le gouvernement a adopté des mesures destinées à dissuader les travailleuses et travailleurs de rendre publiques leurs sources de préoccupation. Dans d'autres encore, des employé·e·s ont subi les représailles de leurs employeurs sur leur lieu de travail pour avoir manifesté des inquiétudes au sujet de leur santé et de leur sécurité.

Certains gouvernements ont mis en garde le personnel de santé contre toute évocation en public de la « politique du gouvernement », ce qui peut concerner notamment les décisions relatives aux EPI et la gestion de la pandémie. Dans plusieurs hôpitaux du **Honduras**, il a été demandé aux médecins – en particulier à celles et ceux ayant un contrat à durée déterminée ou un contrat précaire – de signer un accord de confidentialité leur interdisant de s'exprimer en public sur la situation à l'hôpital, notamment sur leurs préoccupations au sujet de leur santé et de leur sécurité au travail. Une professionnelle de santé a déclaré à Amnesty International : « Dans plus d'un hôpital, pendant la pandémie, des médecins ont été obligés de signer un accord de confidentialité. Ces personnes ont été menacées de licenciement si elles donnaient des informations[101]. » La présidente et le vice-président du Collège de médecins du Honduras ont déclaré à Amnesty International que certains médecins avaient été licenciés pour avoir exprimé des préoccupations liées à leur santé et à leur sécurité au travail[102]. En **Pologne**, selon certaines informations, la vice-ministre de la Santé a averti des épidémiologistes et des hôpitaux de ne pas parler de la pandémie de COVID-19 au public[103]. En **Malaisie**, le ministère de la Santé a diffusé auprès des fonctionnaires, dont le personnel de santé employé par le gouvernement fait partie, un rappel des règles disciplinaires existantes qui s'appliquent s'ils critiquent la politique du gouvernement, en particulier sur les réseaux sociaux :

provisoires et sujettes à un examen ». Voir également, Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 34, doc. ONU CCPR/C/GC/34, 12 septembre 2011.

[99] Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus, doc. ONU A/RES/53/144, 8 mars 1999, https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Defenders/Declaration/declaration_fr.pdf

[100] Rapport du rapporteur spécial sur la promotion et la protection du droit à la liberté d'opinion et d'expression, doc. ONU A/70/361, 8 septembre 2015, https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/361&Lang=F. Selon le rapporteur spécial, un lanceur d'alerte est « une personne qui dévoile des informations qu'elle a des motifs raisonnables de croire véridiques au moment où elle procède à leur divulgation et qui portent sur des faits dont elle juge qu'ils constituent une menace ou un préjudice pour un intérêt général, tel étant par exemple le cas d'une violation du droit interne ou international, d'un abus d'autorité, d'un gaspillage, d'une fraude ou d'une atteinte à l'environnement, à la santé publique ou à la sécurité publique ».

[101] Amnesty International a eu accès à la copie d'une lettre envoyée par un hôpital à tous ses employés et toutes ses employées, datée du 3 avril 2020, dans laquelle il demande aux destinataires de se rendre au bureau de la direction pour signer une lettre de confidentialité. À ce jour, Amnesty International n'a pas eu accès à cet accord de confidentialité. Cette situation a été confirmée par les entretiens d'Amnesty International avec la présidente et le vice-président du Collège de médecins du Honduras.

[102] Entretien avec la présidente et le vice-président, 20 avril 2020

[103] Katarzyna Nowosielska, « Le ministère interdit aux médecins de parler des problèmes », Prawo.pl, 27 mars 2020, https://www.prawo.pl/zdrowie/zakaz-publicznego-wypowiadania-sie-lekarzy-na-temat-epidemi,499036.html : d'après la vice-ministre de la Santé, seul un consultant national peut exprimer des opinions à ce sujet, après consultation du ministère de la Santé ou de l'inspecteur sanitaire en chef.

Traduction : Vous aimez faire des déclarations publiques sur la politique du gouvernement ou la commenter sur les réseaux sociaux ? Attention : vous encourez des sanctions disciplinaires, conformément aux règles 19(1) et 19(2) du PU(A) 395/1993 [Règlement de 1993 relatif aux fonctionnaires (conduite et discipline)].

Dans d'autres pays, les membres du personnel de santé et des secteurs essentiels qui ont exprimé leurs inquiétudes au sujet de la pandémie, qui ont fait grève ou qui ont manifesté en public ont subi des conséquences néfastes. L'exemple le plus retentissant de cas de ce type est sans doute celui de Li Wenliang, le médecin lanceur d'alerte mort du virus, en **Chine**.

Li Wenliang était un ophtalmologue qui travaillait à Wuhan, en Chine. Fin décembre 2019, il avait adressé un avertissement à ses collègues médecins au sujet de patients présentant des symptômes similaires à ceux de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), qui avait débuté dans le sud de la Chine en 2002. Il a immédiatement été réduit au silence par les autorités locales pour « propagation de rumeurs[104] ». Il a également reçu une « lettre de blâme » de la police.

Li Wenliang a contracté le nouveau coronavirus début 2020, alors qu'il travaillait à l'hôpital central de Wuhan. Il est mort de la maladie en février 2020. La Commission nationale de surveillance a commandé une enquête sur la manière dont Li Wenliang a été traité après avoir sonné l'alarme et avoir osé parler. Les responsables de l'enquête ont conclu que la lettre de blâme était « inappropriée et ne respectait pas les procédures applicables » de la police, à laquelle ils ont recommandé de révoquer la lettre[105].

Des travailleuses et travailleurs d'un hôpital inculpés pour avoir organisé une manifestation pacifique en Malaisie

Le 2 juin 2020, la police malaisienne a dispersé une manifestation pacifique de travailleurs et travailleuses et de militantes et militants organisée contre une entreprise de services de nettoyage pour les hôpitaux. Les travailleuses et les travailleurs dénonçaient un traitement injuste, à leur avis, des membres du syndicat par l'entreprise, ainsi que le nombre insuffisant d'EPI pour les agents de nettoyage des hôpitaux. La police a arrêté, maintenu en détention toute la nuit et inculpé de « rassemblement non autorisé » cinq personnes, violant leur droit à la liberté d'association et de réunion. Amnesty International demande au ministre de l'Intérieur de Malaisie d'abandonner toutes les charges retenues contre elles[106].

---

[104] Amnesty International, *Chine. La mort du médecin lanceur d'alerte met en lumière les défaillances en matière de droits humains de la gestion de l'épidémie du coronavirus*, 7 février 2020, http://www.amnesty.org/fr/latest/news/2020/02/china-doctor-death-highlights-human-rights-failings-in-coronavirus-outbreak/

[105] "China releases investigation report on issues concerning Dr. Li Wenliang", Xinhuanet, 19 mars 2020, http://www.xinhuanet.com/english/2020-03/19/c_138896212.htm

[106] Selon le syndicat, depuis le début de la pandémie de COVID-19, les agents de propreté n'ont pas accès à des équipements de protection individuelle adéquats pour nettoyer des services et des locaux infectés par le COVID-19, et l'entreprise – Edgenta UEMS – ne leur a pas fourni suffisamment de masques et de gants. Le syndicat accuse également Edgenta UEMS de s'en prendre en particulier aux agents de propreté actifs au sein du syndicat. Le 3 juin, l'entreprise a publié une déclaration dans laquelle elle nie les accusations du syndicat, mais les représentants légaux du syndicat maintiennent leurs accusations initiales. Dans une lettre adressée à Amnesty International Malaisie le 19 juin, UEM Edgenta a une fois de plus nié ces allégations. L'entreprise a également indiqué avoir pris de nombreuses mesures depuis ces faits, notamment : la création en interne d'une équipe spéciale chargée d'examiner les allégations du syndicat ; la mise en place d'une tournée d'information dans certains hôpitaux du nord de la péninsule comprenant une inspection des EPI et des sessions collaboratives avec les employé·e·s des services de soutien

Au **Pakistan**, le personnel de santé a manifesté contre ses conditions de travail et contre le manque d'EPI, en avril 2020. Le même mois, des membres de l'Association des jeunes médecins ont entamé une grève de la faim[107]. Le 6 avril, les forces de sécurité ont eu un recours excessif à la force contre des médecins qui manifestaient à Quetta : ces personnes ont été rouées de coups de matraques et 53 d'entre elles ont été maintenues en détention pendant 24 heures ou plus[108]. À **Hong Kong**, 9 000 membres du personnel médical de l'Alliance des employés de l'autorité hospitalière ont voté en faveur d'une grève dans le but de demander instamment au gouvernement de fermer la frontière avec la Chine continentale pour empêcher la pandémie de COVID-19 de se propager dans la ville. Bien que le droit de grève soit protégé par la loi à Hong Kong, une législatrice a déclaré qu'il conviendrait d'adopter des sanctions contre les médecins en grève, notamment en leur interdisant de devenir spécialistes de différentes branches médicales, à l'avenir[109]. Cette intention ne s'est jamais concrétisée par aucune mesure législative, mais elle transmet un message extrêmement dissuasif aux médecins pour qu'ils renoncent à faire grève, par peur des représailles. En **Inde**, un médecin a été interrogé par la police et son téléphone a été saisi parce qu'il avait « diffusé plusieurs publications sur Facebook au sujet de l'équipement de protection, qu'il signalait comme déficient, fourni par le gouvernement aux médecins traitant les patients atteints de COVID-19 dans ses hôpitaux[110] ». La haute cour de Calcutta a ordonné aux autorités de lui rendre son téléphone portable et a interdit « tout autre interrogatoire du pétitionnaire [le médecin] sans l'autorisation d'une juridiction compétente ».

> **« Je me sens tellement abandonné. Le gouvernement et les responsables de l'administration locale ne font pas tout ce qui est en leur pouvoir pour protéger les médecins... Nous sommes complètement désespérés. Tout ce que nous pouvons faire, c'est manifester, mais maintenant on nous dit que nous n'en avons même pas le droit. On nous réduit au silence. »**
>
> Un professionnel de santé, Pakistan[111]

Dans plusieurs pays, des cas ont été signalés où des membres du personnel de santé et des services essentiels ont été licenciés ou ont subi des sanctions disciplinaires pour avoir exprimé leur inquiétude au sujet de la santé et de la sécurité sur leur lieu de travail, ou de la manière dont leur gouvernement gère la pandémie. La Commission interaméricaine des droits de l'homme a notamment constaté avec inquiétude que des professionnels de santé avaient perdu leur emploi pour avoir dénoncé cette situation au **Nicaragua**[112]. Au **Brésil**, un représentant d'une association de membres du personnel de santé a expliqué à Amnesty International : « La répression prend la forme de menaces de licenciement[113] ». En **Russie**, les autorités ont ouvert une enquête administrative sur l'endocrinologue Yulia Volkova, au motif qu'elle a diffusé de fausses informations sur la pandémie de COVID-19 en toute connaissance de cause, parce qu'elle a publié une vidéo sur Twitter, le 25 mars, dans laquelle elle demande que les médecins reçoivent des EPI. « À qui ai-je fait peur avec ma vidéo ? Je ne cite pas le nom de mon hôpital ni celui du médecin chef de service. J'ai simplement dit que nous demandons

---

aux soins de santé (SSS) ; la création de la PrihatinLine, un service en ligne destiné aux employé·e·s des SSS qui leur permet d'adresser des informations et leurs préoccupations aux cadres supérieurs et à la nouvelle équipe spéciale.

[107] "Pakistan doctors on hunger strike", *The Hindu,* 25 avril 2020, https://www.thehindu.com/news/international/pakistan-doctors-on-hunger-strike/article31434755.ece

[108] S. Khan, "COVID-19 in Pakistan: Why the government and doctors are at odds", *Deutsche Welle*, 16 avril 2020, https://www.dw.com/en/covid-19-in-pakistan-why-the-government-and-doctors-are-at-odds/a-53149990

[109] "Ban strike doctors from specialisations: Regina Ip", RTHK, 8 avril 2020, https://news.rthk.hk/rthk/en/component/k2/1519571-20200408.htm

[110] Dr Indranil Khan c. État du Bengale occidental et autres, WP 5326 (W) of 2020, https://www.scribd.com/document/454566448/Calcutta-HC-Indranil-Khan-writ-petition-order#fullscreen&from_embed

[111] Entretien avec un médecin, 22 mai 2020, Lahore (Pakistan).

[112] La déclaration de la Commission interaméricaine des droits de l'homme est disponible à l'adresse suivante : http://twitter.com/cidh/status/1255149895335292928?s=21

[113] Entretien avec un médecin, 20 mai 2020 [par téléphone].

instamment de recevoir des équipements de protection modernes », a déclaré Yulia Volkova à Amnesty International[114].

Tatiana Revva[115]

Représailles contre une médecin de soins intensifs en Russie

Le docteur Tatiana Revva, médecin dans l'unité de soins intensifs de Kalatch-sur-le-Don, a fait l'objet de représailles et s'expose à un possible licenciement après avoir protesté à plusieurs reprises contre la gestion par son hôpital de la pénurie d'EPI pour le personnel médical dans le contexte de la pandémie de COVID-19, ainsi que d'autres problèmes liés à son travail.

