



Organisation
internationale
du Travail



► Protection sociale et services de santé au travail

Une meilleure coordination pour contribuer aux
Objectifs de Développement Durable

► **Protection sociale et services de santé au travail**

Une meilleure coordination pour contribuer aux
Objectifs de Développement Durable



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Cet ouvrage est soumis à une licence Creative Commons Attribution 4.0 International. Voir: creativecommons.org/licenses/by/4.0. L'utilisateur est autorisé à réutiliser et à partager (copier et redistribuer) l'ouvrage original ou à l'adapter (le remanier, le transformer ou s'en servir pour créer un nouveau produit) conformément aux termes de ladite licence. L'utilisateur doit clairement indiquer que l'OIT est la source de l'ouvrage et faire état de toute modification apportée au contenu original. L'utilisation de l'emblème, du nom et du logo de l'OIT n'est pas autorisée dans le cadre de traductions, d'adaptations ou d'autres oeuvres dérivées.

Citation – L'utilisateur doit faire état de toute modification apportée à cet ouvrage. L'ouvrage doit être cité comme suit: *Protection sociale et services de santé au travail: Une meilleure coordination pour contribuer aux Objectifs de Développement Durable*, Genève: Bureau international du Travail, 2025. © OIT.

Traductions – Si cet ouvrage fait l'objet d'une traduction, celle-ci doit comporter, outre la mention de la source de l'ouvrage original, la clause de non-responsabilité suivante: *Ceci est une traduction d'un ouvrage de l'Organisation internationale du Travail (OIT) protégé par le droit d'auteur. Cette traduction n'a pas été élaborée, révisée ou approuvée par l'OIT et ne doit pas être considérée comme une traduction officielle de cette dernière. L'OIT décline toute responsabilité quant au contenu ou à l'exactitude de cette traduction, qui n'engage que la responsabilité de son ou ses auteurs.*

Adaptations – Si cet ouvrage fait l'objet d'une adaptation, celle-ci doit comporter, outre la mention de la source de l'ouvrage original, la clause de non-responsabilité suivante: *Ceci est une adaptation d'un ouvrage de l'Organisation internationale du Travail (OIT) protégé par le droit d'auteur. Cette adaptation n'a pas été élaborée, révisée ou approuvée par l'OIT et ne doit pas être considérée comme une adaptation officielle de cette dernière. L'OIT décline toute responsabilité quant au contenu ou à l'exactitude de cette adaptation, qui n'engage que la responsabilité de son ou ses auteurs.*

Oeuvres de tiers – La licence Creative Commons ne s'applique pas aux oeuvres incluses dans cette publication qui ne relèvent pas du droit d'auteur de l'OIT. Lorsqu'une oeuvre est attribuée à un tiers, l'utilisateur de l'oeuvre est seul responsable d'obtenir les autorisations nécessaires auprès du détenteur des droits et sera tenu pour seul responsable en cas de violation alléguée.

Tout différend auquel la présente licence pourra donner lieu et qui ne pourra pas être résolu à l'amiable sera soumis à l'arbitrage conformément au Règlement d'arbitrage de la Commission des Nations Unies pour le droit commercial international (CNUDCI). Les parties seront liées par toute sentence arbitrale rendue en tant que règlement définitif du différend.

Toute question concernant les droits et licences doit être envoyée à: rights@ilo.org. Des informations concernant les publications et les produits numériques de l'OIT peuvent être consultées à: www.ilo.org/publns.

ISBN: 9789220419755 (imprimé); 9789220419762 (web pdf)

DOI: <https://doi.org/10.54394/YDRE5974>

Également disponible en English: *Bridging social protection and occupational health to advance Sustainable Development Goals*, ISBN: 9789220414804 (print); 9789220414798 (web pdf)

Les désignations utilisées dans les publications et bases de données de l'OIT, qui sont conformes à la pratique de l'Organisation des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OIT aucune prise de position quant au statut juridique de tout pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Voir: www.ilo.org/deni-de-responsabilite.

Les opinions et vues exprimées dans la présente publication sont propres à son ou ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions, les vues ou la politique de l'OIT.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part de l'OIT aucune appréciation favorable ou défavorable.

Table des matières

► Table des matières	iii
► Figures, tableaux et encadrés	iv
Liste des figures	iv
Liste des tableaux	iv
Liste des encadrés	iv
► Sigles et acronymes	v
► Remerciements	vi
► Introduction	1
► Partie 1. Analyse croisée des résultats du projet de recherche	9
L'état de la recherche à l'échelle mondiale	10
La nature des liens identifiés entre les services de santé au travail et la protection sociale	11
Gouvernance intégrée	12
Mandat intégré des services de santé au travail et de la protection sociale dans une seule institution	12
Mise en œuvre de fonctions des services de santé au travail par les administrations de la protection sociale	13
Prestation et couverture de services de santé généraux par les services de santé au travail	15
Administration de prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle par des régimes de protection sociale couvrant d'autres éventualités	16
Liens financiers	19
Orientation des cas et échange d'informations	21
Les thèmes transversaux	22
Liens ou coordination?	23
Couverture, qualité et exhaustivité des services de santé au travail?	24
Vers la protection sociale universelle et adéquate	25
Conclusions	26
► Partie 2. Etudes de cas	29
Colombie	30
Introduction	30
Les liens entre les services de santé au travail et la protection sociale	32
Conclusion	37
Madagascar	36
Introduction	38
Les liens entre les services de santé au travail et la protection sociale	40
Conclusion	44
Viet Nam	45
Introduction	45
Les liens entre les services de santé au travail et la protection sociale	47
Conclusion	51
► Bibliography	52
► Annex: Methodology	58

► Liste des figures

Figure 1	Pourcentage de la population couverte en droit par un régime de protection sociale en santé, par région, sous-région, catégorie de revenu et type de mécanisme, 2023	3
Figure 2	Pourcentage de la population bénéficiant d'une protection sociale en santé (personnes protégées), par niveau de revenu, 2020 et 2023 ou dernière année disponible	4
Figure 3	Pourcentage de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couverte en droit par des prestations en espèces en cas d'accident du travail, par niveau de revenu et type de régime, 2023 ou dernière année disponible	4
Figure 4	Pourcentage de la population active et en âge de travailler (15 ans et plus) couverte par des prestations en espèces en cas d'accident du travail (cotisants actifs), par niveau de revenu, 2020 et 2023	5
Figure 5	Répartition des décès liés au travail dans le monde	6
Figure 6	Présentation des sous-systèmes de protection sociale et de la sécurité et santé au travail	8
Figure 7	Liens identifiés au Brésil et en Allemagne	15
Figure 8	Nombre de pays dans lesquels les prestations en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle sont administrées conjointement avec d'autres éventualités couvertes par le système de protection sociale	16
Figure 9	Transferts financiers entre les régimes de protection sociale et les acteurs chargés de la prestation des services de santé au travail	20
Figure 10	Dispositifs de prise en charge et de couverture des services médicaux pour les travailleurs touchés par un ATMP, conformément à la Loi 100 de 1993 et au Décret-loi 1295 de 1994	35
Figure 11	Protection effective par les mécanismes de protection sociale en santé ou les services de santé au travail, par groupe de population, en pourcentage de la population totale en 2018	41
Figure 12	Dépenses publiques générales de santé à Madagascar, dans les pays à faible revenu et en Afrique subsaharienne	44

► Liste des tableaux

Table 1	Nombre de pays dans lesquels au moins une prestation destinée aux travailleurs touchés par des ATMP est administrée conjointement avec d'autres éventualités	17
Table 2	Nombre d'entreprises et de travailleurs affiliés aux SMIE (Services médicaux inter-entreprises) et nombre de personnes couvertes, 2023	42
Table 3	Droits des travailleurs affectés par un ATMP et de leurs ayants droit selon les régimes de protection sociale et la responsabilité de l'employeur au Viet Nam	47

► Liste des encadrés

Encadré 1	Fonctions des services de santé au travail, telles que définies dans la convention n° 161	6
Encadré 2	Prestation de protection sociale et de services de santé au travail par un seul organisme pour le secteur agricole en France	13
Encadré 3	Obstacles potentiels à l'accès aux prestations en cas d'accident du travail	18
Encadré 4	Programme de surveillance intégrale de la santé en Espagne	23

Sigles et acronymes

ARL	Administrateurs des Risques Professionnels (<i>Administradoras de Riesgos Laborales</i> , Colombie)
ATMP	Accident du Travail et Maladie Professionnelle
CEREST	Centre de Référence pour la Santé des Travailleurs (<i>Centro de Referência em Saúde do Trabalhador</i> , Brésil)
CNaPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Madagascar)
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DSST	Direction de la Sécurité Sociale des Travailleurs (Madagascar)
EPS	Organismes de promotion de la santé (<i>Entidades Promotoras de Salud</i> , Colombie)
IPS	Institutions Prestataires de Soins de Santé (<i>Instituciones Prestadoras de Salud</i> , Colombie)
MOLISA	Ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales (Viet Nam)
MOT	Ministère du Travail (Colombie)
MSA	Mutualité sociale agricole (France)
MSPS	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (<i>Ministerio de Salud y Protección Social</i> , Colombie)
MTEPSLS	Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Fonction Publique et des Lois Sociales (Madagascar)
PRFI	Pays à Revenu Faible et Intermédiaire
PSS	Protection Sociale en Santé
PSU	Protection Sociale Universelle
SGRL	Système Général des Risques Professionnels (<i>Sistema General de Riesgos Laborales</i> , Colombie)
SGSSS	Système Général de Sécurité Sociale en Santé (<i>Sistema General de Seguridad Social en Salud</i> , Colombie)
SISPRO	Système Intégré d'Informations sur la Protection Sociale (<i>Sistema Integrado de Información de la Protección Social</i> , Colombie)
SMIE	Service Médical Inter-Entreprises (Madagascar)
SMT	Service Médical du Travail (Madagascar)
SST	Services de Santé au Travail
SSTOI	Service de la Santé au Travail et des Organisations Interentreprises (Madagascar)
SUS	Système Public de Santé (<i>Sistema Único de Salud</i> , Brésil)
VHEMA	Agence de gestion de la santé et de l'environnement du Viet Nam Viet Nam Health and Environment Management Agency
VSS	Sécurité sociale du Viet Nam (Viet Nam Social Security)

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Nathalie Both (OIT), en collaboration avec Ana Catalina Ramirez (OIT) et Lou Tessier (OIT). Nous remercions Christina Behrendt (OIT), Ursula Kulke (OIT), Mathilde Mailfert (OIT) et Henrik Moller (OIT) pour leur revue du rapport. Nous remercions également André Costa Santos (OIT) pour son aide précieuse dans le domaine de la conception et de l'organisation des régimes de protection sociale à travers le monde.

La revue de portée (OIT à paraître c) a été réalisée et rédigée par Tatiana Agbadje (Université Laval, Québec, Canada), Gloria Ayivi-Vinz (Université Laval, Québec, Canada), Frédéric Bergeron (Université Laval, Québec, Canada), Nathalie Both (OIT), Aurore Iradukunda (anciennement OIT), Dejan Loncar (Université de Genève, Suisse), Marietou Niang (Université du Québec à Rimouski, Lévis, Québec, Canada), Ana Catalina Ramirez (OIT) et Lou Tessier (OIT). La méthodologie et les remerciements détaillés figurent en annexe.

La collecte des données primaires et secondaires pour les études de cas par pays (OIT à paraître b; à paraître e) a été réalisée et rédigée par Ana Maria Gutierrez Strauss en Colombie, Mamy Randriamaharo à Madagascar et Le Thi Thanh Xuan au Viet Nam, avec le soutien de Schneider Guataqui Cervera (OIT), Aurore Iradukunda (anciennement OIT), Kristina Kurths (OIT), Mathilde Mailfert (OIT) et Marielle Phe Goursat (OIT). Nous tenons à remercier Nguyen Hai Dat (OIT), Carlos da Silva Gama Nogueira (OIT) et Yuka Ujita (OIT) pour le soutien technique qu'ils ont fourni, ainsi que Marie Stijns (OIT) pour sa contribution à l'étude de cas du Madagascar.

Nous remercions chaleureusement Ana Carolina de Lima Vieira pour son appui au processus de publication, ainsi que Florian Saint-Aubin, Emilie Lafore et Graeme Shepherd pour la relecture, les images, la conception graphique et la traduction en français.

Les recherches ont été menées dans le cadre du projet «Accès universel à la protection sociale et à la santé et la sécurité au travail» financé par la France.



Introduction

La santé humaine est déterminée non seulement par des facteurs physiologiques, mais également par les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent, se divertissent et vieillissent, ainsi que par les systèmes et les dynamiques qui les influencent — en d'autres termes, elle est façonnée par des facteurs sociaux, environnementaux, comportementaux et politiques (Marmot 2001). À l'échelle individuelle, les différents déterminants de la santé sont interdépendants et ne sauraient être cloisonnés. Ils doivent donc être abordés de manière intégrée, par un ensemble cohérent et holistique de politiques et de cadres institutionnels. Les systèmes de protection sociale et de sécurité et santé au travail (SST) poursuivent un objectif commun : agir sur certains des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, tant pour la population active que pour la société dans son ensemble. En particulier, les services de santé au travail (ST) et les régimes de protection sociale couvrant les soins de santé et les accidents du travail et les maladies professionnelles jouent un rôle essentiel dans cette démarche. Ces systèmes partagent un objectif commun de santé publique, à savoir : promouvoir la santé, prévenir les accidents (du travail) et les maladies (professionnelles), faciliter l'accès aux soins de santé sans difficultés financières, garantir la sécurité de revenu en cas de maladie ou d'accident et faciliter la réadaptation. À cet égard, ces deux politiques contribuent directement à la réalisation des cibles 1.3 et 8.8 des objectifs de développement durable (ODD), tout en œuvrant conjointement à la réalisation de l'ODD 3 sur la santé et le bien-être pour tous.

Pour promouvoir l'adoption d'approches coordonnées et holistiques, un projet de recherche a été mené dans le cadre du projet OIT-France «Accès universel à la protection sociale et à la santé et sécurité au travail». Ce projet comprend une revue de portée et trois études de cas. Il vise à mettre en évidence les liens et les mécanismes de coordination existants entre les systèmes nationaux de protection sociale et les services de santé au travail, ainsi que les lacunes actuelles en matière de connaissances qu'il convient de combler. Le présent rapport synthétise les conclusions de ce projet de recherche.

La protection sociale

La protection sociale désigne un ensemble de politiques et de programmes conçus pour réduire et prévenir la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale au long du cycle de vie (OIT 2024b). Cette notion englobe une grande diversité d'instruments stratégiques, notamment l'assurance sociale et l'assistance sociale, et la plupart des systèmes de protection sociale reposent sur une combinaison de ces outils pour atteindre leurs objectifs. Comme le souligne la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, la protection sociale inclut, au minimum, l'accès aux soins de santé sans difficultés financières, y compris les soins de maternité, ainsi que la sécurité de revenu tout au long du cycle de vie (OIT 2019b).

Dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, la protection sociale contribue à une série d'objectifs et de cibles. La cible 1.3 des ODD engage les États membres à mettre en place des systèmes de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, en fixant un objectif clair : assurer une couverture importante des populations pauvres et vulnérables. Outre l'ODD 1 sur l'élimination de la pauvreté (ODD 1), la protection sociale contribue aussi à l'ODD 2 sur l'éradication de la faim, ainsi qu'à l'ODD 3 sur la promotion d'une vie en bonne santé et du bien-être, l'ODD 5 sur l'égalité des sexes, l'ODD 8 sur le travail décent et la croissance économique, l'ODD 10 sur la réduction des inégalités, et l'ODD 16 sur la paix, la justice et des institutions efficaces (OIT 2021b).

Le cadre normatif de l'OIT en matière de sécurité sociale comprend 19 conventions et recommandations en vigueur qui mettent en évidence l'importance d'une couverture universelle et adéquate de la protection sociale. Plus précisément, la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, prévoit neuf éventualités de sécurité sociale, dont l'accès à des soins médicaux visant à maintenir, restaurer et améliorer la santé des personnes protégées sans engendrer de difficultés financières, ainsi que l'accès à des prestations de maternité (OIT 2019b). Plusieurs instruments normatifs consacrent les droits universels à la santé et à la protection sociale. Ils définissent les niveaux minimums de protection que les systèmes nationaux doivent garantir, ainsi que le panier essentiel de services à couvrir. Ces instruments incluent des interventions préventives et curatives, notamment la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, et la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969. Ces instruments offrent la possibilité d'adopter une diversité d'approches pour garantir l'accès aux soins de santé, à condition de respecter certains principes, notamment celui de la solidarité en matière de financement (OIT 2020a; 2019b; 2020c). Dans la pratique, les modalités de financement

et d'organisation des soins de santé varient considérablement d'un pays à l'autre et peuvent reposer sur l'assurance maladie sociale, sur les services de santé nationaux ou sur une combinaison des deux. De fait, la plupart des pays combinent ces approches pour parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU) (OIT 2020b). La sécurité du revenu pendant la maternité et en cas de maladie est aussi prévue par la convention n° 102: elle contribue à la réalisation des objectifs en matière de santé. Ces garanties, ainsi que l'accès aux soins de santé sans difficultés financières sont les piliers de la protection sociale en santé (PSS) (OIT 2020c). L'extension de la PSS contribue à deux cibles complémentaires des ODD: la cible 1.3 sur la mise en place de systèmes de protection sociale pour tous, y compris des socles, et la cible 3.8 sur la couverture sanitaire universelle (OIT 2020c).

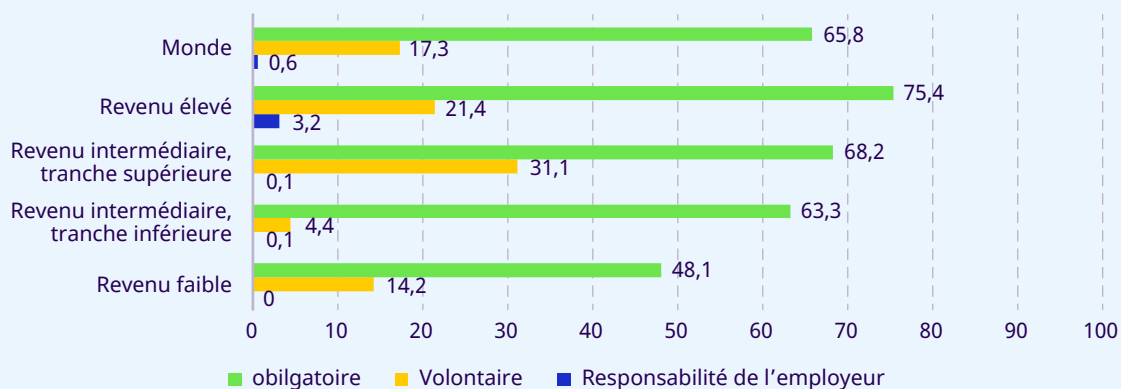
Le cadre international de la sécurité sociale garantit également que les personnes affectées par un accident du travail ou une maladie professionnelle (ATMP) accèdent à des soins de santé sans difficultés financières. En effet, la partie VI de la convention n° 102 et la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 définissent des normes minimales pour les prestations en cas d'ATMP, notamment:

- ▶ des prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire de travail;
- ▶ des prestations en espèces en cas d'incapacité ou d'invalidité permanente;
- ▶ des prestations en espèces pour les survivants en cas d'accident ou de maladie mortels; et
- ▶ des soins médicaux et des prestations connexes visant à maintenir, restaurer ou améliorer la santé de la personne concernée.

La convention n° 121 souligne également que l'institution chargée de fournir des soins médicaux doit collaborer avec les services de réadaptation professionnelle, ou proposer ce type de services, afin de soutenir les personnes devenues invalides à la suite d'un ATMP à reprendre une activité adaptée. Les conventions ne prescrivent pas de modalités institutionnelles spécifiques pour l'administration de ces prestations. Toutefois, la convention n° 102 laisse entrevoir la possibilité d'intégrer ces garanties à d'autres mécanismes existants.

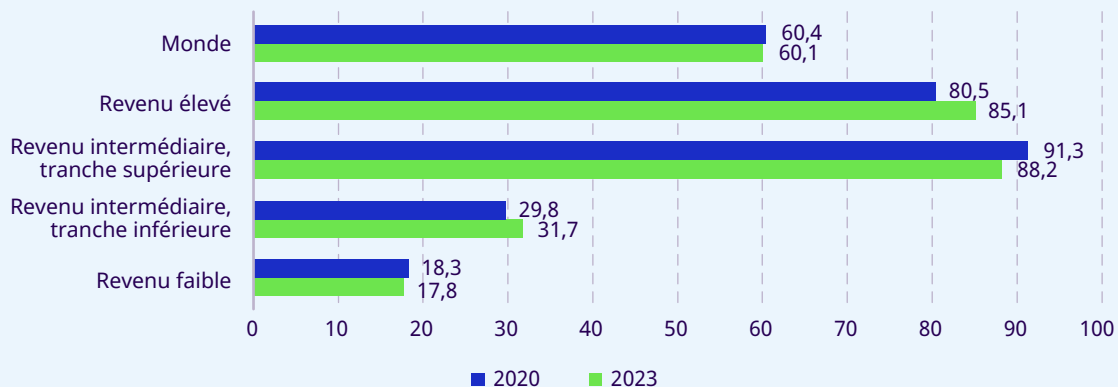
Dans la pratique, près de 60 pour cent de la population mondiale est couverte par la PSS, bien que ce chiffre masque d'importantes disparités selon le niveau de revenu des pays. En effet, seulement 17,8 pour cent et 31,7 pour cent des populations des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur bénéficient respectivement de cette protection (voir figures 1 et 2 ci-après) (OIT 2024b). Les graphiques font aussi apparaître une stagnation dans l'extension de la couverture de la PSS au cours des dernières années. C'est l'une des raisons majeures pour lesquelles, en 2019, plus d'un milliard de personnes ont connu des dépenses de santé catastrophiques, un chiffre qui ne cesse de croître chaque année (OMS et Banque mondiale 2023).

► **Figure 1. Pourcentage de la population couverte en droit par un régime de protection sociale en santé, par région, sous-région, catégorie de revenu et type de mécanisme, 2023**



Source: OIT (2024b)

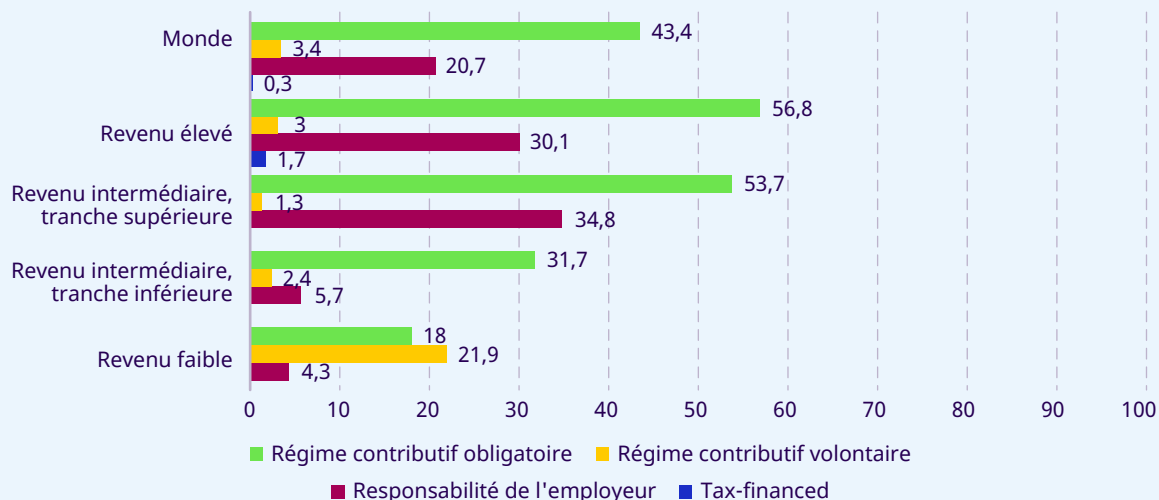
► Figure 2. Pourcentage de la population bénéficiant d'une protection sociale en santé (personnes protégées), par niveau de revenu, 2020 et 2023 ou dernière année disponible



Source: OIT (2024b)

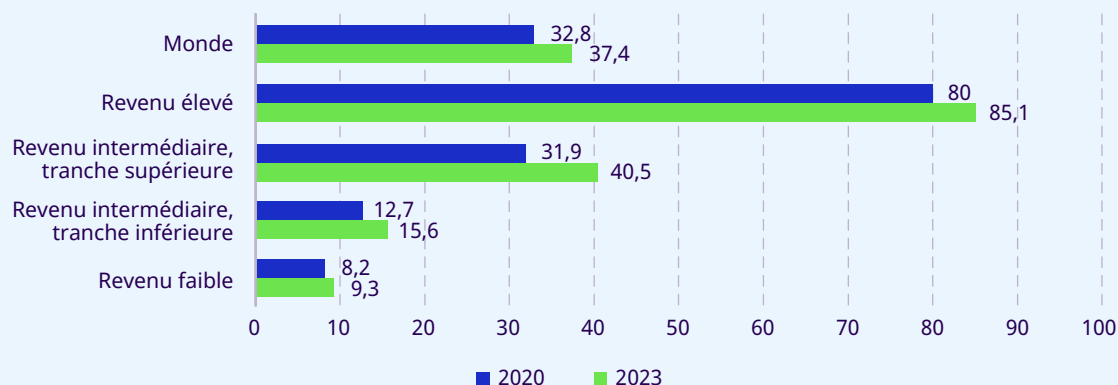
En outre, un peu plus de 40 pour cent de la population active est légalement couverte par des dispositions contributives obligatoires offrant des prestations en espèces en cas d'accident du travail, tandis qu'un cinquième supplémentaire est couvert par des dispositions contributives volontaires ou des dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur (voir figures 3 et 4). Cependant, seulement 37,4 pour cent des travailleurs bénéficient effectivement de prestations en espèces en cas d'accident du travail, avec là encore des variations significatives selon le niveau de revenu des pays (OIT 2024b). Les données sur la couverture des prestations médicales ne font actuellement l'objet d'aucun suivi dans le cadre de l'ODD 1.3, en raison du manque de données comparables aux niveaux national et mondial.

► Figure 3. Pourcentage de la population en âge de travailler (15 ans et plus) couverte en droit par des prestations en espèces en cas d'accident du travail, par niveau de revenu et type de régime, 2023 ou dernière année disponible



Source: OIT (2024b)

► Figure 4. Pourcentage de la population active et en âge de travailler (15 ans et plus) couverte par des prestations en espèces en cas d'accident du travail (cotisants actifs), par niveau de revenu, 2020 et 2023



Source: OIT (2024b)

Les services de santé au travail

Le cadre normatif de l'OIT en matière de sécurité et santé au travail (SST) comprend plus de 40 instruments, dont deux conventions fondamentales : la convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981 et la convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006. La convention n° 187 préconise l'amélioration continue de la SST grâce à l'élaboration d'un cadre national de SST composé d'une politique, d'un système et d'un programme de SST au niveau national. La convention stipule qu'un système national de SST – c'est-à-dire l'infrastructure de mise en œuvre des politiques et programmes de SST – doit lui-même inclure, entre autres, un organe consultatif tripartite national dédié à la SST, des services de formation, d'information et de conseil, des services de santé au travail, ainsi que des mécanismes de collaboration avec les régimes d'assurance ou de sécurité sociale couvrant les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les services de santé au travail (ST), tels que définis par la convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985 sont investis de fonctions essentiellement préventives. Leur objectif est de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants en ce qui concerne les exigences requises pour établir et maintenir un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail, et l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale. La convention n° 161 et la recommandation (n° 171) sur les services de santé au travail, 1985 invitent les États à instituer progressivement des services de santé au travail pour tous les travailleurs. En outre, la convention n° 161 précise que les fonctions des services de santé au travail doivent être adéquates et appropriées aux risques spécifiques prévalant dans les entreprises (voir encadré 1), sans toutefois prescrire de modalités de financement.