Début mars, elle a fait part de ses préoccupations à un syndicat professionnel indépendant, l'Alliance des médecins, et a enregistré une vidéo pour décrire les problèmes rencontrés par le personnel au sein de son hôpital. Sa lettre au syndicat et sa vidéo ont depuis été rendues publiques. Elle a déclaré à Amnesty International qu'en un mois, elle avait reçu deux blâmes officiels et un avertissement écrit de la part de la direction, et avait dû à six reprises fournir des explications écrites pour de prétendues irrégularités dans son travail.

Les procédures disciplinaires contre Tatiana Revva ont été lancées parce qu'elle aurait violé le secret médical à propos d'un patient. Ce patient est son père, qui avait été admis au service des urgences de l'hôpital pour une possible crise cardiaque. Tatiana Revva s'est rendue auprès de lui et s'est vu décerner un blâme officiel à la suite de cette visite : il lui était reproché de ne pas avoir rempli le dossier du patient, bien qu'elle ne soit pas allée le voir en tant que médecin et qu'il ne s'agissait pas de son domaine de spécialité. Elle a mentionné ces faits dans une lettre au syndicat et dans un entretien avec la presse, mais n'a pas fourni d'informations personnelles à propos de son père ni révélé le diagnostic le concernant, et n'a donc pas rompu le secret médical. Pourtant, ses propos sont la raison des procédures disciplinaires engagées contre elle, qui pourraient aboutir à son renvoi. Il semble qu'elle soit sanctionnée pour avoir fait part de ses préoccupations au sujet de la pénurie d'EPI.

Photo : Docteur Tatiana Revva

à l'hôpital central de district de Kalatch-sur-le-Don, région de Volgograd (Russie). – avril 2020.
© DR

[114] Voir : « Amnesty International demande la clôture de l'affaire de fausses nouvelles ouverte contre le docteur Yulia Volkova », 8 mai 2020, http://eurasia.amnesty.org/2020/05/08/amnesty-international-trebuet-prekrashheniya-dela-o-fake-news-v-otnoshenii-vracha-yulii-volkovoj/
[115] Amnesty International, *Russie. Représailles contre une lanceuse d'alerte : Tatiana Revva*, 11 mai 2020, EUR 46/2301/2020, https://www.amnesty.org/fr/documents/eur46/2301/2020/fr/

En **Égypte**, Amnesty International a recueilli des informations montrant que les autorités égyptiennes ont utilisé les chefs d'inculpation de « diffusion de fausses nouvelles » et de « terrorisme », à la formulation vague et trop large, pour arrêter et incarcérer de façon arbitraire des membres du personnel de santé qui se sont exprimés ouvertement, et qu'elles les ont menacés, harcelés et soumis à des mesures punitives[116]. Les personnes prises pour cibles par les autorités ont dénoncé des conditions de travail dangereuses, des pénuries d'EPI, une formation insuffisante à la prévention de l'infection, des tests de dépistage restreints pour les professionnels de santé et un manque d'accès à des soins de santé vitaux. Amnesty International a rassemblé des informations sur les cas de neuf professionnels de santé – sept médecins et deux pharmaciens – qui ont été arrêtés de façon arbitraire entre mars et juin par l'Agence nationale de sécurité (ANS) à cause de billets publiés en ligne et sur les réseaux sociaux exprimant leurs préoccupations en matière de santé. L'organisation a également parlé avec sept médecins qui ont été témoins de menaces pour la sécurité et la situation administrative de collègues qui s'étaient plaints pour des raisons semblables. Le 27 juin, les forces de sécurité égyptiennes ont empêché les membres du Syndicat des médecins d'organiser une conférence de presse pour répondre au Premier ministre, qui avait tenu les médecins responsables de l'augmentation du taux de mortalité due au COVID-19 dans le pays, dans un discours public. D'après un membre du syndicat présent lors de l'incident, les forces de sécurité ont encerclé le syndicat pour forcer les organisateurs à repousser la conférence[117]. D'après le Syndicat des médecins, deux de ses membres ont été placés en détention pour avoir critiqué les déclarations du Premier ministre ou avoir assuré la promotion de l'événement sur leurs comptes de réseaux sociaux. Une source du Syndicat des médecins a confirmé que les médecins sont menacés, interrogés par l'ANS ou par l'administration et soumis à des sanctions administratives. Il a déclaré : « Nous recevons de nombreuses plaintes à ce sujet, mais beaucoup d'autres personnes préfèrent s'acheter sur leurs propres deniers leur équipement afin d'éviter ces épuisantes démarches. Ils forcent les médecins à choisir entre la mort et la prison[118]. »

Aux **États-Unis**, le personnel de santé et des secteurs essentiels a pu manifester pour faire connaître ses préoccupations liées à la pandémie de COVID-19, mais plusieurs cas ont été signalés où des employeurs ont empêché le personnel soignant de dénoncer la situation au moyen de diverses représailles, notamment des manœuvres de harcèlement, des procédures disciplinaires et des licenciements abusifs. L'Association américaine des infirmières et infirmiers – organisation qui représente les intérêts de quatre millions d'infirmières et d'infirmiers agréés aux États-Unis – a publié une déclaration par laquelle elle affirme son trouble « au sujet des cas d'employeurs exerçant des représailles contre des membres du personnel infirmier et du personnel soignant en général pour avoir exprimé des préoccupations légitimes au sujet de leur sécurité personnelle lors des soins de patients atteints de COVID-19. Les cas d'intimidation, de licenciement, d'ostracisme et autres sont inacceptables[119] ».

Tainika Somerville[120]

Aide-soignante d'une maison de retraite aux États-Unis

Le 2 avril, Tainika Somerville a été licenciée de l'établissement Bridgeview Healthcare Centre du comté de Cook, dans l'Illinois, parce qu'elle avait filmé et diffusé en direct sur Facebook, deux jours plus tôt, une vidéo sur laquelle on la voit sur son lieu de travail en train de lire une pétition dénonçant le manque d'EPI dans la structure, signée par elle-même et des collègues.

Aide-soignante depuis plus de 20 ans, elle était employée dans une maison de retraite privée pour donner à manger aux résidents âgés, les laver, mesurer leurs paramètres vitaux et leur apporter un soutien émotionnel. Tainika Somerville a confié à Amnesty International qu'elle était en colère à cause de la manière dont l'entreprise avait caché la présence du nouveau coronavirus dans la maison de retraite. « La manière dont nous avons appris [que le COVID-19 circulait dans les locaux] nous a vraiment mis un coup. Ils n'ont pas arrêté de nous dire que le virus ne circulait pas dans le bâtiment, ils mentaient. Finalement, nous avons appris la vérité dans un article de presse. »

---

[116] Amnesty International, *Égypte. Le personnel de santé confronté à un choix impossible : « la mort ou la prison »*, 18 juin 2020, http://www.amnesty.org/fr/latest/news/2020/06/egypt-health-care-workers-forced-to-make-impossible-choice-between-death-or-jail/
[117] Entretien avec un professionnel de santé, Égypte, 29 juin 2020 [par téléphone].
[118] Entretien avec un professionnel de santé, Égypte, 10 juin 2020 [par téléphone].
[119] American Nurses Association (ANA), "ANA Disturbed by Reports of Retaliation Against Nurses for Raising Concerns About COVID-19 Safety", 9 avril 2020, https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2020/ana-disturbed-by-reports-of-retaliation-against-nurses-for-raising-concerns-about-covid-19-safety/
[120] Amnesty International, *Amériques. Soigner ne doit pas être dangereux : les droits du personnel soignant dans les Amériques pendant et après la pandémie de COVID-19*, 19 mai 2020, AMR 01/2311/2020, https://www.amnesty.org/fr/documents/amr01/2311/2020/fr/

Tainika Somerville a expliqué à Amnesty International avoir été accusée, par lettre, de violence verbale et de refus de suivre les instructions. Elle est convaincue d'avoir été licenciée pour avoir dénoncé la pénurie d'EPI et les conditions de travail dans l'établissement. Amnesty International a envoyé une lettre à Dynamic Health Care Consultants, Inc, la société mère de l'établissement qui employait Tainika Somerville, pour demander plus d'informations, mais n'a toujours pas reçu de réponse. Tainika a confié à Amnesty International qu'actuellement, son seul souhait était de retrouver son emploi.

Photo : Tainika Somerville, aide-soignante dans l'Illinois (États-Unis).
© DR

6. STIGMATISATION ET VIOLENCE

Dans de nombreux pays, la population a manifesté une vague de soutien et de solidarité sans précédent envers le personnel soignant. Les professionnel·le·s de santé et les travailleuses et travailleurs essentiel·le·s ont reçu des démonstrations publiques de gratitude et il leur a été rendu hommage. Malheureusement, dans certains pays, ces personnes ont fait l'objet de stigmatisation, voire de violence, à cause de leur profession dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les États doivent veiller à ce que le personnel de santé et des secteurs essentiels ne soit pas victime de stigmatisation et de violence. Ils doivent condamner cette stigmatisation et, lorsqu'il y a lieu, ouvrir des enquêtes sur les actes de violence contre ces personnes pour traduire leurs auteurs en justice. Tous les employeurs, y compris ceux du secteur privé, doivent adopter toutes les mesures nécessaires, notamment celles décrites ci-après, afin de protéger leur personnel de la stigmatisation et de la violence liées à leur profession.

Plusieurs traités internationaux relatifs aux droits humains garantissent le droit à l'égalité et à la non-discrimination[121]. Le droit à la non-discrimination est une obligation immédiate et transversale qui s'applique à l'exercice de chacun des droits humains garantis par le droit international, sans exception. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a indiqué que les États parties devaient « adopter immédiatement les mesures nécessaires afin de prévenir, de réduire et d'éliminer les situations et les comportements qui génèrent ou perpétuent une discrimination concrète ou de facto » fondée sur les motifs interdits[122]. Le Comité a également affirmé que les États parties devaient « adopter des mesures, y compris législatives, pour empêcher toute discrimination exercée pour des motifs interdits dans la sphère privée par des particuliers ou des personnes morales[123] ».

La stigmatisation du personnel de santé et des autres secteurs essentiels s'est manifestée par des difficultés d'accès, pour ces personnes, aux services essentiels tels que le transport et le logement, ou par des comportements négatifs de simples citoyens et citoyennes à leur égard. Rose [dont le nom est tenu secret], infirmière dans l'un des plus grands hôpitaux publics de Manille, aux **Philippines**, a révélé à Amnesty International :

« J'ai subi personnellement une forme de discrimination, quand les bus étaient encore autorisés à circuler. Je portais mon uniforme, évidemment, et il ne fait aucun doute que j'exerce une profession médicale. Très souvent, les bus ne s'arrêtaient pas pour moi. Si j'arrivais à monter dans un bus, les personnes à bord m'évitaient. Parfois, j'envisageais d'aller au travail sans mon uniforme, quitte à recevoir une sanction[124] ».

---

[121] Il s'agit notamment du PIDESC, du PIDCP, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.
[122] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/C.12/GC/20, 2 juillet 2009, § 8(b).
[123] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/C.12/GC/20, 2 juillet 2009, § 11.
[124] Entretien avec une professionnelle de santé, 27 mai 2020.

Au **Nigeria**, une médecin a confié à Amnesty International qu'elle n'avait pas été autorisée à entrer dans un supermarché parce qu'elle portait son uniforme[125].

Parfois également, l'accès aux services essentiels, notamment au logement, a été refusé à des professionnel·le·s de santé par crainte de la contagion, au cas où ces personnes seraient porteuses du nouveau coronavirus. Dans dix pays au moins, des informations ont révélé que des personnes travaillant dans le secteur de la santé avaient été expulsées de leur logement, avaient fait l'objet de tentatives en ce sens, avaient eu des difficultés à trouver un hébergement ou avaient été stigmatisées par leur voisinage[126].

> **« Ces trois derniers mois, le nombre d'agressions de membres du personnel médical a fortement augmenté. Le stress, l'anxiété et la panique que la pandémie de COVID-19 engendre au sein de la population sont des facteurs qui peuvent expliquer en grande partie ce phénomène. S'il y a une pénurie de respirateurs, c'est la faute des médecins. Si le patient est un cas possible de COVID-19, c'est la faute des médecins. En général, les proches des patients attribuent directement aux médecins toutes les erreurs et les pénuries dont le ministère de la Santé est responsable, et les agressent physiquement et verbalement. »**
>
> Une médecin, Soudan[127]

Par ailleurs, une tendance extrêmement préoccupante apparue pendant la pandémie de COVID-19 est l'augmentation apparente du nombre d'agressions de membres du personnel de santé et des autres secteurs essentiels. Certaines de ces personnes ont été agressées ou ont subi des formes de violence au travail, en se rendant au travail et chez elles. En mai 2020, 13 organisations médicales et humanitaires internationales représentant plus de 30 millions de professionnel·le·s de santé ont émis une déclaration dans laquelle elles condamnent la tendance à la hausse des agressions de soignantes et de soignants. Dans cette déclaration, les organisations font état de plus de 200 cas recensés d'agressions de professionnels de santé pour des raisons liées à la pandémie de COVID-19 – une tendance qui met en danger non seulement ce personnel essentiel intervenant en première ligne de la lutte contre la pandémie de COVID-19, mais aussi les populations qu'il soigne[128]. La violence à laquelle se heurte le personnel de santé et des secteurs essentiels a également été mentionnée dans les médias locaux et internationaux ; des incidents ont été recensés dans un grand nombre de pays[129].

---

[125] Entretien avec une médecin, 13 mai 2020 [par téléphone].
[126] Ces pays sont l'Argentine, le Chili, l'Éthiopie, le Honduras, l'Inde, l'Indonésie, l'Italie, le Népal et le Salvador.
[127] Entretien avec une professionnelle de santé, État de Khartoum, Soudan, 26 mai 2020 [par WhatsApp].
[128] Déclaration de la communauté d'intérêt des soins de santé en danger sur les violences ciblant actuellement le secteur de la santé, healthcareindanger.org/fr/resource-centre-4/declaration-by-the-health-care-in-danger-community-of-concern-about-the-current-situation-of-violence-against-health-care/
[129] Donna McKay *et al.*, "Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19", *The Lancet*, vol. 395, p. 1743, 2020, https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31191-0/fulltext ; "Health workers become unexpected targets during Covid-19", *The Economist*, 11 mai 2020, https://www.economist.com/international/2020/05/11/health-workers-become-unexpected-targets-during-covid-19

Des agressions de membres du personnel soignant ont été constatées au **Mexique**, notamment le cas d'une infirmière qui a été abondamment arrosée d'eau de Javel alors qu'elle marchait dans la rue, semble-t-il[130]. Au 28 avril, le ministère de l'Intérieur avait recensé au moins 47 cas d'agressions de professionnels de santé dans 22 États du pays, dont 70 % perpétrées contre des femmes[131]. Le Conseil national de prévention de la discrimination (CONAPRED) a fait état de 265 plaintes de professionnels de santé (17 médecins, 8 infirmiers et infirmières et 31 personnes exerçant une profession administrative ou de soutien) reçues entre le 19 mars et le 8 mai au sujet d'actes de discrimination liés à leur travail dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19[132]. Aux **Philippines**, un travailleur d'un hôpital a été attaqué en pleine rue. Ses agresseurs lui ont versé de l'eau de Javel sur le visage[133]. À Indore, en **Inde**, des professionnels de santé qui s'étaient déplacés pour effectuer des tests de dépistage du COVID-19 ont reçu des jets de pierres[134]. En **Russie**, une bande semble avoir agressé des ambulanciers afin de savoir « où [étaient] les gens infectés[135] ». En **France**, des cambriolages de cabinets d'infirmières et autres professionnels de santé, souvent pour dérober des EPI, ont été signalés[136]. Amnesty International a également recensé plusieurs cas de violences contre du personnel soignant dans tout le **Pakistan** depuis le mois d'avril. Des hôpitaux ont été vandalisés, de nombreux médecins ont été agressés et un membre des forces antiterroristes a même tiré sur l'un d'entre eux. L'Association des jeunes médecins déclare que le personnel soignant est agressé au quotidien et qu'il est devenu impossible de dénombrer les victimes[137].

Pendant la préparation de ce rapport, Amnesty International a entendu des informations et des récits préoccupants sur les violences subies par le personnel de santé et des secteurs essentiels. Un représentant d'une association de professionnels de santé du **Brésil** a confié à Amnesty International avoir eu connaissance d'agressions de soignantes ou de soignants à l'intérieur des hôpitaux, par les familles de patients[138]. Au **Soudan,** le Comité central des médecins soudanais (CCDS) a signalé avoir recensé 28 agressions de professionnels de santé dans le pays entre mars et mai 2020. Un médecin a déclaré à Amnesty International : « J'ai été témoin d'un incident... pendant que les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 étaient en vigueur. Le personnel de l'hôpital a ordonné au compagnon de la patiente de ne pas entrer dans l'hôpital à cause du virus. Le compagnon est un membre des forces de sécurité, il a agressé le médecin et l'a blessé[139] ».

Quelle que soit la raison ou la motivation de ces agressions, la violence contre le personnel de santé et des secteurs essentiels ne devrait pas être tolérée. Il est indispensable de garantir que ces personnes puissent faire leur travail sans danger, non seulement pour leur propre sécurité, mais aussi pour celle de tous leurs patients.

Dans certains pays, les forces de sécurité et la police sont responsables d'agressions de membres du personnel de santé et des secteurs essentiels. Au **Nigeria**, par exemple, le président a décrété une dérogation au confinement et au couvre-feu pour le personnel de santé et des secteurs essentiels. Or, les agents des forces de sécurité continuent d'infliger à ces travailleuses et travailleurs des restrictions de leur liberté de mouvement, du harcèlement et des intimidations[140]. Le 20 mai 2020, la branche de l'État de Lagos de l'Association nigériane des médecins a transmis à ses membres l'instruction de rester chez eux après avoir constaté que des professionnels de santé de Lagos avaient été harcelés par des agents des forces de sécurité. En avril, les médecins du centre médical fédéral d'Asaba, dans l'État du Delta, se sont mis en grève à la suite du harcèlement de professionnels de santé par des agents des forces de sécurité[141]. Une professionnelle de santé du Nigeria a expliqué à Amnesty

---

[130] Kirk Semple, "'Afraid to Be a Nurse': Health Workers Under Attack", *New York Times*, 27 avril 2020, https://www.nytimes.com/2020/04/27/world/americas/coronavirus-health-workers-attacked.html

[131] Ministère de l'Intérieur, « Observations sur les violations des droits humains pendant l'état d'urgence sanitaire mis en place pour lutter contre la pandémie de COVID-19 », 28 avril 2020, https://www.gob.mx/segob/documentos/observaciones-sobre-violaciones-a-derechos-humanos-durante-la-contingencia-sanitaria-por-covid-19

[132] Jessica Xantomitola, "Health workers, the third group with the most complaints presented to Conapred", https://www.jornada.com.mx/2020/05/11/politica/005n2pol

[133] Kirk Semple, "'Afraid to Be a Nurse': Health Workers Under Attack", *New York Times*, 27 avril 2020, https://www.nytimes.com/2020/04/27/world/americas/coronavirus-health-workers-attacked.html

[134] "Covid-19: Health workers attacked in cities, 7 held in Indore for pelting stones", *Hindustan Times*, 3 avril 2020, https://www.hindustantimes.com/india-news/covid-19-health-workers-attacked-in-cities-7-held-in-indore-for-pelting-stones/story-ZlbAlxXRhH7aFQyLZb8wmN.html

[135] "In Kostroma a team of doctors attacked because of tests for coronavirus", *K1News*, 16 avril 2020, https://k1news.ru/news/koronavirus/v-kostrome-napali-na-brigadu-vrachey-iz-za-analizov-na-koronavirus/. Voir également : « Des Russes filmés pendant qu'ils rouent de coups un médecin venu faire un test de dépistage du COVID-19 », *Lenta*, 18 avril 2020, https://lenta.ru/news/2020/04/18/skoraya/

[136] Rachel Noël *et al.*, « Coronavirus : masques volés, soignant agressé, quand la pénurie renforce les incivilités », France Bleu, 22 mars 2020, https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/coronavirus-masques-voles-soignants-agresses-quand-la-penurie-renforce-les-incivilites-1584893642

[137] Pour plus de précisions, voir : Amnesty International, *Pakistan. Open Letter to State minister of health on protection of health workers*, TGA ASA 33.2020.005, 1er juillet 2020, https://www.amnesty.org/download/Documents/ASA3326332020ENGLISH.pdf

[138] Entretien avec un médecin, 20 mai 2020 [par téléphone].

[139] Entretien avec une professionnelle de santé, État de Khartoum, Soudan, 27 mai 2020 [par WhatsApp].

[140] "Curfew: Lagos NMA Directs Doctors, Health Workers To Stay At Home From 6pm Today," *Channels Television*, 20 mai 2020, https://www.channelstv.com/2020/05/20/curfew-lagos-nma-directs-doctors-health-workers-to-stay-at-home-from-6pm-today/

[141] "Lockdown: Doctors in Delta embark on indefinite strike over police brutality," *MSN News*, 10 avril 2020, https://www.msn.com/en-za/news/other/lockdown-doctors-in-delta-embark-on-indefinite-strike-over-police-brutality/ar-BB12qXpA

International : « je suis l'une des personnes qui travaillent en première ligne dans l'un des centres d'isolement des patients atteints de COVID-19... En matière de sécurité, nous sommes extrêmement déçus par le harcèlement récurrent dont les agents des forces de sécurité font preuve à l'égard de nos membres dans tout le pays, même si ceux-ci montrent leur carte d'identité, voire parfois même s'ils portent leur uniforme. Ils ne les laissent pas circuler librement, ils les mettent dans l'embarras et ils les agressent[142] ». Au **Népal**, à deux reprises, des agents de police ont fait une utilisation excessive de la force contre des professionnels de santé pour « infraction des mesures de confinement ». La police a diffusé des excuses et a déclaré l'adoption de mesures disciplinaires contre les agents responsables[143].

> **« L'OMS appelle les gouvernements, les employeurs et les organisations de travailleurs et travailleuses à instaurer des mesures pour faire preuve d'une tolérance zéro envers la violence contre les professionnel·le·s de santé, sur leur lieu de travail et lors de leurs déplacements vers et depuis celui-ci, ainsi que pour intensifier le soutien social et le respect à leur égard et à celui de leurs familles. »**
>
> Déclaration de l'OMS [traduction non officielle][144]

Dans certains des pays où ces agressions ont lieu, le gouvernement adopte des mesures pour y répondre. Il existe des cas d'agressions de membres du personnel soignant où les autorités ont arrêté les responsables, et quelques gouvernements ont émis des déclarations officielles pour préciser le rôle du personnel de santé et établir clairement que la violence à son égard ne doit pas être tolérée et ne le sera pas. Au **Mexique**, par exemple, le gouvernement a fait des déclarations publiques en soutien au personnel de santé et des secteurs essentiels, et il a adopté des mesures pour renforcer sa sécurité[145]. Dans certains pays – en **Italie**[146], aux **Philippines** et en **Argentine**[147], notamment -, une législation a été proposée, voire adoptée, pour imposer des sanctions en cas de harcèlement ou de discrimination à l'égard de membres du personnel de santé et/ou des secteurs essentiels.

Plusieurs mesures devraient être adoptées par les responsables des établissements de santé et les gouvernements pour mieux protéger le personnel soignant contre les actes de violence. Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), par exemple, a élaboré une « liste à l'attention des services de santé », qui contient des recommandations clés sur la manière de répondre à la violence à l'égard du personnel soignant pendant la pandémie de COVID-19. Elle comprend des orientations spécifiques sur les questions suivantes : le soutien des professionnels de santé exposés à un degré élevé de stress et de violence ; l'évaluation des risques et la mise en œuvre de mesures de renforcement de l'état de préparation ; la promotion des droits et des responsabilités du personnel ; l'importance de la communication avec le public ; la coordination avec les forces de sécurité ; la

---

[142] Entretien avec une infirmière, Nigeria, 29 mai 2020 [par téléphone].
[143] "Police Take Action Against DSP Lamsal For 'Beating' Doctors", Rising Nepal, 16 avril 2020, https://risingnepaldaily.com/mustread/police-take-action-against-dsp-lamsal-for-beating-doctors
[144] OMS, "WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic", 28 avril 2020, https://www.who.int/news-room/detail/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic
[145] Gouvernement du Mexique, « La chef du personnel infirmier de l'Institut mexicain de la sécurité sociale appelle à cesser les agressions contre le personnel de santé », 23 avril 2020, http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/211
[146] *Senato della Repubblica*, Législature 18ª - Projet de loi nº 867-B, http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/18/DDLPRES/0/1152754/index.html?part=ddlpres_ddlpres1-articolato_articolato1 ; Di Santo, Sara, « La Chambre donne son accord au projet de loi contre les agressions », *Nurse24,* 21 mai 2020, https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/ddl-contro-aggressioni-sanitari-ok-camera.html
[147] En Argentine, ce texte législatif a été adopté à l'échelle locale par la ville de Buenos Aires, et non par le pays tout entier. Pour plus de précisions, voir : https://www.telam.com.ar/notas/202005/469413-legislatura-portena-multas-discriminar-personal-salud.html

nécessité de conserver des preuves des actes de violence à l'égard du personnel de santé[148]. Il est indispensable de veiller à ce que les personnes disposent d'informations crédibles et factuelles sur la pandémie pour venir à bout de la stigmatisation dont souffre le personnel de santé et des secteurs essentiels. Des professionnel·le·s et des associations professionnelles ont formulé d'autres recommandations, notamment : mettre en place des moyens de transport réservés aux soignants et soignantes afin de réduire le risque de violence et de stigmatisation auquel ces personnes s'exposent sur leurs trajets entre leur domicile et leur lieu de travail[149] ; assurer l'adéquation entre les EPI fournis et les besoins, afin de surmonter la peur de la contagion par le personnel de santé[150] ; garantir le respect de l'obligation de rendre des comptes en cas de violence à l'égard du personnel de santé[151].