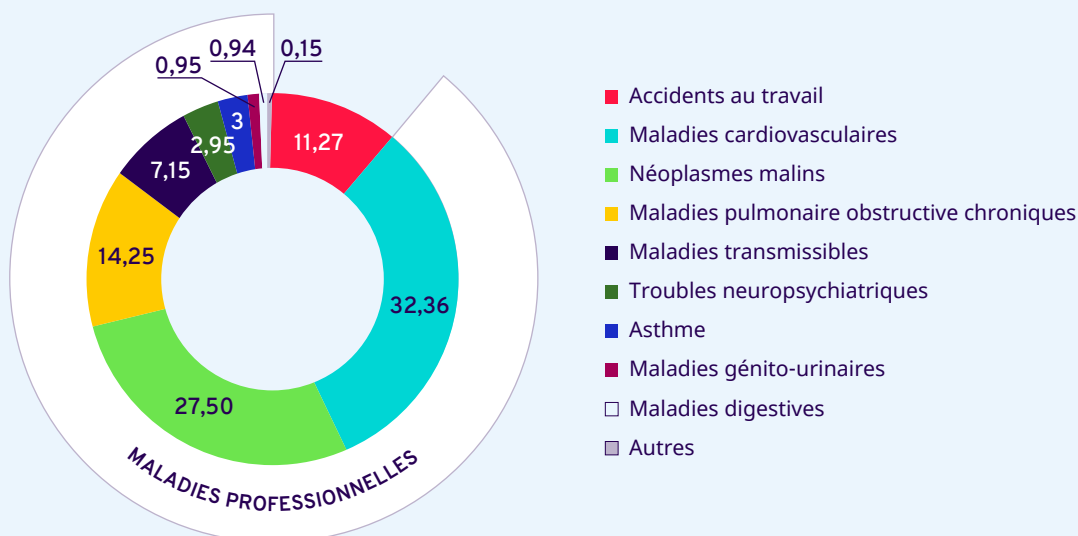
► **Encadré 1. Fonctions des services de santé au travail, telles que définies dans la convention n° 161**

L'éventail des fonctions des services de santé au travail, tel qu'il est défini à l'article 5 de la convention n° 161 est le suivant:

1. identifier et évaluer les risques d'atteinte à la santé sur les lieux de travail;
2. surveiller les facteurs du milieu de travail et les pratiques de travail susceptibles d'affecter la santé des travailleurs, y compris les installations sanitaires, les cantines et le logement, lorsque ces facilités sont fournies par l'employeur;
3. donner des conseils sur la planification et l'organisation du travail, y compris la conception des lieux de travail, sur le choix, l'entretien et l'état des machines et des équipements ainsi que sur les substances utilisées dans le travail;
4. participer à l'élaboration des programmes d'amélioration des pratiques de travail ainsi qu'aux essais et à l'évaluation des nouveaux équipements quant aux aspects de santé;
5. donner des conseils dans les domaines de la santé, de la sécurité et de l'hygiène au travail, de l'ergonomie ainsi qu'en matière d'équipements de protection individuelle et collective;
6. surveiller la santé des travailleurs en relation avec le travail;
7. promouvoir l'adaptation du travail aux travailleurs;
8. contribuer aux mesures de réadaptation professionnelle;
9. collaborer à la diffusion de l'information, à la formation et à l'éducation dans les domaines de la santé et de l'hygiène au travail ainsi que de l'ergonomie;
10. organiser les premiers secours et les soins d'urgence;
11. participer à l'analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles.

À l'échelle mondiale, seulement 10 à 15 pour cent des travailleurs auraient accès à des services de santé au travail, sous quelque forme que ce soit (Buijs et al. 2012). D'après l'OIT, 395 millions de travailleurs dans le monde auraient subi un accident du travail non mortel en 2019 et près de 2,93 millions de travailleurs seraient décédés des suites de facteurs liés au travail, dont 2,6 millions attribués à des maladies professionnelles (OIT 2023a). La figure 5 illustre la répartition des décès liés au travail à l'échelle mondiale.

► **Figure 5. Répartition des décès liés au travail dans le monde**



Source: OIT (2023a)

Les estimations communes OIT-OMS datant de 2016 indiquent que parmi les 20 facteurs de risques professionnels examinés, l'exposition à de longues heures de travail est le facteur qui a provoqué le plus grand nombre de décès; viennent ensuite l'exposition aux particules, gaz et fumées et l'exposition à l'amiante (OMS et OIT 2021).

Les services de santé au travail contribuent également à plusieurs objectifs et cibles de développement durable, jouant un rôle central dans la réalisation du travail décent et de la croissance économique (ODD 8), en particulier la cible 8.8 sur la promotion de la sécurité sur le lieu de travail. Ils contribuent également à l'ODD 3 sur la santé et le bien-être, notamment à la cible 3.9, qui vise à réduire le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

Le potentiel de synergies

De par leurs objectifs respectifs et leurs missions complémentaires, il existe de nombreuses possibilités de collaboration et de coordination entre les services de santé au travail et la protection sociale, en particulier la protection sociale en santé et l'assurance contre les accidents du travail. Ces deux sous-systèmes poursuivent des objectifs similaires en matière de maintien et de restauration de la santé: sur le lieu de travail pour les services de santé au travail, et à la fois sur le lieu de travail et au-delà de la sphère professionnelle pour la protection sociale.

Il existe également un potentiel de synergies en relation aux responsabilités et fonctions définies dans les cadres normatifs régissant la sécurité sociale et les services de santé au travail. La convention n° 130 établit que les prestations couvertes par la PSS incluent les soins **préventifs**, ce qui ouvre des perspectives de coordination institutionnelle avec la fonction principalement préventive des services de ST. De plus, la recommandation n° 171 prévoit que les services de ST déploient «d'autres activités de santé autorisées par l'autorité compétente [...], y compris les soins de médecine **curative** aux travailleurs et à leur famille», en fonction du contexte national et de la distance entre le lieu de travail et les formations sanitaires. Par ailleurs, la liste des prestations médicales à fournir en cas d'ATMP, définie dans la convention n° 121, comprend les soins d'urgence et le suivi sur le lieu de travail, ce qui offre des possibilités de synergies. Enfin, l'implication conjointe des services de ST et de l'assurance contre les accidents du travail dans la **réadaptation** professionnelle (conformément à la recommandation n° 171, la convention n° 102 et la convention n° 130) crée des possibilités de coordination.

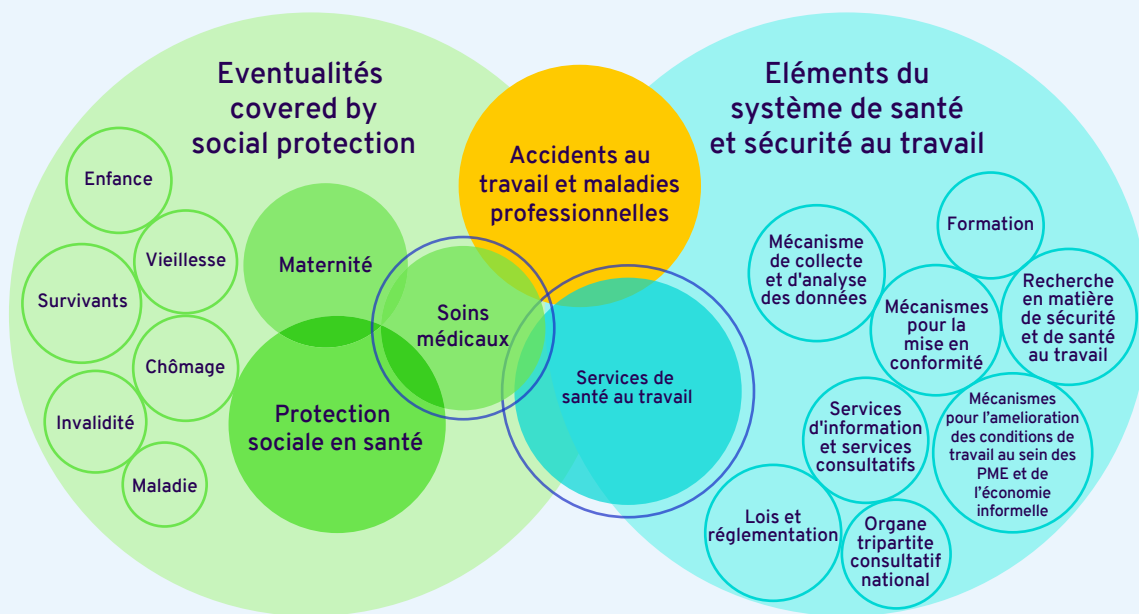
Par ailleurs, les recommandations concernant la gouvernance et l'administration des services de santé au travail et de la protection sociale ouvrent la voie à la collaboration et au développement de synergies. Les normes internationales de sécurité sociale offrent des orientations claires à ce sujet, et affirment la responsabilité principale de l'État dans la garantie du droit à la protection sociale. Ces normes ne sont pas prescriptives en ce qui concerne les modalités administratives et institutionnelles des régimes publics. Concernant les services de ST, l'article 7.2 de la convention n° 161 fournit des orientations spécifiques sur les modalités d'organisation (voir ci-dessous).

Conformément aux conditions et à la pratique nationale, les services de santé au travail peuvent être organisés par:

- a) les entreprises ou les groupes d'entreprises intéressés;
- b) les pouvoirs publics ou les services officiels;
- c) les institutions de sécurité sociale;
- d) tout autre organisme habilité par l'autorité compétente;
- e) toute combinaison des formules précédentes.

Il devient alors possible d'exploiter pleinement le potentiel de synergies, et potentiellement d'intégrer partiellement ou totalement les fonctions des services de ST énoncées dans l'encadré 1.

► Figure 6. Présentation des sous-systèmes de protection sociale et de la sécurité et santé au travail



Dans ce cadre, la recherche a porté sur l'identification des types de liens qui existent entre les services de ST et les systèmes de protection sociale, en particulier la PSS et l'assurance contre les accidents du travail. La recherche avait comme premier objectif d'identifier la nature des liens entre les services de ST et la protection sociale, ainsi que de recenser les pays dans lesquels ces liens sont établis. Dans le présent rapport, les liens sont définis comme toute relation directe et régularisée entre deux ou plusieurs institutions, c'est-à-dire toute politique, tout processus opérationnel ou tout programme établissant une connexion, formelle ou informelle, entre les systèmes de protection sociale et les services de ST. Une institution est définie comme tout organisme public, semi-public ou privé chargé de superviser et d'administrer des fonctions spécifiques des services de ST ou des régimes de protection sociale gérés par l'État.

La recherche sur laquelle se fonde le présent rapport repose, d'une part, sur une revue de portée de rapports de recherche accessibles au public (la méthodologie détaillée figure en annexe) et, d'autre part, sur des études de cas des pays. Ces études reposent à la fois sur une analyse des données secondaires (principalement tirées de rapports institutionnels) et sur des recherches primaires conduites à travers des entretiens réalisés auprès d'informateurs clés représentant des institutions chargées de la régulation et de l'administration de la protection sociale ou des services de ST. La revue de portée a révélé une nette insuffisance en matière de documentation sur la collaboration entre les services de santé au travail et les systèmes de protection sociale, ainsi qu'un besoin pressant de recueillir des données empiriques supplémentaires, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (PFRI). Ce besoin n'a pu être satisfait qu'à travers des études de cas des pays.

Le rapport est structuré en deux parties. La première partie présente une synthèse des résultats du projet de recherche, et met en lumière la disponibilité de la littérature au sujet de la thématique et la nature des liens entre les services de ST et la protection sociale, tels qu'identifiés dans la revue de portée et les études de cas des pays. Les thèmes transversaux qui émergent de la recherche y sont ensuite présentés et discutés. La seconde partie résume les principaux enseignements tirés des études de cas des pays.



Partie 1. Analyse croisée des résultats du projet de recherche

Cette section présente les résultats du projet de recherche. Tout d'abord, elle fournit un aperçu de l'état des connaissances sur les liens entre les services de ST et la protection sociale, tels qu'ils ont été établis à partir de la revue de portée (voir la méthodologie en annexe). Ensuite, elle décrit la nature de ces liens, tels qu'identifiés dans la revue de portée, les études de cas et des recherches documentaires plus larges – y compris un examen des rapports publiés et non publiés de l'OIT – en les classant selon les sept grandes catégories suivantes: gouvernance intégrée; mandat intégré des services de santé au travail et de la protection sociale au sein d'une seule institution; mise en œuvre de fonctions des services de santé au travail par les administrations de la protection sociale; prestation et couverture de services de santé généraux par les services de santé au travail; administration des prestations pour les ATMP par des régimes de protection sociale couvrant d'autres éventualités; liens financiers; orientation des cas et échange d'informations.

L'objectif initial de la recherche était d'identifier une typologie des modèles de collaboration entre les services de ST et les systèmes de protection sociale. Cependant, la rareté des études disponibles et la diversité des modèles de collaboration observés n'ont pas permis de mener à bien cet exercice. Par conséquent, cette section s'articule plutôt autour de thèmes globaux. De même, bien que la stratégie de recherche ait prévu la collecte d'informations sur les résultats des collaborations entre les services de ST et les systèmes de protection sociale pour divers acteurs concernés, les publications disponibles offrent peu d'éléments à ce sujet. Ainsi, il n'est pas possible, à ce stade, de définir des bonnes pratiques ni de tirer des enseignements concrets, ce qui devrait néanmoins constituer une priorité pour de futures recherches.

► L'état de la recherche à l'échelle mondiale

Dans l'ensemble, la revue de portée a mis en évidence la rareté des recherches publiées sur la collaboration entre les services de ST et la protection sociale, les études disponibles étant majoritairement centrées sur les pays à revenu élevé. En effet, sur un total de 10 160 documents identifiés via une base de données, des recherches dans la «littérature grise» et un échantillonnage en boule de neige, seulement 27 publications répondaient aux critères et objectifs de la revue de portée. La majorité de ces publications (17) portaient sur des liens dans des contextes européens, tandis que huit articles concernaient des pays des Amériques et enfin deux autres étaient axés sur la région Asie-Pacifique. Aucun article n'a été identifié pour les États arabes et les pays africains, ce qui pourrait plutôt traduire l'absence de documentation sur le sujet (y compris dans les langues couvertes par la revue de portée) que l'absence de liens dans la pratique.

La littérature identifiée s'est révélée très hétérogène, tant du point de vue de la nature des articles que de leurs objectifs et des méthodologies employées. Le niveau de détail fourni était souvent insuffisant: dans la majorité des cas, les liens entre les services de ST et la protection sociale étaient évoqués de manière contextuelle, mais ne constituaient pas le sujet central des études. De plus, peu d'articles offraient une vision d'ensemble du contexte, notamment de l'architecture des services de ST et de la protection sociale. Il a donc fallu entreprendre des recherches complémentaires pour mieux comprendre ces sous-systèmes. Cette absence de données détaillées a représenté un obstacle majeur à une analyse exhaustive et précise des connexions entre ces sous-systèmes.

Enfin, en grande partie en raison des limitations mentionnées précédemment, les résultats des liens entre les services de ST et les systèmes de protection sociale étaient rarement présentés ou analysés. Le cas échéant, il s'agissait surtout d'articles portant sur les résultats de projets pilotes, généralement axés sur les résultats procéduraux ou les effets sur la couverture. Pourtant, ces informations sont essentielles pour orienter les politiques et les pratiques, en particulier en ce qui concerne la coordination entre les services de ST et la protection sociale.

La rareté des publications ou le manque de détails fournis empêchent d'identifier les facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver la collaboration entre les sous-systèmes, ainsi que leurs éventuels impacts sur les travailleurs. Les études de cas réalisées dans le cadre du projet de recherche visaient à combler ces lacunes, apportant ainsi des éclairages précieux sur ces questions. Dès lors, les conclusions de la revue de portée, corroborées par les résultats des études de cas, sont présentées autour de thèmes clés.