[148] CICR, *COVID-19 and Violence Against Health Care, Safer COVID-19 Response: Checklist for Health-Care Services*, https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2020/05/4469_002_Safer_COVID-19_Response-Checklist_for_Health-care_Services-Lr_1.pdf
[149] Paola Forgione, "New patterns of violence against healthcare in the covid-19 pandemic", 15 mai 2020, *The BMJ Opinion,* https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/15/new-patterns-of-violence-against-healthcare-in-the-covid-19-pandemic/
[150] Paola Forgione, "New patterns of violence against healthcare in the covid-19 pandemic", 15 mai 2020, *The BMJ Opinion,* https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/15/new-patterns-of-violence-against-healthcare-in-the-covid-19-pandemic/
[151] Donna McKay *et al.*, "Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19", *The Lancet*, vol. 395, p. 1743, 2020 https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31191-0/fulltext

7. GRANDS PROBLÈMES STRUCTURELS

Plusieurs défis que doit relever le personnel de santé et des secteurs essentiels aujourd'hui – dont beaucoup de ceux décrits dans ce rapport – sont les symptômes de problèmes structurels plus larges des systèmes sanitaires et sociaux, que la pandémie a mis brutalement en évidence. Toutes ces sources de préoccupation sous-jacentes ne peuvent être analysées en profondeur dans ce rapport, mais le présent chapitre en décrit quatre qui réapparaissaient constamment dans les recherches sur lesquelles repose ce travail.

Photo : Libération des membres du Syndicat national des travailleurs du soutien hospitalier et des services connexes (NUWHSAS) après une nuit en garde à vue, à Ipoh, État de Perak (Malaisie). - 3 juin 2020.
© DR

Manque perpétuel d'investissement, délabrement des institutions publiques et absence de priorité accordée aux systèmes sanitaires et sociaux

Dans le monde entier, les systèmes sanitaires et sociaux manquent cruellement d'investissement et se situent trop bas dans l'ordre des priorités des gouvernements, ce qui les a rendus plus vulnérables et les a mis en difficulté lorsqu'un événement aussi inattendu que la pandémie de COVID-19 s'est produit. Ces insuffisances, qui se sont manifestées différemment en fonction du contexte, se traduisent notamment par de mauvaises infrastructures, du matériel inadapté et un manque de personnel. D'après une étude sur les tendances en matière de financement de la santé dans le monde – publiée dans le *British Medical Journal* –, « le coût annuel d'un "paquet essentiel" de 218 interventions permettant d'assurer la couverture de santé universelle serait d'environ 100 dollars (78 livres ; 90 euros) par habitant, alors qu'un "paquet" plus élémentaire de 108 interventions répondant au "degré de priorité le plus élevé" coûterait 50 dollars par habitant ». Selon les données de 2016 (dernières disponibles à la date de publication du rapport), 24 pays parmi les 49 « à revenu intermédiaire de la tranche inférieure » ne pouvaient assumer le coût d'aucun de ces deux paquets, de même qu'aucun pays « à faible revenu ». Enfin, l'étude est parvenue à la conclusion selon laquelle « le niveau absolu des dépenses de santé progresse, mais elles restent trop faibles dans de nombreux pays pour financer la couverture de santé universelle, et le degré de priorité accordé à la santé par les gouvernements est toujours insuffisant[152] ».

De ce fait, les établissements de santé de certains pays souffraient d'infrastructures défaillantes qui ont rendu le personnel de santé plus vulnérable pendant la pandémie et ont exposé sa santé et son bien-être à un plus grand danger. Un infirmier du **Paraguay**, par exemple, a déclaré à Amnesty International : « Nous avons passé deux semaines entières sans avoir véritablement d'eau courante dans notre hôpital. L'infrastructure de l'hôpital ne fonctionne pas correctement, tout simplement[153]. » De même, une infirmière du **Nigeria** a confié à Amnesty International : « Dans l'hôpital public où je travaille, il n'y a pas d'eau courante pour que le personnel soignant se lave les mains. Les médecins et le personnel infirmier doivent aller chercher de l'eau dans un bol, ce qui n'est pas

[152] Marco Schäferhoff *et al*., "Trends in global health financing", *BMJ* 2019;365:l2185, https://www.bmj.com/content/365/bmj.l2185
[153] Entretien avec un infirmier, 29 avril 2020 [par téléphone].

hygiénique[154]. » Au **Venezuela**, une étude récente menée auprès de soignants sur la capacité du système de santé vénézuélien à affronter la pandémie de COVID-19 a montré que 31,8 % des travailleuses et travailleurs des hôpitaux affirmaient ne pas avoir accès à l'eau potable et que 64,2 % avaient eu accès à l'eau potable par intermittence entre le 27 février et le 1er mars, d'après leurs déclarations. Le 16 mai, une autre enquête nationale sur les conséquences de la pandémie de COVID-19 a révélé que le secteur de la santé était touché par une pénurie de gants à hauteur de 57,14 %, de masques à hauteur de 61,9 %, de savon à hauteur de 76,19 % et d'alcool désinfectant à hauteur de 90,48 %[155].

Dans d'autres pays, le manque d'investissement dans le secteur de la santé publique était le résultat de politiques gouvernementales spécifiques, notamment de mesures d'austérité, qui ont abouti à d'importantes réductions des dépenses de santé publique et ont porté atteinte à l'accès de la population aux soins de santé[156]. En **Grèce**, par exemple, des mesures d'austérité ont sapé l'accessibilité et le coût abordable des soins. De nombreuses personnes ont eu de plus en plus de difficultés à trouver les moyens de se faire soigner et à avoir accès au système de santé publique lorsqu'elles en avaient besoin, ce qui a également alourdi la tâche du personnel soignant[157]. Un professionnel de santé de Grèce a confié à Amnesty International : « Pendant la crise financière, quand il y a eu des licenciements dans le secteur de la santé, la plupart des hôpitaux fonctionnaient avec la moitié du personnel nécessaire et... il est presque impossible de faire face... [N]ous ne sommes pas du tout protégés, en matière de soins et de sécurité du personnel. [Dans notre hôpital,] nous travaillons avec la moitié du personnel nécessaire et si les cas [de COVID-19] augmentaient, ce serait impossible[158]. » Un professionnel de santé d'**Espagne** a également déclaré : « Nous n'avons pas assez de personnel – bien moins que ce qu'on attend d'un pays comme l'Espagne –, des ressources insuffisantes et un budget en peau de chagrin. C'est dans ce contexte que la pandémie apparaît[159]. »

D'après le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, «[d]es décennies de sous-investissement dans les services de santé et d'autres programmes sociaux publics, auxquelles s'est ajoutée la crise financière mondiale de 2007-2008, ont affaibli les systèmes de soins de santé et les programmes sociaux, qui sont donc mal équipés pour répondre efficacement et rapidement à l'intensité de la pandémie actuelle[160] ». Il est primordial que les programmes destinés à encourager la reprise après la pandémie de COVID-19 ne soient pas une nouvelle fois fondés sur des mesures d'austérité mises en œuvre sans garanties suffisantes et au mépris du respect des droits humains.

Qui plus est, dans de nombreux contextes, le secteur privé joue un rôle croissant dans la prestation de soins de santé. Le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté a établi que les privatisations généralisées de biens publics dans de nombreuses sociétés ont éliminé systématiquement les protections des droits humains et ont marginalisé plus encore les personnes vivant dans la pauvreté[161]. Les États doivent agir dans le respect de leurs obligations relatives aux droits humains lors de la conception de toute collaboration avec le secteur privé, notamment en mettant en place un cadre réglementaire qui garantisse à tous et à toutes l'accès à des soins de santé, et ce à un prix abordable, sans oublier les besoins des groupes marginalisés, et en définissant des normes pour les acteurs publics et privés de la privatisation dans le but de garantir la collecte et la publication de données sur les incidences qu'elle a en matière de droits humains[162].

Insuffisance de l'état de préparation avant la pandémie

La préparation insuffisante de certains pays à l'apparition de la pandémie a également été pointée du doigt, y compris par plusieurs professionnel·le·s de santé. Dans un entretien avec Amnesty International, une médecin du **Soudan** a manifesté son désarroi à cause, entre autres, de la formation insuffisante du personnel de santé en matière de prévention et contrôle des infections reçue avant la pandémie, car elle aurait pu renforcer leur capacité à se protéger dans ces circonstances, estime-t-elle. « Le ministère de la Santé organise peu de sessions

---

[154] Entretien avec une infirmière, 27 avril 2020 [par téléphone].
[155] HRW, "Venezuela: Urgent Aid Needed to Combat Covid-19", 26 mai 2020, https://www.hrw.org/news/2020/05/26/venezuela-urgent-aid-needed-combat-covid-19 ; Voir également : https://sfo2.digitaloceanspaces.com/estaticos/var/www/html/wp-content/uploads/2020/03/ENCUESTA-MUV-COVID-19.pdf
[156] Voir Amnesty International, *Resuscitation Required: The Greek Health System after a decade of austerity*, EUR 25/2176/2020, 28 avril 2020, https://www.amnesty.org/en/documents/eur25/2176/2020/en/ ; Amnesty International, *Wrong Prescription: The Impact of Austerity Measures on the Right to Health in Spain*, 24 avril 2018, EUR 41/8136/2018, https://www.amnesty.org/en/documents/eur41/8136/2018/en/
[157] Voir Amnesty International, *Resuscitation Required: The Greek Health System after a decade of austerity*, EUR 25/2176/2020, 28 avril 2020, https://www.amnesty.org/en/documents/eur25/2176/2020/en/
[158] Entretien avec un professionnel de santé, Grèce, 1er avril 2020 [par téléphone].
[159] Entretien avec un professionnel de santé, Madrid, Espagne, 14 avril 2020.
[160] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Déclaration sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et les droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/C.12/2020/1, 17 avril 2020, https://undocs.org/fr/E/C.12/2020/1
[161] Assemblée générale des Nations unies, Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, doc. ONU A/73/396, 26 septembre 2018, https://undocs.org/fr/A/73/396
[162] Assemblée générale des Nations unies, Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, doc. ONU A/73/396, 26 septembre 2018, https://undocs.org/fr/A/73/396

de formation de PCI (prévention et contrôle des infections) et le fait pour un nombre restreint de professionnels de santé... De plus, la plupart des hôpitaux connaissent une grave pénurie de personnel médical », a-t-elle déclaré[163]. « Pourquoi nous sommes-nous retrouvés à travailler 24 heures sur 24 avec des patients de COVID-19 dans des hôpitaux de triage ? Pourquoi le gouvernement ne nous a-t-il toujours pas fourni de formation adaptée alors que la pandémie de COVID-19 sévit depuis plus de trois mois en Égypte ? », s'interrogeait un autre médecin en **Égypte**[164].

Amnesty International a recueilli les propos d'une médecin d'**Argentine** qui travaillait dans un centre de santé où aucun cas de COVID-19 n'était encore apparu. Au moment de l'entretien, 47 cas confirmés étaient recensés dans la province où se trouve l'hôpital. Elle estimait que le personnel avait été correctement formé pour répondre à la pandémie de COVID-19, mais elle s'inquiétait de ne pas disposer des EPI nécessaires. Elle a déclaré à Amnesty International que la plupart des médecins avaient acheté leur EPI sur leurs propres deniers par peur de la contagion. Les premières semaines, les autorités leur ont donné « des bouts de tissu pour fabriquer leurs propres masques[165] ». Dans l'enquête publiée par l'Internationale des services publics – décrite au chapitre 4 –, 33,2 % des répondants ont déclaré que les professionnels concernés n'avaient pas reçu de formation en matière de santé et sécurité au travail[166].

En avril 2020, une infirmière du **Royaume-Uni** a déclaré à Amnesty International : « Les questions sur l'approvisionnement d'EPI sont omniprésentes la plupart des jours ici, car nous n'avons aucune garantie de continuité. Les unités de soins intensifs ont la priorité actuellement, mais nous savons que d'autres services de notre hôpital fonctionnent sans le matériel nécessaire. Nous avons vraiment l'impression que notre fondation n'était pas bien préparée : cette crise a démarré en janvier, et nous n'avons augmenté les commandes qu'en mars[167]. »

Les publications de sources secondaires consacrées à ce sujet reprennent également ces motifs d'inquiétude[168]. Amnesty International n'a pas mené d'évaluation du niveau de préparation des pays avant la pandémie pour le comparer aux orientations et meilleures pratiques, mais les États devraient mettre en place des dispositifs permettant d'évaluer l'état de préparation des systèmes sanitaires et sociaux à un tel événement, ainsi que les améliorations ou les modifications qui auraient dû être apportées. L'évaluation de l'état de préparation des pays à cette pandémie est un moyen important à mettre en œuvre pour veiller à ce que les pays soient plus en mesure de répondre à un événement de ce type à l'avenir.

Transparence et obligation de rendre des comptes

Les principes de transparence et d'obligation de rendre des comptes sont extrêmement importants. Le personnel de santé et des autres secteurs essentiels doit avoir accès aux informations sur la pandémie et la prise de décisions ; il doit pouvoir partager librement des informations à ce sujet. Par ailleurs, toute victime de violation du droit à la santé doit avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres[169]. Les enjeux présentés au chapitre précédent au sujet des représailles et de la répression à l'égard du personnel de santé et des autres secteurs essentiels soulevant des problèmes relatifs à ses conditions de travail renforcent la nécessité de garantir que la conception des systèmes de santé intègre les principes de participation, de transparence et d'obligation de rendre des comptes. Cette obligation de rendre des comptes comprend également la nécessité d'enquêter, de manière indépendante et impartiale, sur toutes les allégations de fautes de l'État dans le contexte de la pandémie, sur différents sujets.

Aide et coopération internationales

La pandémie de COVID-19 a aussi mis en évidence la nécessité, pour tous les États, de collaborer et favoriser le plein exercice des droits humains dans le monde en s'acquittant de leurs obligations en matière d'aide et de

---

[163] Entretien avec une professionnelle de santé, État de Khartoum, Soudan, 27 mai 2020 [par WhatsApp].
[164] Entretien avec un professionnel de santé, Égypte, 9 juin 2020 [par téléphone].
[165]Entretien avec une médecin, province de Tucumán, Argentine, 22 mai 2020. D'autre voix se sont élevées depuis pour dénoncer les pénuries d'EPI en Argentine. Voir : « Coronavirus : "Si nous sommes infectés, qui prendra en charge les patients ?", Revendication des médecins contre le manque de fournitures", *La Nación*, 23 avril 2020, https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-miedo-contagiarse-enfermeros-medicos-denuncian-falta-nid2355345 ; « Coronavirus en Argentine : dans deux vidéos, les médecins mettent en garde contre la précarité des kits de protection », *Infobae,* 24 avril 2020, https://www.infobae.com/coronavirus/2020/04/24/coronavirus-en-argentina-dos-videos-alertan-sobre-la-precariedad-de-los-kits-de-proteccion-para-los-medicos/
[166] ISP, *COVID-19 Union Response Survey, Global Narrative Summary*, 11 mai 2020, https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/3abcd99c-219b-4b9e-af1e-fa3ac2c398b7_COVIDSurvey_GlobalSummaryIntro.pdf?key=
[167] Entretien avec une professionnelle de santé, Angleterre, 13 avril 2020 [par téléphone].
[168] Voir par exemple : Patralekha Chetterje, "Gaps in India's preparedness for COVID-19 control", *The Lancet*, 20 (5), 1er mai 2020, https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS1473-3099(20)30300-5/fulltext ; Marius Gilbert *et al*., "Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study", *The Lancet* , 395 (10227), 14 mars 2020, https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30411-6/fulltext
[169] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000.

coopération internationales. La planète connaît un problème mondial qui nécessite une solution mondiale, et plusieurs pays n'ont pas la capacité ou les ressources nécessaires pour faire face à ses conséquences sanitaires et sociales sans assistance. Alors que plusieurs pays se sont efforcés de fournir à d'autres du matériel et des ressources quand ils le pouvaient, des évolutions inquiétantes indiquent que cette attitude n'est peut-être pas la norme. Lorsque, par exemple, des États retirent leur soutien aux organes multilatéraux qui répondent à la crise (comme l'ont fait les États-Unis à l'OMS), ils risquent d'affaiblir la réponse internationale à la pandémie. De même, le protectionnisme commercial autour des EPI – décrit au chapitre 4 – porte préjudice à la capacité de certains États à garantir la protection du personnel de santé et des secteurs essentiels. L'obligation de fournir une aide et une coopération internationales demande également que les États disposant de ressources pour le faire apportent un soutien financier aux pays en ayant besoin pour protéger les droits et la santé de leur population pendant la pandémie de COVID-19[170]. Il est urgent que les États traitent la pandémie de COVID-19 comme la situation critique qu'elle est réellement à l'échelle mondiale, en collaborant et coopérant les uns avec les autres pour apporter une aide financière si nécessaire, en partageant des informations sur les meilleures pratiques contre le virus, des informations scientifiques sur ce dernier et des informations techniques sur la production nationale d'équipement médical et d'EPI et, bien sûr, en veillant à ce que, partout dans le monde, chacun et chacune ait équitablement accès à un vaccin dès sa mise à disposition.

[170] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 40.

8. DROIT INTERNATIONAL ET NORMES INTERNATIONALES

> **« On ne peut se passer d'aucun travailleur ni d'aucune travailleuse. Ils et elles sont tou·te·s essentiel·le·s, quelle que soit la catégorie dans laquelle les États et les entreprises les classent. Ils et elles ont le droit d'être protégé·e·s contre l'exposition à des risques sur leur lieu de travail, notamment celui du coronavirus. [...] Aujourd'hui, notre message est simple, mais essentiel : chaque travailleur et chaque travailleuse doit être protégé·e, quoi qu'il arrive. »**
>
> Déclaration de rapporteurs spéciaux et rapporteuses spéciales [traduction non officielle[171]]

[171] Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH), "Every worker is essential and must be protected from COVID-19, no matter what" – UN rights experts, 18 mai 2020, https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25892&LangID=E.

Photo : Du personnel de santé filtre des automobilistes et des piétons se rendant dans un hôpital public à Harare (Zimbabwe), après l'annonce du premier cas de COVID-19 dans l'un des endroits les plus touristiques d'Afrique. La pandémie menace désormais un système de santé public déjà presque entièrement détruit par une crise économique - 21 mars 2020.
Crédit **:** Tsvangirayi Mukwazhi/AP/Shutterstock

Plusieurs organes internationaux de surveillance des droits humains ont récemment fait des déclarations relatives aux préoccupations en matière de droits humains pendant la pandémie de COVID-19. Ils se sont notamment inquiétés des droits du personnel de santé et des autres secteurs essentiels. Par exemple, le rapporteur spécial sur les incidences sur les droits de l'homme de la gestion et de l'élimination écologiquement rationnelles des produits et déchets dangereux a indiqué que « les médecins, les infirmiers et infirmières, le personnel d'intervention d'urgence et tous les autres courageux membres du personnel de santé qui travaillent en première ligne du combat mondial contre la pandémie de coronavirus sont des héros et des héroïnes. Leur travail sans relâche et leur esprit de sacrifice témoignent de ce qu'il y a de meilleur en l'être humain. Ces personnes doivent être protégées. Pourtant, des pénuries inacceptables d'équipements de protection essentiels continuent de poser de graves problèmes dans presque tous les pays qui luttent contre le coronavirus[172] » [traduction non officielle].

D'après le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « [d]e nombreux travailleurs de la santé, qui mènent une action héroïque en première ligne, face à la pandémie, sont infectés parce qu'il n'y a pas suffisamment d'équipements et de vêtements de protection individuelle ou que ceux-ci ne sont pas adaptés. [...] En tant qu'intervenants de première ligne face à cette crise, tous les travailleurs de la santé doivent recevoir des vêtements et des équipements de protection contre la contagion. Il est également essentiel qu'ils soient consultés par les décideurs et que leurs conseils soient pris en considération comme il se doit. Les travailleurs de la santé jouent un rôle déterminant en ce qu'ils sont les premiers à donner l'alerte sur la propagation de maladies telles que la COVID-19 et qu'ils recommandent des mesures efficaces de prévention et de traitement[173] ». De la même manière, le Comité européen des droits sociaux a indiqué : « Toutes les mesures envisageables doivent être prises pour assurer le déploiement d'un nombre suffisant de professionnels de santé et des conditions de travail saines et sûres (voir également l'Article 3 de la Charte). Cela comprend la fourniture des équipements de protection individuelle nécessaires[174]. » Le groupe de travail sur les droits économiques, sociaux et culturels de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a demandé aux États parties de « veiller à ce que l'ensemble du personnel médical en première ligne soit protégé contre l'infection et reçoive en temps opportun une rémunération adéquate pour ses services[175] » [traduction non officielle]. En outre, la Commission interaméricaine des droits de l'homme et le Bureau de la rapporteuse spéciale sur les droits économiques, sociaux, culturels et environnementaux « ont fait observer que les États devaient donner la priorité à l'intégrité et au bien-être des professionnel·le·s de santé pendant la pandémie et ont considéré qu'il était fondamental que les États prennent des mesures spécifiques pour protéger les personnes qui prodiguent des soins de manière formelle ou informelle et pour leur rendre hommage ». Ils ont souligné l'importance des « mesures spéciales visant à protéger et former le personnel soignant, notamment en lui fournissant des

[172] HCDH, COVID-19: Health care heroes need protection – UN expert, 27 mars 2020, https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25754&LangID=E.
[173] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Déclaration sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et les droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/C.12/2020/1, 17 avril 2020, https://undocs.org/fr/E/C.12/2020/1.
[174] Comité européen des droits sociaux, Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie, 21 avril 2020, https://rm.coe.int/observation-interpretative-sur-le-droit-a-la-protection-de-la-sante-en/16809e3641.
[175] Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Press release on the impact of the COVID-19 pandemic on economic, social and cultural rights in Africa, 4 juin 2020, https://www.achpr.org/pressrelease/detail?id=510.

vêtements de protection et des équipements désinfectants, ainsi qu'en lui garantissant comme il convient ses droits du travail et à la sécurité sociale[176] » [traduction non officielle].

Ce chapitre passe en revue les obligations des États en matière de protection de la santé et des droits humains du personnel soignant et des travailleuses et travailleurs essentiel·le·s pendant la pandémie de COVID-19, en particulier leur droit à la santé, à des conditions de travail justes et favorables, à la liberté d'expression et de réunion pacifique, à la non-discrimination et à la protection contre la violence, ainsi que l'obligation de coopération et d'assistance internationales pour la réalisation des droits humains qui incombe à tous les États.

8.1 DROIT À LA SANTÉ

Plusieurs traités internationaux relatifs aux droits humains protègent le droit à la santé[177]. Aux termes de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), « 1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : [...] c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ». Les différents aspects de ce droit sont explicités dans l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Selon l'Observation générale, l'article 12 protège « [l]e droit à un environnement naturel et professionnel sain », comprenant des « mesures de prévention contre les accidents du travail et les maladies professionnelles » et des « conditions de travail salubres et hygiéniques[178] ». L'Observation générale signale aussi que « [l]es États sont également tenus d'adopter des mesures contre les dangers pesant sur l'hygiène du milieu et du travail et contre toute autre menace mise en évidence par des données épidémiologiques. [...] [L]es États parties se doivent de définir, de mettre en application et de réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en vue de réduire au minimum les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et de prévoir une politique nationale cohérente en matière de sécurité et de médecine du travail[179] ». Ces principes doivent s'appliquer aux conditions de travail des personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels.

8.2 DROIT QU'A TOUTE PERSONNE DE JOUIR DE CONDITIONS DE TRAVAIL JUSTES ET FAVORABLES

Aux termes de l'article 7 du PIDESC, les États parties au PIDESC « reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir de conditions de travail justes et favorables, qui assurent notamment : a) [...] i) Un salaire équitable et une rémunération égale pour un travail de valeur égale sans distinction aucune ; [...] b) La sécurité et l'hygiène du travail ; [...] d) Le repos, les loisirs, la limitation raisonnable de la durée du travail et les congés payés périodiques ». Dans son Observation générale n° 23, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels explique plus en détail ce qu'implique ce droit[180] :

- Toutes les travailleuses et tous les travailleurs ont droit à une rémunération équitable. Aux termes de l'Observation générale n° 23, « [l]a notion de salaire équitable n'est pas statique car elle repose sur un ensemble de critères objectifs non exhaustifs, qui tiennent compte [...] de l'incidence du travail sur la

[176] Organisation des États américains (OEA), IACHR and OSRESCER Urge States to Guarantee Comprehensive Protection for Human Rights and Public Health during the COVID-19 Pandemic, 20 mars 2020, http://www.oas.org/en/iachr/media_center/PReleases/2020/060.asp.
[177] Il s'agit notamment du PIDESC et de son Protocole facultatif, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.
[178] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 15.
[179] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 36.
[180] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016.

santé et la sécurité du travailleur, des contraintes spécifiques liées au travail en question et des conséquences pour la vie personnelle et familiale du travailleur[181] ».

- La prévention des accidents et des maladies du travail est un aspect fondamental du droit à des conditions de travail justes et favorables. D'après l'Observation générale n° 23, les États doivent « adopter une politique nationale pour la prévention des accidents et des atteintes à la santé liés au travail en diminuant le plus possible les risques dans le milieu du travail[182] ». Les travailleuses et travailleurs victimes d'un accident ou d'une maladie professionnels évitables doivent disposer d'un droit de recours. Ils et elles, ainsi que, « le cas échéant, les personnes à la charge de ces travailleurs, [doivent être] indemnisés comme il convient, notamment de leurs coûts de traitement, de la perte de leurs revenus et d'autres coûts, et [doivent pouvoir] accéder à des services de réadaptation[183] ». Ces personnes doivent pouvoir contrôler les conditions de travail sans crainte de représailles[184]. Le congé maladie payé est indispensable pour que les travailleurs et travailleuses malades puissent recevoir un traitement en cas d'affection aiguë et chronique et pour réduire la transmission des maladies aux collègues[185].
- Selon l'Observation générale, la durée quotidienne du travail doit généralement se limiter à huit heures[186], et le nombre d'heures de travail par semaine doit aussi être limité par la loi[187]. Les exceptions doivent être strictement limitées et être subordonnées à des consultations avec les travailleurs et leurs organisations représentatives. La législation doit également aménager des périodes de repos quotidiennes et hebdomadaires[188].