► La nature des liens identifiés entre les services de santé au travail et la protection sociale

Quatre conclusions générales émergent du projet de recherche:

- Premièrement, il existe une **grande diversité** dans la nature des liens entre les sous-systèmes selon les contextes. Ceci résulte de la diversité en matière d'architecture institutionnelle de la PSS, de l'assurance contre les accidents du travail et de l'organisation des services de ST, ainsi que de la fragmentation des systèmes et des fonctions qui se traduit par une complexité accrue. Par exemple, il est possible d'établir des liens entre un régime de protection sociale destiné à un groupe spécifique et une fonction précise des services de ST. Cette réalité a mis en évidence la complexité et le défi que représente l'élaboration d'une typologie.
- Deuxièmement, dans la majorité des pays pour lesquels des études ont été identifiées ou des recherches empiriques menées dans le cadre du projet, des **liens multiples** ont été relevés entre les services de ST et les systèmes de protection sociale. Cela découle également de l'architecture variable de ces services et systèmes, qui peuvent être fortement fragmentés et complexes. Les cas présentant le plus d'interactions sont généralement des projets pilotes ou des initiatives dont l'objectif principal est de renforcer la coordination à plusieurs niveaux. Dans d'autres cas, plusieurs liens sont identifiés, mais ils ne sont pas toujours décrits comme étant interconnectés ou interdépendants. En France, par exemple, de nombreux liens existent entre une multitude d'acteurs impliqués dans différentes fonctions des services de ST. L'un de ces liens se matérialise par l'intermédiaire d'un programme pilote mis en œuvre par le régime national d'assurance maladie (Labbe *et al.* 2012). Un autre résulte de l'évolution de l'offre de services proposée par les acteurs de l'assurance maladie complémentaire (Lecomte-Ménahès 2022). D'autres liens, plus institutionnalisés, incluent des relations financières entre le régime d'assurance contre les accidents du travail du système de protection sociale pour les travailleurs non agricoles et le régime national d'assurance maladie (Lancry *et al.* 2007; Commission des comptes de la Sécurité sociale 2021; Ferre 2010).
- Troisièmement, les articles mentionnaient rarement de manière explicite la **fonction** des services de ST, telle que définie dans la convention n° 161 qui faisait l'objet de la coordination avec le système de protection sociale. Dans certains cas, une fonction spécifique était évoquée, mais sans information sur les liens ou interactions avec d'autres fonctions. Dans d'autres cas, services de ST étaient abordés de manière générale, sans référence à des fonctions spécifiques.
- Enfin, si au départ la revue de portée visait à se concentrer sur **la PSS et les services de ST** afin d'identifier des possibilités d'investissements communs dans la prévention, seule une minorité d'articles abordait exclusivement ce sujet. La plupart mettaient en évidence des liens plus larges entre la PSS, les services de ST, les régimes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, ainsi que d'autres dispositifs de protection sociale. Dans les trois études de cas, des interactions ont été relevées entre la PSS, l'assurance contre les accidents du travail et les services de ST, soulignant la difficulté d'isoler la relation entre deux de ces trois systèmes, qui sont étroitement interconnectés sur le plan institutionnel. Par ailleurs, des travaux de recherche plus larges mettent en évidence des interactions avec d'autres branches de la protection sociale, notamment les pensions de vieillesse, les prestations de maladie et les pensions d'invalidité (voir ci-dessous, ainsi que Moser *et al.* 2010; Kittel *et al.* 2014).

La suite du chapitre s'articule autour de la nature des liens entre les services de ST et la protection sociale, tels qu'ils ont été identifiés dans le cadre de la recherche.

Gouvernance intégrée

Il est fréquent que les services de ST soient placés sous la double tutelle du ministère du Travail et du ministère de la Santé (Rantanen *et al.* 2017), où ces ministères coordonnent la supervision de ces services (tel qu'il en est le cas en Colombie, par exemple). Il existe peu de cas rapportés où les acteurs mandatés pour la gouvernance et l'administration de la protection sociale sont spécifiquement impliqués dans la supervision des services de ST. À Madagascar, la Direction de la sécurité sociale des travailleurs (DSST), relevant du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Fonction publique et des Lois sociales (MTEPSLS) supervise les indemnités, les prestations sociales, la prévention sociale, ainsi que la médecine du travail. Cela signifie que la **gouvernance** des services de ST et des fonctions de la protection sociale est assurée par une seule et même institution.

En France, il a été constaté que la Direction de la sécurité sociale, rattachée au ministère du Travail, de la Santé et de la Solidarité¹, et principalement chargée de la gestion de la sécurité sociale, participe aussi à l'élaboration de la politique de prévention. Toutefois, cette politique relève majoritairement de la compétence de la Direction générale du travail, placée sous la même autorité ministérielle (Ferre 2010).

Au Viet Nam, l'Institution de sécurité sociale (VSS) est membre du comité de rédaction des règlements encadrant la mise en œuvre de la Loi sur la sécurité et santé au travail, en particulier en ce qui concerne les dispositions relatives aux régimes d'assurance contre les accidents du travail. En effet, cette loi définit les dispositions relatives à l'assurance contre les accidents du travail, tandis que d'autres régimes sont régis par la Loi sur l'assurance sociale et la Loi sur l'assurance maladie. Cela témoigne potentiellement d'une volonté du législateur de coordonner les politiques de SST et de protection sociale, en adoptant une approche législative intégrée. Une démarche similaire a également été observée par le passé au Paraguay et en Colombie (Flores *et al.* 2017; Álvarez Torres et Casallas 2018).

Dans bien des cas, les études mentionnent que la législation prévoit un niveau d'engagement entre les services de ST et la protection sociale, établissant ainsi une base juridique pour ces collaborations. En revanche, en l'absence de ce cadre légal, ces interactions prennent généralement la forme de projets pilotes mis en œuvre pour une durée limitée. Aucune information n'a été recensée sur la pérennité de ces initiatives ni sur leur éventuelle institutionnalisation.

Mandat intégré des services de santé au travail et de la protection sociale dans une seule institution

Dans certains cas, les travaux de recherche ont mis en évidence l'intégration des mandats relatifs aux services de ST et à la protection sociale au sein d'une même institution.

- ▶ En France, les neuf branches de la protection sociale des travailleurs agricoles et de leur famille sont administrées par la Mutualité sociale agricole (MSA), qui est également responsable de la gestion et de la prestation des services de ST pour ce groupe (Lancry *et al.* 2007).
- ▶ Au Brésil, le système public de santé (c.-à-d. *Sistema Único de Salud*, SUS) est chargé d'assurer plusieurs fonctions des services de ST, notamment la surveillance, la prévention et la fourniture de soins curatifs aux travailleurs touchés par un ATMP (Aguilar et Vasconcellos 2015; Balista *et al.* 2011).
- ▶ Au Québec (Canada), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) est responsable à la fois de l'indemnisation des travailleurs en cas d'ATMP, ainsi que de la supervision et de la gestion des activités de prévention des services de ST et des inspections spécifiques à ces services (Ferre 2010).

Les résultats de la revue de portée sont confirmés par les observations tirées des études de cas.

- ▶ À Madagascar, les services médicaux inter-entreprises (SMIE) sont tenus par décret d'assurer et de couvrir les services de ST, mais aussi des soins de santé qui dépassent le cadre strict de la santé au travail, intégrant ainsi les mandats des services de ST et de la PSS pour les catégories de travailleurs concernés.

¹ La Direction relève également du ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.

- En Colombie, le Système général des risques professionnels (*Sistema General de Riesgos Laborales*, SGRL) est chargé à la fois de fournir des prestations en cas d'accident du travail et d'organiser des activités de prévention et de conseil. Pour ce faire, le Système s'appuie sur des organismes de prévention des risques professionnels (*Administradoras de Riesgos Laborales*, ARL), qu'ils soient publics ou privés. L'intégration de ces deux mandats au sein d'une seule structure favorise les synergies entre leurs objectifs respectifs. En effet, les données issues des demandes d'indemnisation en cas d'accident du travail permettent à certains ARL de concevoir des activités de prévention ciblées.

► Encadré 2. Prestation de protection sociale et de services de santé au travail par un seul organisme pour le secteur agricole en France

Depuis 1930, la Mutualité sociale agricole (MSA) est chargée de la couverture en matière de protection sociale et des services de ST pour les travailleurs agricoles. Elle administre les neuf branches de la protection sociale dédiées à ce secteur, tout en organisant et en fournissant des services de ST. La MSA mène des actions de prévention des ATMP, et chaque entité locale de la MSA intègre des services de ST ou collabore avec des associations spécialisées. L'institution propose ses services à ses membres via un guichet unique, et adopte une approche multidisciplinaire où médecins du travail et conseillers en prévention collaborent au sein d'une même structure. Par ailleurs, il est rapporté que le médecin-conseil de la branche de l'assurance maladie et les médecins traitants coopèrent pour évaluer la capacité d'un membre à reprendre le travail.

Source: Labbe *et al.* 2012

Mise en œuvre de fonctions des services de santé au travail par les administrations de la protection sociale

Certains régimes de protection sociale interviennent également dans la mise en œuvre de fonctions des services de ST. Cette diversité découle des architectures institutionnelles souvent complexes et parfois fragmentées des systèmes de protection sociale et des services de ST dans les différents pays, ainsi que de la multiplicité et de la diversité des acteurs concernés.

Tout d'abord, dans certains cas, les régimes de protection sociale assurent un nombre significatif de fonctions des services de ST (voir le cas du Brésil ci-dessous). Dans d'autres cas, ces régimes ne prennent en charge qu'une ou plusieurs fonctions spécifiques des services de ST, tandis que d'autres acteurs prennent en charge les fonctions restantes. C'est notamment le cas en Fédération de Russie, où le Fonds d'assurance sociale exerce un éventail limité de fonctions des SST, telles que l'analyse des ATMP au sein des entreprises. Sur cette base, des recommandations sont formulées à leur intention en vue de l'application éventuelle de mesures correctives (Alshits et Kulkova 2018).

Deuxièmement, la nature des fonctions des services de ST assurées par les régimes de protection sociale varient considérablement (prévention et promotion, réadaptation, services de conseil ou surveillance). Toutefois, dans de nombreux cas, il s'agit des services de prévention et de réadaptation qui sont assurés par les régimes de protection sociale. En revanche, les fonctions nécessitant des visites sur le lieu de travail (adaptation du poste de travail ou identification et évaluation des risques) sont rarement prises en charge par les mécanismes de protection sociale.

Troisièmement, une grande diversité de régimes de protection sociale participe à la mise en œuvre des fonctions des services de ST: régimes de PSS, régimes de retraite, régimes d'assurance contre les accidents du travail, ou parfois les régimes ne sont pas spécifiés. Les résultats présentés ci-dessous sont organisés en fonction du type de régime de protection sociale responsable de l'exécution des fonctions des services de ST.

Mise en œuvre de fonctions des services de santé au travail par les services de santé nationaux

Au Brésil, en Irlande, en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni, certaines fonctions des services de ST sont assurées par les services de santé nationaux (Jain *et al.* 2021; Persechino *et al.* 2017; García Gómez *et al.* 2006; Aguiar et Vasconcellos 2015; Balista *et al.* 2011). Au Royaume-Uni et en Irlande, ces fonctions concernent principalement les services curatifs, tandis que dans d'autres pays, certaines fonctions liées à la surveillance et à la prévention sont également prises en charge par les services de santé nationaux. Au Brésil, par exemple, le *Sistema Único de Saúde* (SUS) assure plusieurs fonctions des services de ST à travers son réseau de Centres de référence en santé au travail (Cerest)² qui organisent notamment des actions de surveillance et de promotion de la santé (Aguiar et Vasconcellos 2015; Balista *et al.* 2011). Par ailleurs, la déclaration des ATMP auprès de l'Institut national de sécurité sociale brésilien³ est effectuée par les unités de soins primaires du SUS (*ibid.*).

Fonctions des services de santé au travail intégrées dans le panier de prestations des régimes nationaux d'assurance maladie

En France, en Allemagne, en Inde et en Türkiye, une ou plusieurs institutions d'assurance maladie sont responsables, ou du moins impliquées, dans la mise en œuvre de tout ou partie des fonctions des services de ST (Jain *et al.* 2021; Nagaraja *et al.* 2013; Ferre 2010; Labbe *et al.* 2012; Leiva *et al.* 2021; Bulut 2022). En Allemagne, cette mission relève directement de la responsabilité de l'assurance maladie nationale. À l'inverse, en Inde et en France, ces activités sont réalisées dans le cadre de projets pilotes ou de programmes spécifiques qui dépassent le cadre de leur mandat principal. En France, par exemple, les régimes nationaux d'assurance maladie interviennent dans les services de prévention et de réadaptation au travers de programmes pilotes (Ferre 2010; Labbe *et al.* 2012; Leiva *et al.* 2021).

Fonctions des services de santé au travail assurées par d'autres régimes de protection sociale

Au Brésil, en France, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Fédération de Russie et en Türkiye, **plusieurs régimes de protection sociale** autres que la PSS participent à la mise en œuvre de certaines fonctions des services de ST (Alshits et Kulkova 2018; Jain *et al.* 2021; Hansen *et al.* 2019; van Beurden *et al.* 2012; Barreto de Miranda 2018; Lecomte-Ménahès 2022; Daubas-Letourneux 2008). Il s'agit souvent d'une ou de plusieurs fonctions spécifiques des services de ST qui viennent parfois compléter les services fournis par un mécanisme de PSS ou d'autres acteurs. La nature des fonctions prises en charge varie considérablement, allant de l'analyse des données sur les ATMP en France et en Fédération de Russie, à la prestation (et au financement) de services de réadaptation au Brésil, en Italie et aux Pays-Bas. Cependant, dans la majorité des cas analysés, les services de ST assurés par les régimes de protection sociale sont surtout des services de prévention et de réadaptation. Cette observation est confirmée par les études de cas, comme celle de Madagascar, où la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNaPS) met en œuvre des activités de surveillance et de prévention.

En Allemagne et aux Pays-Bas, le système de protection sociale assure des fonctions des services de ST pour des catégories spécifiques de la population. Les régimes chargés de la mise en œuvre de ces activités varient considérablement. Dans certains cas, cette responsabilité incombe à l'administration de la sécurité sociale (comme à Madagascar), tandis que dans d'autres, elle relève spécifiquement des régimes d'assurance contre les accidents du travail ou, en Allemagne, des régimes de pensions. Ici, les régimes de pensions jouent un rôle clé dans la réadaptation professionnelle et la prévention pour préserver et renforcer la capacité de travail (Moser *et al.* 2010; Kittel *et al.* 2014).