Ces règles doivent s'appliquer aux conditions de travail de toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels, y compris dans l'économie informelle[189]. Les États parties doivent également prendre des dispositions pour empêcher des tiers, par exemple des employeurs du secteur privé, de s'immiscer dans l'exercice du droit à des conditions de travail justes et favorables et pour veiller à ce qu'ils respectent les normes internationales en matière de médecine du travail[190].

Pendant la pandémie de COVID-19, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a fait observer que « [t]ous les travailleurs devraient être protégés contre les risques de contagion au travail, et les États parties devraient adopter des mesures réglementaires appropriées pour garantir que les employeurs réduisent au minimum ces risques, conformément aux meilleures pratiques de santé publique. Tant que ces mesures n'ont pas été adoptées, les travailleurs ne peuvent pas être obligés de travailler et devraient être protégés contre les sanctions disciplinaires ou autres pour avoir refusé de le faire sans protection adéquate[191] ».

Plusieurs conventions de l'OIT protègent également des aspects du droit à des conditions de travail justes et favorables. Certains de ces instruments sont spécifiques au personnel soignant, notamment les suivants :

Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (n° 155[192]) :

Cette convention contient plusieurs protections comparables à celles prévues par l'Observation générale n° 23 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Elle oblige les États membres à définir, mettre en application et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs et de milieu de travail. Aux termes de son article 13, « [u]n travailleur qui s'est retiré d'une

---

[181] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 10.
[182] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 25.
[183] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 29.
[184] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 26.
[185] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 30.
[186] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 35.
[187] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 37.
[188] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 38 et 39.
[189] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 5.
[190] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables, doc. ONU E/C.12/GC/23, 27 avril 2016, § 59.
[191] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Déclaration sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et les droits économiques, sociaux et culturels, E/C.12/2020/1, 17 avril 2020, § 16, https://undocs.org/fr/E/C.12/2020/1.
[192] Le texte de cette convention, ratifiée par 69 États, est disponible ici : https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312300,fr:NO.

situation de travail dont il avait un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un péril imminent et grave pour sa vie ou sa santé devra être protégé contre des conséquences injustifiées, conformément aux conditions et à la pratique nationales ». Par ailleurs, l'article 16 dispose à son paragraphe 3 que « [l]es employeurs seront tenus de fournir, en cas de besoin, des vêtements de protection et un équipement de protection appropriés afin de prévenir, dans la mesure où cela est raisonnable et pratiquement réalisable, les risques d'accidents ou d'effets préjudiciables à la santé .»

La Recommandation sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 donne plus de détails sur ce qu'impliquent ces obligations. Au paragraphe 3, l'OIT recommande aux États de prendre des mesures concernant « la conception, la fabrication, la fourniture, l'utilisation, l'entretien et l'essai des équipements de protection individuelle et des vêtements de protection », « la prévention de tout stress – physique ou mental – préjudiciable à la santé dû aux conditions de travail » et « la surveillance de la santé des travailleurs[193] ». Aux termes du paragraphe 10, les employeurs ont notamment la responsabilité « de fournir, sans frais pour le travailleur, les vêtements de protection et les équipements de protection individuelle adéquate qui pourront être raisonnablement exigés lorsqu'il n'aura pas été possible de prévenir ou de contrôler les risques d'une autre manière » et « de s'assurer que l'organisation du travail, en ce qui concerne particulièrement la durée du travail et l'aménagement des pauses, ne porte pas préjudice à la sécurité et à la santé des travailleurs ».

Convention sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 (n° 121[194]) :

La Convention sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles oblige les États parties à prévoir une définition des termes « accident du travail » et « maladie professionnelle » et à publier une liste des maladies qui entrent dans ces catégories. Les travailleurs et travailleuses ont droit à divers avantages, en particulier une indemnisation, des soins médicaux et une prestation pour les frais funéraires le cas échéant lorsqu'ils et elles sont confronté·e·s aux situations suivantes : « état morbide ; incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain [...] ; perte totale de la capacité de gain ou perte partielle de la capacité de gain au-dessus d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette perte totale ou partielle sera permanente, ou diminution correspondante de l'intégrité physique ; perte de moyens d'existence subie, du fait du décès du soutien de famille, par des catégories prescrites de bénéficiaires ». Aux termes du paragraphe 6 de la Recommandation sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, « [l]e travailleur, sauf preuve du contraire, devrait bénéficier de la présomption que la maladie est d'origine professionnelle : (a) s'il a été exposé au risque pendant une période minimum déterminée ; (b) s'il a présenté les symptômes de la maladie dans un délai déterminé après avoir quitté le dernier emploi à l'occasion duquel il pouvait être exposé au risque ». L'OMS a déjà affirmé que les employeurs des personnes travaillant dans le secteur de la santé devaient respecter le droit à des mesures d'indemnisation, de réadaptation et de soins curatifs pour les employé·e·s atteint·e·s de COVID-19 après avoir été exposé·e·s au virus sur leur lieu de travail, ce qui est « considéré comme une maladie professionnelle due à une exposition sur le lieu de travail[195] ».

Convention sur le personnel infirmier, 1977 (n° 149[196]) :

Cette Convention s'applique spécifiquement à « toutes les catégories de personnel qui fournissent des soins et des services infirmiers ». Elle dispose, entre autres, que « [l]e personnel infirmier bénéficiera de conditions au moins équivalentes à celles des autres travailleurs du pays concerné, dans les domaines suivants : durée du travail, y compris la réglementation et la compensation des heures supplémentaires, des heures incommodes ou astreignantes et du travail par équipes ; repos hebdomadaire ; congé annuel payé ; congé-éducation ; congé de maternité ; congé de maladie ; sécurité sociale ». Elle demande aussi aux États de s'efforcer d'améliorer les dispositions législatives existantes en matière d'hygiène et de sécurité du travail en les adaptant aux caractéristiques particulières du travail du personnel infirmier et du milieu où il s'accomplit.

[193] Le texte de la Recommandation sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 (n° 164) est disponible ici : https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312502,fr:NO.
[194] Le texte de cette convention, ratifiée par 24 États, est disponible ici : https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312266,fr:NO.
[195] OMS, Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health, Interim Guidance, 18 mars 2020, https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health.
[196] Le texte de cette convention, ratifiée par 41 États, est disponible ici : https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312294,fr:NO.

8.3 PROTECTION CONTRE LA STIGMATISATION, LA DISCRIMINATION ET LA VIOLENCE

Plusieurs traités internationaux relatifs aux droits humains garantissent le droit à l'égalité et à la non-discrimination[197]. Le droit à la non-discrimination est une obligation immédiate et transversale qui s'applique à l'exercice de chacun des droits humains garantis par le droit international, sans exception. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a indiqué que les États parties devaient « adopter immédiatement les mesures nécessaires afin de prévenir, de réduire et d'éliminer les situations et les comportements qui génèrent ou perpétuent une discrimination concrète ou de facto » fondée sur les motifs interdits[198]. Le Comité a également affirmé que les États parties devaient « adopter des mesures, y compris législatives, pour empêcher toute discrimination exercée pour des motifs interdits dans la sphère privée par des particuliers ou des personnes morales[199] ».

8.4 LIBERTÉ D'EXPRESSION

L'article 19 du PIDCP dispose que toute personne a droit à « la liberté d'expression ; ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce. » Ce droit peut être soumis à certaines restrictions relatives à la sauvegarde de la sécurité nationale, de la santé publique, de l'ordre public, ou au respect des droits et libertés d'autrui, à condition qu'elles soient fixées par la loi, qu'elles soient nécessaires et proportionnées à la réalisation spécifique d'un objectif pertinent et légitime, et qu'elles ne soient pas discriminatoires[200]. Il incombe aux États de justifier toute restriction d'un droit garanti par le PIDCP[201].

Dans le cas présent, on voit mal comment le droit à la liberté d'expression des professionnel·le·s de santé et des autres secteurs essentiels concernant leurs conditions de travail ou leur santé et leur sécurité au travail pourrait être restreint tout en respectant les critères de validité stricts qui s'appliquent aux restrictions des droits protégés par l'article 19. Il est essentiel de garantir l'accès à des informations récentes, sérieuses et exactes sur la nature et la gravité du risque sanitaire ainsi que sur les mesures prises par les pouvoirs publics. Le Comité des droits de l'homme des Nations unies a également indiqué que « [l]'obligation impose aussi aux États parties de veiller à ce que les individus soient protégés de tout acte commis par des personnes privées, physiques ou morales, qui compromettrait l'exercice de la liberté d'opinion et de la liberté d'expression, dans la mesure où ces droits consacrés par le Pacte se prêtent à une application entre personnes privées, physiques ou morales[202] ».

LE RÔLE DE DÉFENSE DES DROITS HUMAINS DU PERSONNEL DE SANTÉ ET DES AUTRES SECTEURS ESSENTIELS

Dans de nombreux contextes, à l'heure actuelle, les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels sont souvent des défenseur·e·s des droits humains, car elles défendent par leurs actes les droits de chacun à la santé et à l'information. La Déclaration sur les défenseurs des droits de l'homme des Nations unies énonce les principales protections dont chacun peut se prévaloir en agissant en faveur des droits humains[203]. Le cas échéant, ces protections doivent aussi s'appliquer au personnel de santé et des autres secteurs essentiels. Le rapporteur spécial sur la situation des défenseurs des droits de l'homme a recommandé aux États « [d]'adopter des cadres législatifs et politiques en vue d'établir des programmes nationaux de protection des défenseurs, en consultation avec les défenseurs et la société civile », et de « mettre au point un

---

[197] Il s'agit notamment du PIDESC, du PIDCP, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

[198] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/C.12/GC/20, 2 juillet 2009, § 8(b).

[199] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 20 : La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/C.12/GC/20, 2 juillet 2009, § 11.

[200] Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions où des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1984/4 (1984) ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14, § 29 : les limitations « doivent être proportionnées à l'objet (autrement dit l'option la moins restrictive doit être retenue [...]) » et « doivent être provisoires et sujettes à un examen ». Voir également, Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 34, doc. ONU CCPR/C/GC/34, 12 septembre 2011.

[201] PIDCP, article 19.

[202] Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 34, doc. ONU CCPR/C/GC/34, 12 septembre 2011, § 7.

[203] Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus, doc. ONU A/RES/53/144, 8 mars 1999, https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Defenders/Declaration/declaration_fr.pdf.

mécanisme permettant d'enquêter avec célérité et efficacité sur les plaintes concernant des menaces ou des violations contre des défenseurs et d'engager des procédures disciplinaires, civiles et pénales appropriées contre les auteurs dans le cadre d'une prévention systémique de l'impunité[204] ».

Les défenseur·e·s des droits humains ont une place indispensable dans le combat contre la pandémie de COVID-19 et veillent à ce que les mesures prises ne laissent personne de côté. Les professionnel·le·s de santé et les travailleuses et travailleurs essentie·le·s qui défendent les droits humains jouent un rôle déterminant pour informer le grand public des problèmes que pose la pandémie de COVID-19 à toutes les étapes, pour faire en sorte que les gouvernements fournissent des informations accessibles et fiables de manière claire et transparente et pour sonner l'alarme lorsque les mesures sont préjudiciables, inadaptées ou disproportionnées. En dernier ressort, il incombe aux États de protéger les défenseur·e·s des droits humains, d'empêcher toute atteinte aux droits humains commise contre ces personnes en lien avec leur travail de défense des droits humains et de répondre efficacement à de telles allégations, ainsi que de veiller à ce qu'elles puissent faire leur travail dans un environnement sûr et favorable[205].

LE RÔLE DE LANCEMENT D'ALERTE DU PERSONNEL DE SANTÉ ET DES AUTRES SECTEURS ESSENTIELS

Dans certains contextes, des professionnel·le·s de santé et des autres secteurs essentiels lancent également l'alerte pour dénoncer des agissements qui menacent les droits humains et pour révéler d'autres informations d'intérêt public obtenues dans le cadre de leurs relations de travail. Depuis le début de l'épidémie, plusieurs personnes travaillant dans le domaine de la santé et exerçant un métier essentiel ont fait état, en interne ou auprès d'organes indépendants, de conditions dangereuses sur leur lieu de travail ou se sont parfois senties obligées de dénoncer publiquement les dispositions prises par leur gouvernement face à la pandémie de COVID-19.