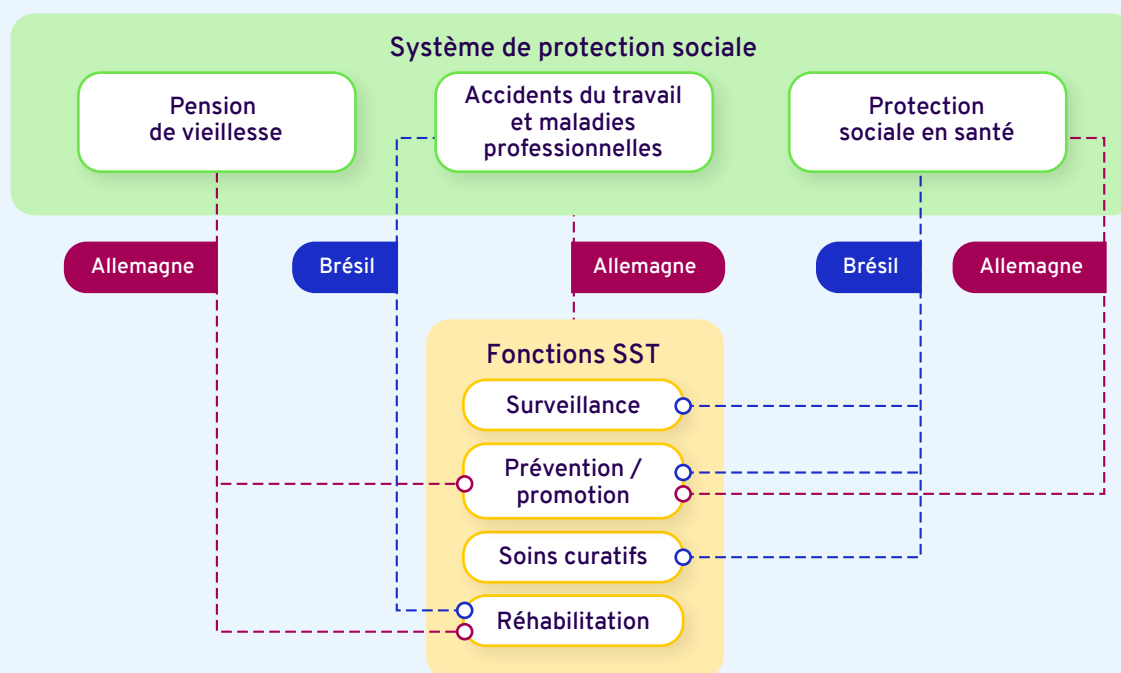
Dans certains cas, la mise en œuvre des fonctions des services de ST par les régimes de protection sociale repose sur une base légale, tandis que dans d'autres, il s'agit de projets pilotes ou d'initiatives isolées. Dans ces cas-là, il n'a pas été possible au travers de cette recherche de déterminer dans quelle

² Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

³ Instituto Nacional de Seguro Social

mesure ces fonctions des services de ST sont coordonnées ou pleinement intégrées à l'architecture institutionnelle formelle des services de ST. À Madagascar, par exemple, les activités de prévention mises en œuvre par la CNaPS conformément à la législation sont perçues par certains employeurs comme un chevauchement des responsabilités de la DSST.

► Figure 7. Liens identifiés au Brésil et en Allemagne



Prestation et couverture de services de santé généraux par les services de santé au travail

À Madagascar, les entités chargées de l'administration des services de ST assurent également la prestation de services de santé curatifs généraux et des services de santé publique pour leurs membres, intégrant ainsi les objectifs et la mission élargis des mécanismes de PSS. Les services médicaux inter-entreprises (SMIE) sont, de par la loi, tenus de fournir et de couvrir des services de santé dépassant le cadre de la santé au travail, non seulement pour les travailleurs affiliés, mais aussi pour les membres de leur famille. Ces services incluent, par exemple, des prestations de santé publique ainsi que des services de diagnostic. Dans un contexte marqué par la fragmentation et la faible couverture légale des mécanismes de PSS à Madagascar, les SMIE comblent une lacune, en garantissant l'accès à des services de santé pour une partie des travailleurs, principalement issus de l'économie formelle, ainsi que celles leur famille.

Les acteurs concernés rapportent que cette intégration favorise des synergies dans la prestation des services, notamment grâce à l'échange d'informations entre les médecins du travail et les médecins généralistes au sein des SMIE pour le contrôle et le suivi de l'état de santé des travailleurs (OIT 2023b).

Administration de prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle par des régimes de protection sociale couvrant d'autres éventualités

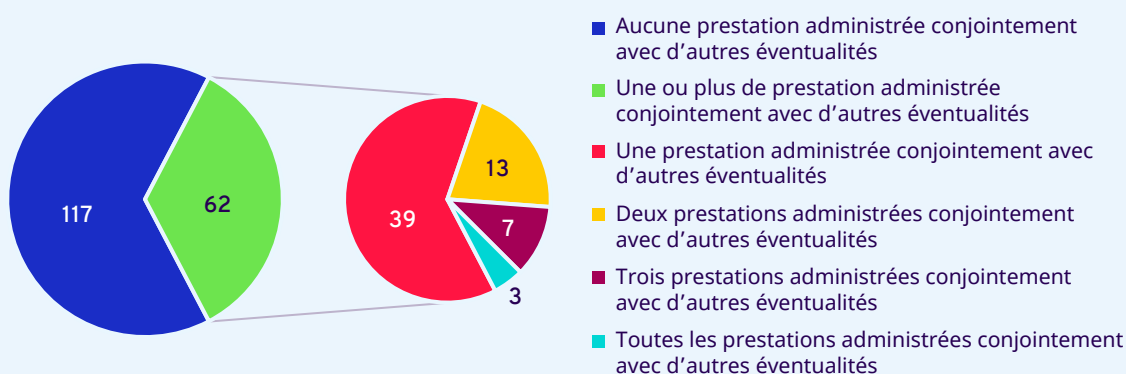
Bien que ce ne soit pas l'objectif principal de cette recherche, l'analyse documentaire et les études de cas ont mis en lumière des liens entre les régimes de protection sociale, notamment en ce qui concerne l'administration d'une ou de plusieurs des quatre garanties relatives aux risques professionnels par des régimes couvrant d'autres éventualités. Ces liens peuvent résulter d'un choix intentionnel ou non.

Prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle intégrées à la gestion d'autres risques dans le système de protection sociale à dessein dès leur conception

Les normes internationales de sécurité sociale reconnaissent les ATMP comme une éventualité distincte, définie par des paramètres spécifiques. Les soins médicaux et les indemnités correspondants peuvent être organisés et gérés de différentes manières, dont la diversité est mise en évidence dans la littérature et les études de cas.

Les prestations en cas d'accident du travail sont souvent administrées par une branche distincte de la sécurité sociale, ce qui est le cas dans 117 pays selon la base de données mondiale sur la protection sociale. Toutefois, dans certains pays, les différentes prestations en cas d'ATMP sont administrées avec d'autres prestations de nature similaire. Une analyse des données disponibles sur les dispositions légales relatives aux garanties en cas d'ATMP a révélé que dans 62 pays, au moins un type de prestation en cas d'ATMP est administré en partie ou en totalité par des régimes couvrant d'autres éventualités du système de protection sociale (voir figure 8 et tableau 1).

► Figure 8. Nombre de pays dans lesquels les prestations en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle sont administrées conjointement avec d'autres éventualités couvertes par le système de protection sociale



Source: d'après AISS, Régimes de sécurité sociale dans le monde – Profils des pays

► **Tableau 1. Nombre de pays dans lesquels au moins une prestation destinée aux travailleurs touchés par des ATMP est administrée conjointement avec d'autres éventualités**

Type de prestation ATMP	Nombre de pays dans lesquels elles sont administrées conjointement avec d'autres garanties
Soins médicaux	23
Incapacité temporaire	15
Incapacité permanente	9
Prestations de survivants	49

Source: d'après AISS, Régimes de sécurité sociale dans le monde – Profils des pays

Cette observation a également été confirmée par les études de cas. Au Viet Nam, par exemple, les soins médicaux destinés aux travailleurs touchés par un ATMP sont pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, tandis que les prestations destinées aux survivants sont couvertes par le régime dédié aux survivants⁴. Le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles gère les prestations d'incapacité temporaire et d'autres prestations (voir étude de cas dans la seconde partie). Quant aux employeurs, ils sont tenus de prendre en charge les prestations pour les travailleurs qui ne sont pas couverts par les régimes de protection sociale et de rembourser le ticket modérateur pour les services de santé à la charge des travailleurs (lequel peut également faire l'objet d'un remboursement partiel par le régime des accidents du travail).

En Colombie, un mécanisme administratif de nature similaire est en place. Les services pour les ATMP pris en charge par les ARL doivent être dispensés par l'intermédiaire des réseaux d'administrateurs du système de PSS (les Organismes de promotion de la santé ou EPS, de l'espagnol *Entidades Promotoras de Salud*)⁵. Les EPS récupèrent les coûts des services auprès des ARL pour les travailleurs couverts par ceux-ci, une fois que l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie est dûment confirmée. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer les gains d'efficacité de ce modèle, ses limites, ainsi que les implications pour les travailleurs affectés. Par ailleurs, les ARL remboursent également le Système général de sécurité sociale en santé (*Sistema General de Seguridad Social en Salud*, SGSSS) pour les prestations en espèces d'invalidité versées dans les cas où l'origine professionnelle de l'invalidité a été confirmée. Au Viet Nam, aucun mécanisme n'a été identifié pour le remboursement, par le régime d'assurance contre les accidents du travail, des coûts supportés par le régime d'assurance maladie. Dans d'autres contextes, les documents analysés ne fournissent aucune information sur les modalités de financement lorsque ce type de dispositif est adopté.

Ces résultats soulignent la nécessité d'approfondir les recherches, car aucune évaluation comparative n'a été effectuée pour vérifier l'alignement de ces dispositifs avec les normes de l'OIT relatives à l'assurance contre les accidents du travail. En particulier, il serait pertinent d'étudier si cette gestion conjointe de prestations de nature similaire, mais couvrant différentes éventualités, garantit un niveau différencié de prestations et des conditions d'éligibilité conformes aux normes internationales de la sécurité sociale. Il est important d'approfondir les recherches sur la manière dont ces prestations conservent leurs spécificités tout en étant gérés conjointement avec d'autres prestations de sécurité sociale afin de réaliser des économies d'échelle, un enjeu crucial pour les pays disposant de ressources limitées. Par exemple, les normes prévoient des conditions d'éligibilité distinctes et des niveaux minimaux de prestations dans le cas particulier des ATMP⁶. Les prestations ne devraient pas être soumises à des conditions d'éligibilité et devraient être plus avantageuses que celles accordées en cas de maladie,

⁴ C'est ce que prévoient la Loi sur l'assurance maladie de 2008, révisée en 2014, et la Loi sur la sécurité et la santé au travail de 2015.

⁵ Seuls les services de réadaptation professionnelle et de médecine du travail pris en charge par les ARL ne sont pas dispensés par ce mécanisme.

⁶ En particulier, les soins médicaux accordés aux victimes d'accidents du travail sont plus complets que ceux proposés dans le cadre des prestations de maladie. Conformément à la convention n° 102, les travailleurs victimes d'un accident ont droit à l'ensemble des soins nécessaires, y compris la fourniture et l'entretien de prothèses, de lunettes et de soins dentaires, sans limite de durée ni de frais à leur charge. En ce qui concerne les prestations en espèces, le montant des indemnités pour accidents du travail est supérieur à celui des prestations de maladie, d'invalidité ou de survivants. Il convient de rappeler que le principe fondamental exige qu'aucune condition d'éligibilité liée à la durée d'emploi, à l'assurance ou au paiement des cotisations ne doit être appliquée aux prestations en cas d'accident du travail.

d'invalidité ou de survivants. Concernant les prestations de santé, les normes prévoient la possibilité de les gérer en coordination avec le régime général⁷. Il convient d'entreprendre des recherches pour déterminer si ces dispositions permettent d'atteindre des niveaux de prestations adéquats, et si elles favorisent la déclaration des ATMP, ce qui est essentiel pour identifier des mesures préventives. Il est également primordial d'examiner les modalités de financement applicable dans ces situations.

Prestations ATMP prises en charge de facto par des régimes de protection sociale couvrant d'autres éventualités

Contrairement aux cas précédemment évoqués, les publications analysées et les études de cas mettent également en lumière des situations dans lesquelles les prestations destinées aux travailleurs affectés par des ATMP sont prises en charge par des régimes couvrant d'autres éventualités du système de protection sociale, mais sans que cela résulte d'un choix de conception. Ce phénomène concerne principalement les mécanismes de PSS et résulte de deux facteurs principaux:

- ▶ premièrement, la couverture limitée des prestations en espèces en cas d'accident du travail dans de nombreux PRFI, comme souligné dans l'introduction (OIT 2024b); et
- ▶ deuxièmement, même lorsque les travailleurs sont affiliés et cotisent aux régimes d'assurance contre les accidents du travail, divers obstacles empêchent l'accès effectif aux prestations (voir encadré 3).

► Encadré 3. Obstacles potentiels à l'accès aux prestations en cas d'accident du travail

De nombreux facteurs peuvent entraver l'accès effectif des travailleurs couverts par une assurance contre les accidents du travail aux prestations. En voici une liste non exhaustive:

- ▶ une définition restrictive des maladies professionnelles, c'est-à-dire la liste des affections médicales ouvrant droit à une indemnisation. Au Viet Nam, par exemple, le régime d'assurance contre les accidents du travail ne reconnaît actuellement que 35 maladies. Sont ainsi exclus les troubles musculosquelettiques d'origine professionnelle et les risques psychosociaux, tels que le stress et l'anxiété au travail;⁸
- ▶ des difficultés à établir un lien de causalité entre une maladie et les facteurs de risque présents dans l'environnement de travail, en particulier pour les pathologies liées à la santé mentale;
- ▶ des connaissances limitées de l'origine professionnelle de certaines maladies par les médecins généralistes, entraînant un sous-diagnostic;
- ▶ la longue période de latence de certaines maladies, notamment celles liées à l'exposition à l'amiante;
- ▶ des incitations à la sous-déclaration de la part des employeurs, notamment en raison des méthodes de calcul des cotisations adoptées pour l'assurance contre les accidents du travail (telles que la tarification par incidence); et
- ▶ des obstacles à la déclaration de la part des travailleurs concernés, notamment par crainte de représailles ou de perte d'emploi (un sentiment renforcé par le point précédent). S'y ajoutent la complexité et la lourdeur des procédures administratives requises pour déposer une demande d'indemnisation.

Source: Cheng *et al.* 2019; Kyung *et al.* 2023; Commission des comptes de la Sécurité sociale 2021; OIT 2013.

Ces obstacles n'affectent généralement pas l'accès aux prestations pour d'autres éventualités couvertes par les systèmes de protection sociale dans les mêmes proportions. En conséquence, les travailleurs concernés par un ATMP recourent parfois à d'autres régimes ayant un champ d'application plus large

⁷ L'article 11 de la convention n° 121 stipule que dans le cadre d'un régime général de santé, les conditions d'éligibilité peuvent être identiques, quelle que soit la nature de l'événement.

⁸ Circulaire n° 15/2016/TT-BYT du 15 mai 2016, modifiée par la Circulaire n° 02/2023/TT-BYT du 9 février 2023.

afin de surmonter tout ou partie des difficultés susmentionnées. Il ressort également de l'encadré que de nombreux défis sont propres aux maladies professionnelles, soulignant l'interaction cruciale et complexe entre les régimes d'assurance contre les accidents du travail et les dispositifs de PSS, ainsi que des implications majeures pour la prévention et l'indemnisation de ces maladies.

La documentation et les études de cas ont mis en évidence plusieurs implications de ce phénomène. En Colombie, les travailleurs de l'économie informelle qui ne sont pas couverts par le Système général des risques professionnels peuvent accéder aux services médicaux dans le cadre du régime subventionné du système de PSS. Ce régime assure actuellement une couverture quasi universelle dans le pays. Comme ce dernier ne contrôle pas l'origine des accidents ou des maladies, il se peut que les ATMP ne soient pas systématiquement enregistrés. Ce problème a été identifié par les parties prenantes, qui ont indiqué que des mesures sont prévues à cet égard pour garantir la collecte de données essentielles en vue de mettre au point des mesures préventives. Une autre difficulté, également soulevée par les parties prenantes et en lien avec les situations décrites dans l'encadré 3, tient au fait que certains travailleurs couverts par le SGRL ne parviennent pas à accéder aux prestations auxquelles ils ont droit. En conséquence, les soins sont pris en charge par le régime d'assurance maladie, tandis que les prestations en espèces en cas d'invalidité relèvent du système de pension.

La documentation met également en évidence ce phénomène à Taïwan (Chine) et en France, où les régimes nationaux d'assurance maladie couvrent de facto les prestations médicales pour les travailleurs victimes d'ATMP (Cheng *et al.* 2019; Commission des comptes de la Sécurité sociale 2021). À Taïwan (Chine), cette situation serait principalement due aux obstacles administratifs limitant l'accès aux prestations du régime d'assurance contre les accidents du travail, ainsi qu'à sa faible couverture effective. En France, elle s'explique avant tout par un sous-diagnostic et une sous-déclaration des cas.

Dans ces cas, les dépenses liées aux ATMP sont supportées par d'autres régimes, ce qui soulève la question du transfert des coûts entre les différents régimes de protection sociale. Certaines études ont cherché à quantifier ces transferts, notamment à Taïwan (Chine), où le régime national d'assurance maladie prend en charge les prestations médicales, et aux États-Unis, où l'assurance invalidité supporte les coûts des prestations en espèces en cas d'ATMP (Cheng *et al.* 2019; O'Brien *et al.* 2012). En France, en reconnaissance de ce phénomène, un mécanisme spécifique a été mis en place pour évaluer et rembourser à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie les coûts des services médicaux fournis aux personnes affectées par un ATMP non déclaré auprès du régime des accidents du travail des travailleurs non agricoles (Commission des comptes de la Sécurité sociale 2021).

Liens financiers

La recherche a également mis en évidence des liens financiers entre les services de ST et les systèmes de protection sociale.

Dans bien des cas, l'analyse documentaire n'a pas fourni d'informations sur les sources de financement utilisées par les régimes de protection sociale lorsqu'ils assurent directement la prestation des services de ST, comme illustré précédemment. Cependant, les données disponibles issues de cette recherche attestent de l'existence de transferts financiers entre les systèmes de protection sociale et les prestataires de services de ST, dont la nature, l'origine et les bénéficiaires varient selon les contextes. Ces différences s'expliquent par l'architecture institutionnelle propre à chaque pays et par les acteurs mandatés pour organiser et fournir les services de ST.

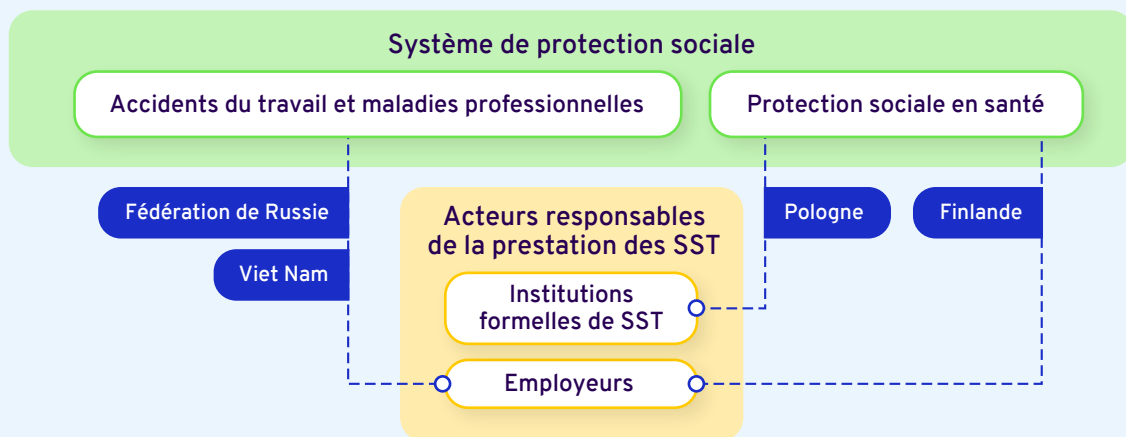
En Finlande et en Fédération de Russie, le système de protection sociale rembourse les **employeurs** pour les dépenses engagées dans l'organisation des services de ST dont ils ont la charge (Tynkkynen *et al.* 2016; Keskimäki *et al.* 2019; Alshits et Kulkova 2018). En Finlande, ces remboursements sont effectués par le régime de PSS, tandis qu'en Fédération de Russie, ils sont pris en charge par le régime d'assurance contre les accidents du travail.

Ce dispositif se confirme également au Viet Nam. Le régime d'assurance contre les accidents du travail est tenu d'allouer jusqu'à 10 pour cent de ses revenus au financement d'activités de «mutualisation des risques» et de prévention des ATMP, ainsi que de rembourser les dépenses engagées par les employeurs.

pour l'organisation des services de ST, conformément à l'article 56 de la Loi sur la sécurité et la santé au travail de 2015 et au Décret 88/2020/ND-CP.

D'un autre côté, le régime national d'assurance maladie en Pologne est chargé de contribuer au financement des **centres régionaux de santé au travail**, qui assurent plusieurs fonctions des services de ST (Rydlewska-Liszkowska 2002). De même, au Viet Nam, les résolutions portant sur les programmes nationaux de santé et de sécurité au travail prévoient une mise en commun des ressources, notamment celles du fonds d'assurance maladie et du régime d'assurance contre les accidents du travail, afin d'augmenter le financement disponible pour ces initiatives. Il n'est cependant pas clair que cela se produise dans la pratique.

► Figure 9. Transferts financiers entre les régimes de protection sociale et les acteurs chargés de la prestation des services de santé au travail



Les institutions de protection sociale financent fréquemment des initiatives de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Une enquête de l'OIT menée auprès d'institutions de protection sociale dans 24 pays a analysé la part des dépenses du régime d'assurance contre les accidents du travail allouée à la prévention dans neuf d'entre eux (OIT 2013). Elle a toutefois conclu que cette part restait globalement faible. D'un point de vue systémique, les investissements dans la prévention et la réadaptation peuvent être particulièrement rentables pour le système de protection sociale. Des données en provenance de l'Australie montrent, par exemple, que ces investissements peuvent réduire considérablement le nombre de demandes d'indemnisation en cas d'accident du travail et, par conséquent, alléger la charge du régime (Martin *et al.* 2009). Ces investissements et transferts peuvent également apporter des ressources précieuses à un secteur souvent sous-financé, tout en favorisant potentiellement l'accès aux services de ST. En effet, les fonds alloués aux services de ST proviennent généralement d'une combinaison de contributions des employeurs et du régime d'assurance contre les accidents du travail (Rantanen *et al.* 2017). Dans la plupart des cas, ces sources de financement n'atteignent pas les travailleurs de l'économie informelle. Toutefois, si ces fonds sont alloués à des activités ou à des institutions susceptibles de toucher un public plus large (comme en Pologne, où ils sont affectés à des centres publics de santé au travail), les investissements publics peuvent contribuer à faciliter l'accès aux services de ST, y compris pour des catégories de travailleurs jusque-là exclues.

Orientation des cas et échange d'informations

Enfin, la recherche a également identifié des cas d'échange d'informations ou d'orientation de cas entre les services de ST et les régimes de protection sociale, mais ces pratiques demeurent exceptionnelles. Les seuls exemples identifiés proviennent du Programme de surveillance intégrale de la santé en Espagne, qui a favorisé l'intégration de diverses fonctions des services de ST avec la protection sociale (García Gómez *et al.* 2006). Ici, les inspecteurs médicaux, les évaluateurs d'invalidité et d'autres spécialistes déterminent conjointement le caractère professionnel d'un cas spécifique, et les travailleurs diagnostiqués d'une maladie professionnelle sont orientés vers le système de protection sociale pour obtenir des prestations d'incapacité temporaire. De même, lors de l'élaboration d'un registre des travailleurs exposés à l'amiante, des données ont été collectées auprès de plusieurs institutions, notamment les services de santé nationaux et l'institut de sécurité sociale.

En Colombie, compte tenu des remboursements mentionnés précédemment, les administrateurs des ARL et des régimes de PSS échangent des informations sur la prestation des services aux travailleurs affiliés aux ARL. En raison de ces liens, les employeurs sont tenus de déclarer les ATMP à la fois aux EPS et aux ARL, conformément au Décret-loi 1295 de 1994.

L'échange d'informations rapporté entre les médecins du travail employés par les entreprises et les médecins généralistes des services de santé nationaux en Italie est un autre exemple de ce type de lien (Persechino *et al.* 2017).



► Les thèmes transversaux

La grande complexité des liens entre les services de ST et les systèmes de protection sociale, résultant elle-même de la diversité des modes d'organisation et de gestion de ces systèmes, constitue un véritable obstacle et ne permet pas de tirer des leçons ou des enseignements généraux. Cela étant, l'analyse de la documentation et des études de cas présentée dans la section précédente a permis d'identifier quatre axes de recherche à approfondir. Ces thématiques sont présentées dans ce chapitre.

Liens absents ou rarement observés

Dans le cadre de cette analyse, il est essentiel de ne pas uniquement se concentrer sur les liens identifiés dans la documentation ci-dessus, mais également de considérer ceux qui, bien que pas ou moins fréquemment observés, peuvent être raisonnablement déduits. Bien que cette absence puisse être attribuée aux limites inhérentes à la méthodologie de la revue de portée, notamment à la prédominance de la littérature issue de pays européens, elle peut néanmoins révéler des pistes de recherche à approfondir.

- Les références sont limitées concernant **l'orientation des cas** entre les services de ST et les régimes de protection sociale, ou entre les différentes branches du système de protection sociale en cas d'ATMP. Pourtant, une telle orientation serait particulièrement pertinente si, par exemple, un examen médical professionnel obligatoire révélait une condition d'origine non professionnelle.
- Des fonctions telles que la **surveillance** de la santé des travailleurs, la collaboration et la participation à l'analyse des maladies professionnelles pourraient également relever du domaine des soins de santé primaires. Toutefois, cette intégration n'a été observée qu'au Brésil, en Colombie et en Espagne.
- Compte tenu du niveau de couverture plus élevé des mécanismes de PSS par rapport à celui de l'assurance contre les accidents du travail ou à la portée des services de ST, il serait pertinent d'envisager des initiatives conjointes visant à élargir l'accès à ces deux derniers. Celles-ci pourraient inclure des orientations de cas, des campagnes de sensibilisation conjointes ou encore l'échange de données administratives. Toutefois, aucune initiative de ce type n'a été recensée. Il convient donc d'entreprendre des recherches supplémentaires pour les identifier et évaluer leur impact potentiel sur la réduction des cas d'ATMP, une démarche qui pourrait également présenter un avantage financier pour les mécanismes de PSS.
- À l'inverse, en raison de leur intégration potentielle sur le lieu de travail, les acteurs mettant en œuvre les services de ST pourraient également **informer** les travailleurs et les employeurs sur leurs droits et responsabilités en matière de protection sociale et les démarches pour s'y affilier. Si cette pratique a été mise en évidence dans le cas des Services médicaux inter-entreprises à Madagascar, aucune initiative similaire n'a été recensée ailleurs.
- Enfin, il ressort de l'analyse que les régimes de protection sociale jouent un rôle dans le financement et la mise en œuvre d'activités de prévention. Cependant, l'articulation de ces actions avec l'architecture des SST existante, notamment au niveau de l'entreprise, demeure souvent floue. De même, il n'est pas toujours clair si les régimes de protection sociale – et les mécanismes de PSS en particulier – collaborent avec les acteurs des services de ST pour mener des **initiatives conjointes de promotion et de prévention**. Cette question est étroitement liée au thème suivant.

Liens ou coordination?

Le deuxième constat tiré de la littérature et des études de cas est que la présence de liens entre les services de ST et la protection sociale ne garantit pas une coordination efficace entre les différentes parties prenantes responsables de leur supervision, leur organisation ou leur gestion.

Dans la recherche, la coordination ou les synergies ont été mises en évidence exclusivement dans les cas impliquant une intégration complète des services de ST et de la protection sociale. En Colombie, l'intégration des SST et de l'assurance contre les accidents du travail au sein des ARL favorise la collaboration et les synergies entre ces sous-systèmes, comme mentionné précédemment. Ceci est également le cas à Madagascar en relation à l'intégration des SST et de la PSS au sein des SMIE. Par ailleurs, dans le cadre de cette analyse, seuls quelques articles identifiés dans la revue de portée font référence de manière favorable à la coordination. C'est notamment le cas des articles concernant le Programme de surveillance intégrale de la santé en Espagne pour les travailleurs exposés à l'amiante, dans lesquels le travail conjoint est mis en avant (García Gómez *et al.* 2006; García Gómez 2014), ainsi que ceux sur l'approche pluridisciplinaire de l'administration de la MSA en France (Lancry *et al.* 2007).

► Encadré 4. Programme de surveillance intégrale de la santé en Espagne

Lancé en 2002, le Programme de surveillance intégrale de la santé visait à promouvoir l'uniformisation et l'harmonisation du suivi et de la surveillance des travailleurs exposés à l'amiante à l'échelle nationale. Son objectif était d'améliorer le diagnostic et le signalement des cas, tout en facilitant l'accès des travailleurs affectés aux prestations de protection sociale (García Gómez *et al.* 2006). Le programme comprend sept grandes activités, notamment: l'élaboration d'un registre des travailleurs exposés à l'amiante; la mise en place et la facilitation des procédures d'accès aux examens médicaux post-exposition; l'instauration d'une surveillance continue de la santé après exposition; et la promotion de la reconnaissance médicale et juridique des maladies liées à l'amiante (García Gómez *et al.* 2006). Grâce à ces initiatives, les acteurs de la protection sociale, de la santé et des services de ST ont travaillé en étroite collaboration et coordonné leurs actions de diverses façons, ce qui a permis d'établir plusieurs liens.