En vertu du droit à la liberté d'expression, les États ont l'obligation de protéger les lanceurs et lanceuses d'alertes qui pourraient faire l'objet de représailles pour avoir dénoncé certains agissements, et de mettre en place les mécanismes nécessaires pour leur permettre de révéler les informations pertinentes sans prendre de risques ni craindre de représailles[206]. Le rapporteur spécial sur la promotion et la protection du droit à la liberté d'opinion et d'expression a déclaré que les législations des États devaient « protéger toute personne qui divulgue des informations qu'elle a des motifs raisonnables de considérer véridiques au moment de leur divulgation et qui portent sur des faits attentatoires à un intérêt public précis ou le menaçant [...]. Après avoir pris connaissance des faits, les autorités doivent enquêter et remédier aux actes illicites allégués ». Le rapporteur spécial précise que « [l]a protection contre les représailles doit s'appliquer dans toutes les institutions publiques [...]. Les mesures de représailles et autres attaques contre les lanceurs d'alerte et la divulgation de sources confidentielles doivent donner lieu à des enquêtes approfondies et les responsables de ces actes être tenus de rendre des comptes[207]. »

8.5 ASSISTANCE ET COOPÉRATION INTERNATIONALES

La grande majorité des États du monde sont parties à des traités relatifs aux droits humains qui prévoient l'obligation d'assistance et de coopération internationales[208]. Dans son Observation générale n° 14, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels indique clairement que, « vu que certaines maladies sont aisément transmissibles au-delà des frontières d'un État, la communauté internationale doit collectivement s'atteler à ce problème. Il est, en particulier, de la responsabilité et de l'intérêt des États parties économiquement développés

[204] Rapport du Rapporteur spécial sur la situation des défenseurs des droits de l'homme, A/HRC/31/55, 1er février 2016, https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/HRC/31/55.
[205] Déclaration des Nations unies sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus, doc. ONU A/RES/53/144, 8 mars 1999, article 2.
[206] Rapport du rapporteur spécial sur la promotion et la protection du droit à la liberté d'opinion et d'expression, doc. ONU A/70/361, 8 septembre 2015, https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/361&Lang=F. Selon le rapporteur spécial, un lanceur d'alerte est « une personne qui dévoile des informations qu'elle a des motifs raisonnables de croire véridiques au moment où elle procède à leur divulgation et qui portent sur des faits dont elle juge qu'ils constituent une menace ou un préjudice pour un intérêt général, tel étant par exemple le cas d'une violation du droit interne ou international, d'un abus d'autorité, d'un gaspillage, d'une fraude ou d'une atteinte à l'environnement, à la santé publique ou à la sécurité publique ».
[207] Rapport du rapporteur spécial sur la promotion et la protection du droit à la liberté d'opinion et d'expression, doc. ONU A/70/361, 8 septembre 2015, https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/361&Lang=F.
[208] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 38 et 45.

d'aider à cet égard les États en développement plus démunis[209]. » Outre l'assistance financière, les États ont aussi l'obligation de coopérer et de partager dès que possible des informations pour atteindre les objectifs communs en matière de droits humains et garantir la protection. Comme l'a déclaré le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « [l]es pandémies illustrent de façon unique combien la coopération scientifique internationale est nécessaire pour faire face aux menaces transnationales. Les virus et autres agents pathogènes ne respectent pas les frontières. [...] Pour lutter efficacement contre les pandémies, il faut que les États s'engagent plus fermement en faveur de la coopération internationale, car les solutions nationales sont insuffisantes[210] ».

[209] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000, § 40 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 19 : Le droit à la sécurité sociale, doc. ONU E/C.12/GC/19, 4 février 2008, § 41.
[210] Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Déclaration sur la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) et les droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/C.12/2020/1, 17 avril 2020, § 23, https://undocs.org/fr/E/C.12/2020/1.

9. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

> **« Lorsque des équipements de protection individuelle appropriés seront fournis au personnel de santé, nous n'aurons plus peur de soigner aucun patient, quels que soient ses symptômes, et des vies seront sauvées. »**
>
> Une personne travaillant dans le secteur de la santé, Nigeria[211]

> **« Nous avons travaillé sans relâche et nous sommes prêtes à continuer. Mais nous ne pouvons pas subvenir à nos besoins sans un soutien digne de ce nom. »**
>
> Une professionnelle de santé, Inde[212]

Le présent rapport a mis en évidence les motifs graves de préoccupation des professionnel·le·s de santé et des travailleuses et travailleurs essentiel·le·s, à l'heure actuelle, ainsi que les nombreux dysfonctionnements de la protection de l'ensemble de leurs droits humains par les gouvernements. En ce qui concerne leur santé et leur sécurité au travail, les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels sont exposées à des pénuries d'EPI ou ont des difficultés à en obtenir dans plusieurs pays. Qui plus est, elles se heurtent à une rémunération et une indemnisation insuffisantes, supportent de lourdes charges de travail et souffrent de ce fait d'anxiété et de stress. Dans plusieurs pays également, au lieu d'être soutenues, ces personnes subissent des représailles du gouvernement ou de leurs employeurs pour avoir dénoncé leurs conditions de travail ou avoir critiqué la réponse des autorités à la pandémie. Enfin, des membres de la société les stigmatisent et leur infligent des actes de violence à cause du métier qu'elles exercent. Bien que la pandémie

[211] Déclaration publique d'Amnesty International Nigeria, Nigeria: Authorities must protect health workers on the frontline of COVID-19 response, 1er mai 2020, AFR 44/2264/2020, https://www.amnesty.org/download/Documents/AFR4422642020ENGLISH.pdf
[212] Entretien avec une auxiliaire agréée de santé sociale (*Accredited Social Health Activist*, ASHA), Inde, avril-mai 2020

ait mis en lumière un grand nombre de ces problèmes, ils traduisent souvent des dysfonctionnements structurels ancrés depuis des années dans les systèmes sanitaires et sociaux, notamment un manque systématique d'investissement et de préparation aux situations d'urgence, des infrastructures déficientes et une place médiocre accordée aux droits humains dans les systèmes de santé dès leur conception. Quelle que soit la raison de ces lacunes, l'heure est venue de garantir la protection suffisante des professionnel·le·s de santé et des travailleuses/travailleurs essentiel·le·s. Tous les États ont l'obligation d'y parvenir. Si rien n'est fait, chacun devra en subir les lourdes conséquences.

La publication du présent rapport intervient à un moment où la pandémie semble s'atténuer dans certains pays et commencer à s'intensifier dans d'autres. Après avoir suivi l'évolution de la situation dans plusieurs pays, Amnesty International a tiré des enseignements et établi des recommandations de caractère universel. Le présent document énumère ces conclusions. Les pays qui traversent actuellement le pic de la pandémie doivent appliquer d'urgence ces recommandations afin de protéger les droits du personnel de santé et des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s. Ceux qui ne sont pas gravement affectés aujourd'hui devraient mettre à profit le temps dont ils disposent pour veiller à la bonne préparation de leur système de santé et au bon fonctionnement d'une infrastructure permettant de protéger parfaitement les droits du personnel de santé et des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s quand la pandémie frappera, le cas échéant. Enfin, il convient que les pays où la pandémie recule depuis peu se préparent à une « deuxième vague » éventuelle et résolvent les questions qui préoccupent les professionnel·le·s de santé et les travailleurs et travailleuses essentiel·le·s afin de veiller à l'application de l'obligation de rendre des comptes lorsque leurs droits n'ont pas été entièrement respectés.

À partir des informations précédentes, Amnesty International établit les recommandations suivantes pour garantir la protection suffisante, pendant la pandémie de COVID-19, des personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels.

- Les États doivent émettre des directives publiques claires et raisonnées pour définir les métiers « essentiels » ou « clés » pendant la pandémie et pour déterminer les droits collectifs des professionnel·le·s qui les exercent, notamment, lorsqu'il y a lieu, pour les autoriser à se déplacer malgré les quarantaines ou les couvre-feux éventuellement en vigueur. Ces professionnel·le·s doivent comprendre toutes les personnes travaillant dans la prestation de soins de santé à quelque titre que ce soit, ainsi que les travailleuses et travailleurs des secteurs continuant à fonctionner et à fournir des services essentiels pendant cette période.
- Les acteurs non étatiques, tels que les employeurs privés, ont également la responsabilité de respecter les droits humains et d'assurer des conditions de travail équitables et satisfaisantes. Les États doivent réglementer efficacement ce droit, le faire appliquer et sanctionner les employeurs publics et privés qui ne le respectent pas.
- L'ensemble des membres du personnel soignant et des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s engagé·e·s dans la réponse à la pandémie de COVID-19 doivent recevoir des moyens de protection de la santé et de la sécurité sur leur lieu de travail, indépendamment des conditions de leur contrat – à durée déterminée ou indéterminée –, de leur appartenance au secteur formel ou informel et de leur ancienneté.

Des conditions de travail équitables et satisfaisantes

a. Décès et infections provoqués par la pandémie de COVID-19

- Les gouvernements doivent recueillir et publier les données par métier, notamment les catégories de professionnel·le·s de santé et de travailleuses et travailleurs essentiel·le·s atteint·e·s de COVID-19, ainsi que le nombre de décès à déplorer dans chaque catégorie, afin d'assurer une protection efficace de ces personnes, à l'avenir. Ces données doivent être ventilées en fonction des motifs de discrimination interdits, notamment par genre, par caste, par appartenance ethnique et par nationalité, si possible, ainsi qu'en fonction du lieu de travail.

b. Pénurie d'EPI appropriés

- Les États doivent veiller à ce que les employeurs – qu'ils soient publics ou privés – fournissent des EPI appropriés à toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels pour assurer leur protection pendant la pandémie de COVID-19, conformément aux normes internationales. Lorsque des personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant des métiers

essentiels ont dû acheter et payer des EPI à titre privé en raison des pénuries, elles doivent être remboursées.

- Les États doivent veiller à ce que les employeurs – qu'ils soient publics ou privés – adoptent toutes les mesures possibles pour faire du lieu de travail un endroit sûr pour les travailleurs et les travailleuses, notamment en mettant en place des règles de distanciation sociale et en adaptant les protocoles afin de garantir la protection contre les risques sanitaires actuels. Lorsque les employeurs demandent à leurs salarié·e·s de se rendre à leur travail, ils doivent garantir leur protection contre les risques auxquels les exposent ces déplacements en pleine pandémie.
- Les États doivent protéger le droit de retrait des travailleuses et des travailleurs lorsque ces personnes ont une raison justifiée de croire qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour leur vie ou leur santé, notamment parce qu'elles estiment ne pas avoir d'EPI approprié, et doivent les protéger de toute conséquence indue résultant de ce retrait.
- Les États doivent recueillir et publier des données pour déterminer si tout le personnel soignant et toutes les personnes exerçant un métier essentiel ont accès à des EPI et, en cas de pénurie, pour connaître la quantité, le type et la destination des EPI manquants à distribuer, afin d'effectuer une évaluation plus complète des besoins et une répartition plus équitable des EPI.
- Si les pénuries persistent, les États doivent envisager toutes les mesures disponibles pour accroître la distribution et la diffusion d'EPI de qualité au personnel de santé et aux travailleuses et travailleurs essentiel·le·s, notamment :
    - accorder la priorité à la livraison des stocks existants d'EPI aux professionnel·le·s de santé et aux travailleuses/travailleurs essentiel·le·s qui en manquent, avant de permettre à d'autres secteurs moins indispensables actuellement d'y avoir accès ;
    - adopter des mesures pour empêcher l'accumulation de grandes quantités de ces fournitures ;
    - encourager la production et la fabrication nationales par des mesures incitatives et un soutien aux entreprises en ce sens.
- Les États doivent évaluer et assouplir les pratiques commerciales et tarifaires susceptibles de compromettre la disponibilité des produits essentiels tels que les EPI, leur qualité et la capacité des citoyens et des citoyennes à se les procurer, sur leur territoire et ailleurs.

c. Charge de travail et problèmes de santé mentale

- Lorsqu'il y a lieu, les États doivent veiller à ce que les modifications du temps de travail, du temps libre, des congés annuels et des autres conditions de travail du personnel de santé et des autres secteurs essentiels soient conformes au droit international relatif aux droits humains ainsi qu'aux normes en la matière et soient apportées après consultation des personnes concernées ou de leurs représentants. Toute modification de ce type doit être temporaire, nécessaire et proportionnée ; elle doit garantir la possibilité pour les travailleurs et les travailleuses de se reposer et de récupérer.
- Les États doivent adopter des mesures actives pour protéger la santé mentale des professionnel·le·s de santé et des travailleuses et travailleurs essentiel·le·s, notamment :
    - veiller à la conception et à la mise en œuvre, par les employeurs, d'une stratégie en matière de santé au travail qui reconnaisse le besoin de soutien psychosocial du personnel de santé et des autres secteurs essentiels, notamment en incitant les employeurs à adopter des mesures de réduction du stress au travail par une gestion adaptée des horaires des équipes ;
    - garantir que les travailleurs et les travailleuses sachent où et comment avoir accès à des services de soutien psychosocial et de santé mentale, que les États et les employeurs doivent faciliter.
- Les États doivent faire en sorte que toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels qui sont atteintes de COVID-19 ou placées en quarantaine car elles constituent des cas possibles de COVID-19 aient droit à un congé maladie rémunéré tant qu'elles ne sont pas en mesure de reprendre le travail.
- Les États doivent veiller à ce que les systèmes de santé et les autres services essentiels disposent du personnel approprié et qu'un nombre suffisant de personnes soient recrutées dans ces secteurs pour faire face à l'accroissement de la charge de travail pendant la pandémie de COVID-19, le cas échéant.