- L'unité créée dans le cadre du programme rassemble des inspecteurs médicaux, des évaluateurs d'invalidité et d'autres spécialistes afin de déterminer conjointement le caractère professionnel d'un cas spécifique. Compte tenu du caractère pluridisciplinaire des professionnels impliqués, des formations en santé au travail ont été dispensées aux professionnels des services de santé nationaux, notamment sur le rôle de l'exposition professionnelle dans l'émergence des pathologies.
- L'élaboration du registre des travailleurs exposés repose sur la collecte de données issues de plusieurs institutions, parmi lesquelles les autorités du travail, les services de santé autonomes, le système public de santé, l'institut de sécurité sociale et les mutuelles.
- Les services de santé nationaux sont chargés de la surveillance sanitaire des travailleurs ayant été exposés à l'amiante dans le cadre de leur activité professionnelle après leur départ à la retraite ou un changement d'activité. Cette supervision inclut la réalisation d'examens médicaux. Il est à noter que cette responsabilité incombe aux employeurs pour leur personnel actuel.
- Le système d'assurance sociale prend en charge le coût des examens médicaux préventifs pour les travailleurs qui ont été exposés à l'amiante et ont cessé leur activité à risque, que ce soit dans le cas d'un départ à la retraite ou d'un changement d'employeur.
- Les travailleurs ayant reçu un diagnostic de maladie professionnelle dans le cadre du programme sont orientés vers le système de protection sociale pour bénéficier de prestations d'incapacité temporaire.

Au total, le Programme de surveillance intégrale de la santé a permis de multiplier par six le nombre de travailleurs inscrits dans le registre au cours des trois premières années de sa mise en œuvre. En décembre 2012, 35 630 travailleurs étaient enregistrés (García Gómez 2014).

D'un autre côté, plusieurs articles sur le Brésil soulignent les défis de coordination rencontrés par les différentes institutions du *Sistema Único de Saúde* (SUS) impliquées dans la prestation des services de ST. Ces difficultés incluent notamment la fragilité de la coordination entre le CEREST et le SUS, ainsi que la fragmentation des mécanismes de surveillance de la santé au travail au sein des unités de soins de santé primaires (Aguiar et Vasconcellos 2015; Balista *et al.* 2011).

De manière générale, la multiplicité des acteurs et la séparation institutionnelle des fonctions liées aux services de ST et à la protection sociale entravent souvent la collaboration, y compris en Corée du Sud (Yum 2006), mais aussi au Viet Nam et en Colombie. En Colombie, la coordination serait limitée entre les ARL et les administrateurs de la PSS. À l'inverse, selon certaines analyses les dispositifs institutionnels en place créent des incitations au transfert de coûts, ce qui freine la coopération. En outre, les écarts de couverture entre les services de ST et le mécanisme de PSS, ainsi que la diversité des publics ciblés par les activités de prévention et de promotion de la santé au travail en Colombie limitent les possibilités d'initiatives conjointes. En effet, les services de ST s'adressent principalement aux travailleurs des entreprises affiliées, et seules quelques ARL élargissent activement leur champ d'action. Cette situation compromet les collaborations potentielles avec les institutions de PSS pour inclure les travailleurs du secteur informel par exemple. Par ailleurs, la documentation souligne également les difficultés de coopération entre les médecins du travail et les autres professionnels de santé, notamment en raison de la communication limitée, voire conflictuelle, entre ces deux secteurs (Mori 2018; Persechino *et al.* 2017).

En effet, dans plusieurs cas, même lorsque plusieurs liens coexistent, ils restent largement indépendants. Ce phénomène a déjà été mis en évidence, notamment dans le cas de la France.

Couverture, qualité et exhaustivité des services de santé au travail ?

Le troisième thème majeur qui se dégage de l'analyse est que l'accès aux services de ST pour les travailleurs de l'économie informelle pourrait être favorisée par leur intégration au sein des régimes de protection sociale, en particulier des régimes de PSS, comme l'illustre le cas du Brésil. Comme souligné en introduction, la portée des services de ST reste faible à l'échelle mondiale, notamment dans les contextes où le travail informel est très répandu et où certaines catégories de travailleurs peuvent être exclues (par exemple, les travailleurs indépendants). L'intégration des services de ST dans les mécanismes de PSS ou la fourniture de certaines fonctions des SST par les régimes de PSS pourrait conduire à des niveaux de couverture plus élevés, y compris pour les travailleurs de l'économie informelle.. C'est dans ce cadre que l'intégration des services de ST aux soins de santé primaires ou aux activités de promotion de la santé est promue, afin d'élargir l'accès à certaines de leurs fonctions, en particulier pour les travailleurs indépendants et les travailleurs informels (voir par exemple Govender et Rajaram 2018; Buijs *et al.* 2012; Dias et de Lima 2022). Bien que cette approche puisse offrir une solution pour améliorer l'accès aux services de ST pour ces travailleurs, des aspects tels que le type de fonctions prises en charge, ainsi que la qualité et la multidisciplinarité des services fournis dans le cadre de cette modalité, nécessitent des informations et des analyses supplémentaires.

Plusieurs articles soulignent en effet des difficultés en matière de qualité et d'exhaustivité des services de ST lorsqu'ils sont intégrés aux mécanismes de PSS. Au Royaume-Uni, ces services sont assurés par des médecins traitants ou du personnel infirmier, qui ne sont pas systématiquement experts dans le domaine de la santé au travail (Jain *et al.* 2021). Au Brésil, de nombreux rapports mettent en évidence les difficultés d'intégration des services de ST au sein du SUS. Ils y occupent en effet une place périphérique, puisque les soins curatifs sont privilégiés au détriment de la surveillance et de l'amélioration des conditions de travail, ainsi que des activités de prévention et de promotion de la santé (Leão et Carvalho Castro 2013; voir aussi Aguilar et Vasconcellos 2015).

Ces observations reflètent les résultats d'enquêtes sur l'intégration des services de ST au sein des unités de soins primaires, où les compromis nécessaires entre l'extension de la portée des services de ST et la garantie de leur qualité et de leur exhaustivité sont souvent soulignés (Untimananon *et al.* 2022; Kirkland *et al.* 2017). Dans ce type d'approche, il est donc essentiel de s'assurer que la qualité et l'exhaustivité de ces services sont maintenues, veillant notamment à maintenir une offre complémentaire pour les fonctions qui ne sont pas facilement prises en charge par les mécanismes de PSS, telles que l'hygiène, l'ergonomie et l'ingénierie de la sécurité au travail.

Une problématique inverse est observée à Madagascar, où les SMIEs fournissent des services de santé qui ne relèvent pas du champ d'application de la médecine du travail. Cela peut impacter leur capacité à assurer la prestation complète des fonctions essentielles des services de ST. Le personnel des SMIE serait principalement affecté à la prestation de soins de santé généraux, y compris aux membres des familles des travailleurs affiliés, ce qui limite leur capacité à s'engager dans les activités préventives.

Vers la protection sociale universelle et adéquate

Enfin, un enjeu transversal concerne les écarts de couverture asymétriques entre les différents régimes de protection sociale. En particulier, la couverture en droit et effective limitée des assurances contre les accidents au travail, ainsi que des difficultés d'accès aux prestations génèrent de nombreux défis. Chacune des trois études de cas illustre un éventail de problématiques relatives à ce sujet.

En Colombie, le Système général des risques professionnels offre une couverture limitée à plus de la moitié de la population active (CCS 2024; OIT s.d. a). En revanche, le Système général de sécurité sociale en santé se distingue par son universalité, offrant une protection à 99,1 % de la population (Ministère de la Santé et de la Protection sociale de Colombie 2023b). Cette situation, associée aux défis rencontrés par les travailleurs pour établir le lien entre leur activité professionnelle et les pathologies ou traumatismes subis, conduit à ce que les prestations médicales en cas d'accident du travail pour une large part de la main-d'œuvre soient prises en charge par le SGSSS. En effet, le SGSSS couvre ces services non seulement pour les travailleurs non affiliés au SGRL, mais aussi pour ceux qui y sont affiliés, mais dont les ATMP ne sont pas reconnus. Comme mentionné précédemment, ce phénomène ne se limite pas à la Colombie: des études menées à Taïwan (Chine) et en France montrent que les régimes d'assurance maladie supportent une part significative des coûts des soins prodigués aux travailleurs affectés par des ATMP non déclarés (Cheng *et al.* 2019; Commission des comptes de la Sécurité sociale 2021). Étant donné que les mécanismes de PSS affichent une couverture effective plus élevée que les dispositifs d'indemnisation des accidents du travail au niveau mondial, ce phénomène pourrait être plus répandu qu'il n'y paraît. Il illustre également qu'en l'absence de systèmes de protection sociale universels et complets, des transferts de coûts entre les régimes sont possibles.

Au Viet Nam, en revanche, les prestations médicales en cas d'ATMP sont couvertes par le fonds d'assurance maladie dès la conception. Celui-ci couvre 93,35 pour cent de la population, garantissant ainsi un accès quasi universel à ces services pour les travailleurs (VSS 2024). Ainsi, ce modèle peut favoriser non seulement un accès rapide et effectif aux soins, mais peut également soutenir l'identification précoce des maladies professionnelles, et peut potentiellement simplifier les démarches administratives, tant pour le système de protection sociale que pour les travailleurs et les employeurs. Toutefois, comme mentionné précédemment, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'adéquation des prestations versées, ainsi que la soutenabilité et l'équité du financement. Par ailleurs, le taux de couverture effective des prestations en espèces pour les ATMP reste faible, ce qui signifie qu'une grande partie de la population active ne bénéficie pas de garanties complètes dans ces cas. Cette situation concerne également les travailleurs de l'économie informelle à Madagascar et en Colombie. Or, la protection financière contre les coûts des soins de santé et la sécurité de revenu en cas d'incapacité temporaire ou permanente liée à un ATMP sont complémentaires et étroitement liées. L'absence de l'une peut compromettre l'efficacité de l'autre, que ce soit pour prévenir la pauvreté ou pour maintenir, restaurer et améliorer la santé des travailleurs.

À l'inverse, à Madagascar, la faible couverture des mécanismes de PSS aurait conduit les SMIE à assurer la prise en charge et la prestation des services de santé au-delà de la médecine du travail. En effet, si la couverture des SMIE est prise en compte, la couverture effective des mécanismes de PSS dans le pays se trouve quasiment doublée (pour plus d'informations, voir les études de cas ci-dessous) (OIT 2022b).

Chacune des trois études de cas met en évidence les défis inhérents à l'organisation des systèmes de protection sociale pour parvenir à une couverture universelle, cohérente et complète des prestations destinées aux travailleurs affectés par des ATMP. Ces enjeux sont particulièrement présents dans les PRFI, où l'emploi informel est répandu. Cela souligne la nécessité d'étendre d'urgence la protection sociale complète à tous.



© ILO

► Conclusions

Les approches intersectorielles sont essentielles pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et ainsi atteindre l'objectif de développement durable 3 pour la santé et le bien-être pour tous (Marmot 2001; Commission sur les déterminants sociaux de la santé 2008). Ce projet de recherche a exploré les différentes approches intersectorielles existantes entre les systèmes de protection sociale et les services de ST. L'identification de ces liens a révélé la manière dont une approche intersectorielle pourrait, dans une certaine mesure, contribuer à surmonter les cloisonnements existants en créant des points d'entrée pour renforcer la coopération entre les acteurs des services de ST, de la protection sociale et de la santé. Bien que des chevauchements, des insuffisances et des incertitudes quant à la qualité et à l'adéquation des prestations soient observés dans plusieurs contextes, la recherche met en lumière la diversité des liens susceptibles de renforcer la collaboration. Ces liens offrent également un potentiel d'optimisation des ressources existantes pour la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents. Certaines dispositions légales prévoient déjà l'affectation de ressources issues des systèmes de protection sociale à ces objectifs, comme l'illustre le cas du Viet Nam.

Compte tenu de la rareté des publications, notamment sur les effets des liens établis, et de la complexité des interactions et des dispositifs institutionnels entre les services de ST et la protection sociale, il n'est pas possible, à ce stade, d'identifier de bonnes pratiques ou de tirer des enseignements clairs. Toutefois, les considérations suivantes devraient guider les efforts des pays visant à renforcer la collaboration dans ces domaines d'intervention.

- ▶ Au vu du caractère hautement contextuel des résultats, il n'existe pas d'approche unique pour renforcer la collaboration entre les services de ST et les systèmes de protection sociale. La mise en œuvre de telles approches devra reposer sur une cartographie détaillée des fonctions respectives et du paysage institutionnel chargé de leur mise en œuvre.
- ▶ Des travaux de recherche supplémentaires sont nécessaires pour identifier et tirer des enseignements sur les mécanismes efficaces de collaboration entre les services de ST et les systèmes de protection sociale. En particulier, il conviendra de combler les lacunes en matière de connaissances sur les points suivants:
 - les liens qui pourraient être raisonnablement déduits, mais qui n'ont pas été identifiés dans la recherche;
 - les effets des liens existants identifiés dans la revue de portée. Ceux-ci incluent, par exemple, les effets sur l'accès effectif aux prestations et aux services pour les travailleurs et en particulier, ceux ressortissant de l'économie informelle ; les effets sur le niveau de couverture, la qualité, l'adéquation et l'exhaustivité des prestations et des services ; les effets sur la charge administrative, etc...;
 - les dispositifs de financement en place dans les pays où les prestations destinées aux travailleurs affectés par un ATMP sont administrées avec d'autres éventualités, ainsi que les effets de ces dispositifs sur l'accès aux services, l'éventail des prestations, les conditions d'éligibilité, la déclaration des ATMP, leur surveillance et leur prévention, ainsi que les mesures incitatives potentielles pour favoriser l'investissement dans la prévention; et
 - les liens avec d'autres institutions jouant un rôle central dans les domaines de la conformité, de l'enregistrement et des enquêtes sur les ATMP. Bien que ce sujet n'ait pas été au cœur du projet de recherche, il est une composante essentielle de l'extension de la couverture des systèmes protection sociale et des services de ST.

De plus, la recherche réaffirme certaines priorités fondamentales, en écho aux travaux antérieurs de l'OIT, en faveur du renforcement de la protection et du bien-être de tous les travailleurs et de leurs familles.

- ▶ Il convient de redoubler d'efforts pour élargir l'accès aux services de ST et à la protection sociale, afin de garantir une couverture universelle et cohérente ainsi qu'un accès à une gamme complète de prestations et de services. Les initiatives conjointes et la coordination entre les acteurs des services de ST, de la protection sociale et de la santé ne peuvent être efficaces et significatives que si les systèmes correspondants sont en place et dotés de capacités institutionnelles suffisantes.
- ▶ Il convient également de veiller à ce que les investissements et l'engagement des systèmes de protection sociale dans la mise en œuvre des services de ST soient coordonnés avec l'infrastructure formelle des services de ST, afin de garantir la complémentarité et le déploiement des synergies. Enfin, il faudra intégrer davantage les interactions entre les déterminants sociaux et environnementaux de la santé dans la conception et la gestion des systèmes de protection sociale, afin de surmonter les cloisonnements, de lever les obstacles en matière d'accès et de créer des possibilités d'investissement dans la prévention.

La seconde partie du rapport présente les résultats des études de cas menées dans le cadre du projet de recherche. Les pays ont été sélectionnés selon plusieurs critères, notamment: l'existence ou le degré de développement de politiques nationales et de stratégies intégrées visant à promouvoir l'accès aux services de ST et à étendre la PSS à l'ensemble de la population. Les études de cas reposent sur une analyse documentaire et des entretiens menés auprès d'informateurs clés; elles ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'OIT.