d. Travail et indemnisation

- Les États doivent garantir la rémunération équitable de toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels, en tenant compte des répercussions de leur emploi sur leur santé et leur sécurité, des difficultés spécifiques liées à leur profession et de ses conséquences sur la vie familiale et personnelle des travailleuses et des travailleurs, conformément au droit international relatif aux droits humains et aux normes en la matière. Lorsque les circonstances de la pandémie affectent l'un des facteurs énumérés ci-dessus – en cas de multiplication des difficultés ou des répercussions du travail sur la santé de la personne, par exemple –, il est essentiel que les États envisagent une révision ou un complément, même temporaire, des salaires, pour tenir compte de l'évolution de ces circonstances.
- Lorsque les États ont déjà mis en place des mesures pour accorder une indemnisation ou des avantages complémentaires à certains membres du personnel de santé et des autres secteurs essentiels qui rencontrent des difficultés supplémentaires en raison de la pandémie de COVID-19, ils doivent veiller à ce que : i) ces mesures soient à la disposition de toutes les personnes travaillant dans des circonstances équivalentes ; ii) tous les membres du personnel de santé et des autres secteurs essentiels reçoivent l'indemnisation ou les avantages complémentaires sans délai et en temps voulu. Les États devraient ainsi reconnaître que certaines personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant des métiers essentiels sont susceptibles d'être plus exposées au danger en raison de la nature de leur emploi et de facteurs socioéconomiques sous-jacents qui peuvent nuire à leur santé.
- Les États doivent poursuivre leurs efforts pour combler l'écart des salaires entre hommes et femmes, y compris dans les domaines de la santé et de l'aide sociale, et instaurer des conditions de travail décentes pour les salarié·e·s de ces secteurs.
- Les États doivent reconnaître le statut de maladie professionnelle de la maladie à coronavirus COVID-19. Les travailleurs et les travailleuses qui la contractent dans l'exercice de leur profession doivent avoir droit à une compensation financière et aux soins nécessaires, notamment médicaux. Tout le personnel soignant et toutes les personnes exerçant un métier essentiel doivent être concernés. Si des professionnel·le·s de ces secteurs meurent après avoir contracté la maladie au travail, leur famille et les personnes à leur charge doivent recevoir une indemnisation et d'autres formes de soutien.
- Les États doivent veiller à ce que le personnel de santé et des autres secteurs essentiels ait accès en temps opportun à des services de dépistage des cas de COVID-19 et fasse partie des groupes prioritaires pour bénéficier de ces services sur leur territoire.

Représailles

- Les États doivent s'assurer que tout le personnel de santé et des autres secteurs essentiels puisse exercer son droit à la liberté d'expression sans peur des représailles, et que les employeurs mettent en place des systèmes permettant à ce personnel de signaler les risques en matière de santé et de sécurité.
- Les craintes du personnel de santé et des autres secteurs essentiels doivent être écoutées et donner lieu à une réponse appropriée. Celles et ceux qui soulèvent des préoccupations ou déposent une plainte en lien avec la santé ou la sécurité ne doivent faire l'objet d'aucune mesure de représailles.
- Lorsque des professionnel·le·s de santé et des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s ont subi des représailles ou des mesures disciplinaires sur leur lieu de travail pour avoir soulevé des préoccupations liées à leur santé et leur sécurité, ou bien lorsque ces personnes ont perdu leur emploi pour l'avoir fait, les mesures entreprises à leur égard doivent faire l'objet d'enquêtes en bonne et due forme menées par les autorités compétentes et, lorsqu'il y a lieu, leur donner droit à des réparations satisfaisantes, y compris à la possibilité de reprendre leur poste.

- Les États doivent reconnaître publiquement le rôle du personnel de santé et des autres secteurs essentiels dans la défense des droits humains pendant la pandémie ; ils doivent veiller à ce que ces personnes bénéficient d'un environnement sûr et favorable dans lequel elles puissent exercer leur travail sans avoir à craindre de représailles, d'intimidations ou de menaces.
- Les États doivent protéger tout le personnel de santé et des autres secteurs essentiels qui défendent les droits humains et veiller à ce que toutes les mesures qui restreignent les droits à la liberté d'expression, d'association, de réunion pacifique et de mouvement soient absolument nécessaires et proportionnées aux

impératifs de santé publique ou à tout autre objectif légitime prévu par le droit international relatif aux droits humains.

- Les États doivent faire en sorte que le personnel de santé et des autres secteurs essentiels puisse exercer son droit à la liberté d'association et de réunion pacifique, sans crainte de représailles. Pour ce faire, ils doivent s'abstenir de toute violation des droits de ces professionnel·le·s, adopter des mesures concrètes pour faire respecter leurs droits, les protéger contre toute atteinte par des tiers et respecter les droits de tous les travailleurs et toutes les travailleuses de participer à des négociations collectives et autres actions collectives, y compris le droit de grève.

Stigmatisation et violences

- Pour lutter contre la stigmatisation du personnel de santé et des autres secteurs essentiels, les États doivent diffuser des informations exactes et tangibles sur :
  - la maladie à coronavirus COVID-19, son mode de transmission et les mesures de prévention de sa propagation, afin que les personnes agissent en fonction de données scientifiques et non d'informations trompeuses ;
  - leur soutien envers le personnel de santé et des autres secteurs essentiels, en insistant notamment sur le rôle crucial qu'il joue pendant la pandémie.
- Si nécessaire, les États doivent faciliter l'accès du personnel soignant et des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s aux services essentiels, notamment au logement, afin de limiter le risque que ces personnes soient privées d'accès à ceux-ci à cause des préjugés de la population.
- Les États doivent garantir que le personnel soignant et les autres travailleuses et travailleurs essentiel·le·s disposent d'un mode de transport sûr pour se déplacer entre leur logement et leur travail (en leur fournissant ce transport lorsque les mesures de confinement ne leur permettent pas d'emprunter les transports publics, par exemple). Ils doivent garantir également que toutes ces personnes aient accès à ce mode de transport et que son coût soit abordable pour elles toutes. À cet effet, les besoins spécifiques des différents types de personnel de santé et des autres secteurs essentiels doivent être pris en compte, notamment la situation personnelle, le lieu de résidence ou les horaires de chacun et chacune.
- Les États doivent mettre en place des protocoles pour veiller à ce que les gestionnaires de tous les établissements où travaille du personnel de santé et des autres secteurs essentiels mènent une analyse des risques de violences et de stigmatisation auxquels ces personnes s'exposent, et instaurent des mesures de sécurité appropriées pour écarter ces menaces.
- Les États doivent informer tout le personnel de sécurité et les autres responsables de la supervision des mesures de confinement, de couvre-feu ou de quarantaine, lorsqu'elles existent, que les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels sont autorisées à se rendre à leur travail et à rentrer chez elles ; toute plainte pour harcèlement ou violence aux mains de membres du personnel de sécurité doit donner lieu à l'ouverture immédiate d'une enquête.
- Toute agression ou tout acte de violence contre des professionnel·le·s de santé ou des travailleurs et travailleuses essentiel·le·s doit donner lieu à l'ouverture immédiate d'une enquête approfondie, indépendante et impartiale menée par les autorités nationales, qui permette d'obliger les responsables à répondre de leurs actes. Les États doivent faire preuve d'une tolérance zéro envers la violence et la discrimination à l'égard du personnel de santé et des autres secteurs essentiels. Ce faisant, les États doivent reconnaître que certaines personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant un métier essentiel peuvent courir un risque supplémentaire ou spécifique en raison de leurs identités croisées, ce dont les gouvernements doivent tenir compte dans leur réponse.
- Les États doivent instaurer des dispositifs permettant de rassembler des informations sur toute forme de violence, de discrimination et/ou de stigmatisation dont sont victimes des personnes travaillant dans le secteur de la santé ou exerçant d'autres métiers essentiels pendant la pandémie de COVID-19 ; il convient également qu'ils encouragent les travailleurs et les travailleuses à signaler ces incidents rapidement.

Généralités

- L'obligation de rendre des comptes doit constituer une part importante de la récupération après la pandémie. Il serait utile de mener des examens exhaustifs, efficaces et indépendants de l'état de préparation à la pandémie des États et autres acteurs, ainsi que de leur réponse à celle-ci. Lorsqu'il y a lieu de croire que, dans le cadre de la pandémie, les organes gouvernementaux n'ont pas protégé les droits humains comme ils le devaient – en particulier ceux des professionnel·le·s de santé et des travailleurs et des travailleuses essentiel·le·s –, les États doivent accorder des réparations efficaces et accessibles aux personnes affectées – notamment par l'ouverture d'enquêtes approfondies, crédibles, transparentes, indépendantes et impartiales sur leurs allégations –, veiller au respect de l'obligation de rendre des comptes et tirer des enseignements pour faire en sorte que tout manquement au respect des droits humains dans le cadre de leur réponse à la pandémie ne se reproduise pas lors d'éventuelles vagues ultérieures de la pandémie de COVID-19 ou de toute autre épidémie de grande ampleur.
- Les États doivent veiller à la participation du personnel de santé et des autres secteurs essentiels dans l'élaboration et la mise en œuvre de toutes les politiques le concernant, ainsi qu'à ce que les futures réformes sanitaires et sociales reposent sur les principes de l'obligation de rendre des comptes et de la transparence, en même temps qu'elles soient cohérentes avec les obligations en matière de droits humains.
- Les États doivent accroître la dotation budgétaire du secteur de la santé publique et préparer un plan garantissant un financement et une affectation de personnel suffisants du système de santé publique. Ce plan devrait comporter une évaluation détaillée du montant nécessaire des dépenses de santé publique pour garantir le respect du droit à la santé de tous et de toutes ; il devrait mentionner également des sources de financement possibles pour faire face à cette hausse des dépenses de santé publique.
- Les États qui ont les moyens d'apporter une aide financière aux pays qui ne sont pas en mesure de répondre efficacement à la pandémie de COVID-19 et à ses retombées ont l'obligation de le faire de toute urgence, y compris en invitant les institutions financières internationales, en tant que membres de celles-ci, à accroître leur soutien.
- Lorsqu'ils ne l'ont pas déjà fait, les États doivent garantir que le droit à la santé, le droit au travail, les droits du travail, le droit à la sécurité sociale et le droit à un niveau de vie suffisant soient reconnus et protégés dans leur dispositif législatif national.
- Lorsqu'ils ne l'ont pas déjà fait, les États doivent signer et ratifier le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981, la Convention sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964, et la Convention sur le personnel infirmier, 1977.
-

AMNESTY INTERNATIONAL EST UN MOUVEMENT MONDIAL DE DÉFENSE DES DROITS HUMAINS. LORSQU'UNE PERSONNE EST VICTIME D'UNE INJUSTICE, NOUS SOMMES TOUS ET TOUTES CONCERNE·E·S.

NOUS CONTACTER

info@amnesty.org

+44 (0)20 7413 5500

SE JOINDRE A LA CONVERSATION

www.facebook.com/AmnestyGlobal

@Amnesty

EXPOSÉ, RÉDUIT AU SILENCE, AGRESSÉ

LE PERSONNEL DE SANTÉ ET DES AUTRES SECTEURS ESSENTIELS CONFRONTÉ À UN MANQUE DE PROTECTION CRIANT EN PLEINE PANDEMIE DE COVID-19

Les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels ont joué un rôle exceptionnel partout dans le monde face à la pandémie de COVID-19.

Dans différents pays, ces personnes ont mis leur santé et leur bien-être en danger, souvent dans des circonstances très difficiles et avec peu de soutien, pour faire en sorte que la population puisse bénéficier des services essentiels dont elle avait besoin.

Basé sur des informations en provenance de 63 pays et territoires, ce rapport met en évidence les défis auxquels les personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels ont été confrontées pendant cette période.

L'analyse d'Amnesty International a montré que plus de 3000 personnes travaillant dans le secteur de la santé étaient mortes de la maladie à coronavirus 2019 pendant la pandémie - chiffre sans doute largement sous-estimé - et que de nombreuses autres ont travaillé dans des environnements dangereux en raison du manque d'équipement de protection individuelle (EPI).

Des personnes ont fait l'objet de représailles des autorités et de leurs employeurs pour avoir évoqué des problèmes de sécurité. Pour cela, certaines ont été arrêtées ou renvoyées et, parfois, ces personnes ont été soumises à des violences et à une stigmatisation de la part de membres de la population.

Ce rapport contient des recommandations concrètes aux gouvernements du monde entier sur ce qu'ils doivent faire pour respecter leurs obligations en matière de droits humains et protéger efficacement les droits des personnes travaillant dans le secteur de la santé et exerçant des métiers essentiels.

INDEX : POL 40/2572/2020
JUILLET 2020
LANGUE : FRANÇAIS

amnesty.org

AMNESTY INTERNATIONAL