Partie 2: Etudes de cas



► Colombie

© Charlotte Kesl / World Bank

Introduction

La Colombie est un pays à revenu intermédiaire supérieur qui a réalisé des progrès notables en matière de développement du capital humain au cours des dernières décennies. Pourtant, près de 55 pour cent de l'emploi y relève de l'économie informelle (OIT s.d.), exposant de nombreux travailleurs à des déficits de travail décent. Par ailleurs, les inégalités de revenus persistent: en 2022, le pays affichait l'indice de Gini le plus élevé d'Amérique du Sud (Banque mondiale s.d.). Afin de promouvoir la justice sociale et l'inclusion économique, le gouvernement colombien a adopté le Plan national de développement 2022-2026, structuré autour de cinq grandes transformations, et plaçant la protection sociale universelle et adaptative au cœur de ses priorités.

La Loi statutaire sur la santé (Loi 1751 de 2015) consacre le droit fondamental à la santé et garantit à tous les citoyens un accès à des services de santé de qualité, efficaces et opportuns, afin de préserver, d'améliorer et de promouvoir la santé. Le Plan décennal de santé publique 2022-2031⁹ définit les grands objectifs et stratégies visant à garantir ce droit, à renforcer l'accès à des services de santé de qualité et à promouvoir la santé et le bien-être de la population.

Le système de protection sociale

La Loi 100 de 1993 a profondément réformé le système de protection sociale en Colombie, et a conduit à la création du Système intégral de sécurité sociale¹⁰, composé de plusieurs sous-systèmes. Le double mandat du ministère de la Santé et de la Protection sociale (MSPS)¹¹ en matière de santé et de protection sociale garantit un cadre juridique et politique cohérent.

Le Système de protection sociale en cas de vieillesse, d'invalidité et de décès¹² a récemment été réformé par la Loi 2381 de 2024. Il repose sur trois piliers: le pilier contributif, le pilier semi-contributif et le pilier de solidarité. L'affiliation au pilier contributif est obligatoire pour tous les travailleurs salariés et indépendants, et son financement repose sur leurs cotisations. En revanche, les personnes vivant sous le seuil de pauvreté ou en situation de vulnérabilité sont couvertes par le pilier de solidarité, financé par le budget général.

Le **Système général des risques professionnels (SGRL)¹³** vise à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles tout en protégeant les travailleurs affectés. Il est chapeauté par plusieurs instances, notamment le ministère de la Santé et de la Protection sociale (MSPS), le ministère du

⁹ Plan Decenal de Salud Pública

¹⁰ Sistema de Seguridad Social Integral

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social

¹² Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de Origen Común

¹³ Sistema General de Riesgos Laborales

Travail (MT)¹⁴ et le Conseil national des risques professionnels.¹⁵ La mise en œuvre du système repose principalement sur les ARL¹⁶, des entités publiques ou privées chargées de gérer les cotisations et les prestations, ainsi que de déployer des actions de prévention et de promotion au sein des entreprises affiliées. Les employeurs sont tenus d'affilier leurs travailleurs, mais sont libres de choisir l'ARL d'affiliation. Pour les travailleurs indépendants, l'affiliation est facultative, mais ils peuvent librement choisir leur ARL s'ils décident d'adhérer au système. Les prestations offertes incluent les soins médicaux, la réadaptation, les indemnités pour incapacité temporaire, les pensions d'invalidité, les pensions de survivants ainsi que l'allocation funéraire. Selon les estimations, le SGRL couvrirait un peu plus de la moitié de la population active en 2023 (CCS 2024; OIT s.d.).

Les **régimes d'assistance sociale**, tels que le programme «Familles en action»¹⁷, apportent une aide financière aux ménages à faible revenu visant à réduire la pauvreté et favoriser l'inclusion sociale. L'attribution de ces aides, ainsi que d'autres subventions publiques, repose sur le *Sisbén*¹⁸, un système d'information qui classe la population en fonction de divers indicateurs socio-économiques. En règle générale, les personnes en emploi ne sont pas éligibles à l'assistance sociale.

Le **Système général de sécurité sociale en santé** (SGSSS)¹⁹ a également été instauré par la Loi 100 de 1993 avec l'objectif d'atteindre la protection sociale en santé universelle. Placé sous la supervision du MSPS, il est administré par les EPS, ou organismes de promotion de la santé, qui exercent des responsabilités déléguées par l'État. Celles-ci incluent la gestion de l'assurance maladie publique, l'affiliation des membres, la collecte des cotisations ainsi que le remboursement des prestataires de soins de santé (les IPS).²⁰ L'affiliation est obligatoire pour l'ensemble de la population, qui est couverte par l'un des trois régimes suivants:

- ▶ le régime contributif, financé par les cotisations des employeurs et des travailleurs, qui couvre les salariés, les travailleurs indépendants dont les revenus dépassent un seuil déterminé, ainsi que les retraités;
- ▶ le régime spécial, destiné aux forces armées, à la police nationale, à la compagnie pétrolière colombienne, et aux enseignants y compris aux universités publiques; et
- ▶ le régime subventionné, financé par des ressources publiques et couvrant les personnes ne relevant d'aucun des deux premiers régimes.

Tous les affiliés, quel que soit leur régime, bénéficient du même panier de soins²¹, qui comprend les services de prévention et de promotion de la santé, les soins d'urgence, les consultations médicales, l'hospitalisation, les soins spécialisés, les médicaments, les soins dentaires, la santé mentale, la réadaptation et les soins palliatifs.

Le SGSSS gère également des prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire non liée à un ATMP, ainsi que des indemnités de maternité et de paternité pour les affiliés du régime contributif. En 2022, le système couvrait 99,1 pour cent de la population (MSPS 2023b). Parmi les personnes affiliées, 51 pour cent relevaient du régime subventionné, 45,7 pour cent du régime contributif et 5,2 pour cent du régime spécial (MSPS 2023a). Le SGSSS fait actuellement l'objet d'une réforme.

Les services de santé au travail

En Colombie, l'organisation des services de ST repose sur un système complexe et multidimensionnel visant à prévenir les ATMP, à garantir la sécurité des travailleurs et à promouvoir la santé sur le lieu de travail. Ce système est régi par le Décret-loi 1295 de 1994, la Loi 1562 de 2012 et des réglementations complémentaires, qui établissent un cadre exhaustif en matière de santé et de sécurité au travail, tout

¹⁴ *Ministerio del Trabajo*

¹⁵ *Consejo Nacional de Riesgos Laborales*

¹⁶ *Administradoras de Riesgos Laborales*

¹⁷ *Familias en Acción*

¹⁸ *Sistema Nacional de Selección de Beneficiarios*

¹⁹ *Sistema General de Seguridad Social en Salud*

²⁰ *Instituciones Prestadoras de Salud*

²¹ *Plan de Beneficios en Salud*. Le panier de soins est actuellement défini par la Résolution 2366 du 29 décembre 2023, adoptée par le ministère de la Santé et de la Protection sociale.

en constituant le socle du système de gestion des risques professionnels (SG-SST).²² Le Plan national de sécurité et santé au travail (PNSST)²³ 2022-2031, adopté par la Résolution 3077 de 2022 du ministère du Travail, définit les priorités et les stratégies du SGRL pour la décennie à venir. Plusieurs acteurs assument des responsabilités au sein de ce système.

- ▶ Le **ministère du Travail (MT)** propose et élabore des politiques, des normes, des stratégies, des programmes et des projets, tout en veillant au respect de la réglementation du travail, y compris en matière de santé et de sécurité au travail. Il mène des inspections et des enquêtes afin d'assurer que les employeurs remplissent leurs obligations envers les travailleurs. En collaboration avec le **ministère de la Santé et de la Protection sociale (MSPS)**, il joue un rôle clé dans l'élaboration des politiques et réglementations nationales relatives à la santé au travail.
- ▶ De son côté, le **MSPS** est chargé de mener des enquêtes sur les tendances en matière de santé au travail, d'évaluer l'efficacité des programmes existants et de promouvoir des initiatives visant à améliorer la sécurité et la santé des travailleurs.
- ▶ Il existe également un **réseau de comités et commissions sur la SST** aux niveaux national, régional, sectoriel et local. Leur rôle consiste à élaborer des plans d'action et des programmes dans leurs juridictions respectives, en s'appuyant sur le PNSST. Ils participent également à l'établissement de normes et à la promotion de campagnes, de programmes et d'événements pour la diffusion d'informations, la publication de documents et la création de formations sur les risques professionnels, entre autres (OIT 2022a). Ces comités et commissions sont tripartites, et regroupent des représentants des travailleurs, des employeurs, du MSPS, du MT, des ARL, ainsi que du milieu académique et d'organisations scientifiques spécialisées en sécurité et santé au travail.
- ▶ Comme mentionné précédemment, les **ARL** sont responsables de la gestion de l'assurance contre les risques professionnels en Colombie. Ils jouent également un rôle essentiel dans la promotion de la sécurité au travail grâce à des programmes et initiatives de prévention visant à réduire les risques professionnels. En collaboration étroite avec les employeurs, ils élaborent des plans de sécurité adaptés et effectuent des inspections régulières pour garantir le respect de la réglementation en matière de sécurité et santé au travail.
- ▶ Une partie des cotisations des affiliés aux ARL finance également les activités du **Fonds des risques professionnels**²⁴, placé sous la supervision du Conseil national tripartite des risques professionnels. Ce dernier est chargé de la recherche, de la production de données et de la mise en œuvre de campagnes de prévention et de promotion à plus grande échelle.
- ▶ Enfin, les **employeurs** ont l'obligation de mettre en place des mesures préventives afin de protéger la santé et la sécurité de leurs travailleurs, notamment par la mise en œuvre du Système de gestion de la santé et de la sécurité au travail, conformément au Décret 1072 de 2015 et à la Résolution 0312 de 2019. Ils doivent réaliser, entre autres, des évaluations des risques professionnels, définir des protocoles d'intervention en cas d'urgence, proposer des formations et lancer des campagnes de sensibilisation aux règles de sécurité, ainsi que garantir le respect des normes sanitaires sur le lieu de travail. Les entreprises de plus de dix employés doivent également instaurer des commissions paritaires sur la santé au travail, tandis que celles de moins de dix employés sont tenues de désigner un responsable²⁵ de la sécurité et santé au travail.

Les liens entre les services de santé au travail et la protection sociale

Il existe plusieurs liens entre les services de ST et le système de protection sociale en Colombie. Le premier concerne l'intégration de certaines fonctions de prévention des services de ST et de l'assurance contre les risques professionnels dans les responsabilités des ARL. Ce double rôle crée de nombreuses synergies entre la santé au travail et la protection sociale. Le deuxième concerne la prise en charge des soins médicaux en cas d'ATMP *au travers* du système de PSS, dont les coûts sont ensuite récupérés auprès de l'assurance contre les accidents du travail pour les travailleurs couverts par un ARL. Enfin, le

²² *Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo*

²³ *Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo*

²⁴ *Fondo de Riesgos Laborales*

²⁵ *Vigía*

troisième repose sur l'échange d'informations entre les différents régimes; il est étroitement lié aux deux premiers.

Liens entre les activités de prévention et de promotion de la santé

L'article 11 de la Loi 1562 de 2012 stipule que 5 pour cent du total des cotisations versées aux ARL doivent être affectés à la mise en œuvre d'actions essentielles de prévention et de promotion, notamment:

- ▶ des programmes de sensibilisation et de prévention;
- ▶ des campagnes et des actions visant à garantir que les entreprises affiliées respectent les réglementations en matière de santé et de sécurité au travail et élaborent les plans de travail requis dans le cadre du programme de santé au travail;
- ▶ des services de conseil aux entreprises affiliées sur ces obligations;
- ▶ des formations destinées aux entreprises affiliées sur la prise en charge des urgences ainsi qu'aux commissions paritaires de santé et de sécurité au travail sur le suivi de la santé au travail;
- ▶ des initiatives pour la promotion de modes de vie et de travail sains; et
- ▶ des enquêtes sur les ATMP signalés par les entreprises affiliées.

Par ailleurs, jusqu'à 3 pour cent des cotisations doivent être consacrés au financement du Fonds des risques professionnels, chargé²⁶:

- ▶ de mener des études et recherches;
- ▶ d'organiser des campagnes et des actions éducatives;
- ▶ d'enquêter sur les ATMP;
- ▶ de mettre en place un Système d'information sur les risques professionnels²⁷; et
- ▶ de soutenir la conception d'activités de prévention et de promotion au sein du système de soins de santé primaires.

Enfin, sur les 92 pour cent restant des cotisations, les ARL doivent consacrer au moins 10 pour cent au développement de programmes spécifiques, incluant:

- ▶ la prévention et le contrôle des risques professionnels, ainsi que la réhabilitation des travailleurs dans les entreprises affiliées;
- ▶ le soutien aux entreprises dans la surveillance continue des conditions de travail et de santé, ainsi que dans la mise en œuvre de mesures efficaces de contrôle des risques;
- ▶ la réalisation d'actions favorisant la réadaptation, la réinsertion et le reclassement professionnels, y compris l'aménagement des postes de travail; et
- ▶ la mise en place d'initiatives visant à réduire l'exposition aux risques professionnels.

Des liens stratégiques (existants ou potentiels) émergent du double rôle des ARL et des activités de prévention et de promotion menées par le Fonds des risques professionnels.

Tout d'abord, le double rôle des ARL, qui conjuguent indemnisation et prévention des ATMP, représente une opportunité stratégique pour créer des synergies. En particulier, il est possible d'exploiter les données issues des indemnisations pour orienter la conception et le ciblage des actions de prévention. Cette approche renforce non seulement l'efficacité des activités de prévention, mais aussi leur efficience. En effet, certains ARL conçoivent des initiatives sur mesure pour des entreprises ou des secteurs spécifiques parmi leurs affiliés, en s'appuyant sur les statistiques relatives aux déclarations d' ATMP.

Indirectement, les données collectées dans le cadre du système de protection sociale contribuent également à orienter les décisions sur les types d'activités de prévention et de promotion à mettre en œuvre au niveau infranational. Le Système intégré d'information sur la protection sociale (SISPRO)²⁸, géré par le MSPS, regroupe des bases de données et des systèmes d'information sur l'offre et la demande de services de santé, leur qualité, leur financement ainsi que sur des initiatives de promotion sociale. Le MSPS dispose également de données sur les ATMP et la mortalité associée. Ces informations sont

²⁶ Conformément à l'article 22 de la Loi 776 de 2002, tel que modifié par l'article 43 de la loi 1438 de 2011.

²⁷ *Sistema de Información de Riesgos Laborales*

²⁸ *Sistema Integrado de Información de la Protección Social*

essentielles pour orienter les campagnes de prévention et de promotion. Elles servent également de base d'analyse aux différents comités, notamment au Conseil national des risques professionnels, qui définit les actions de promotion et de prévention dans le cadre des activités du Fonds des risques professionnels.

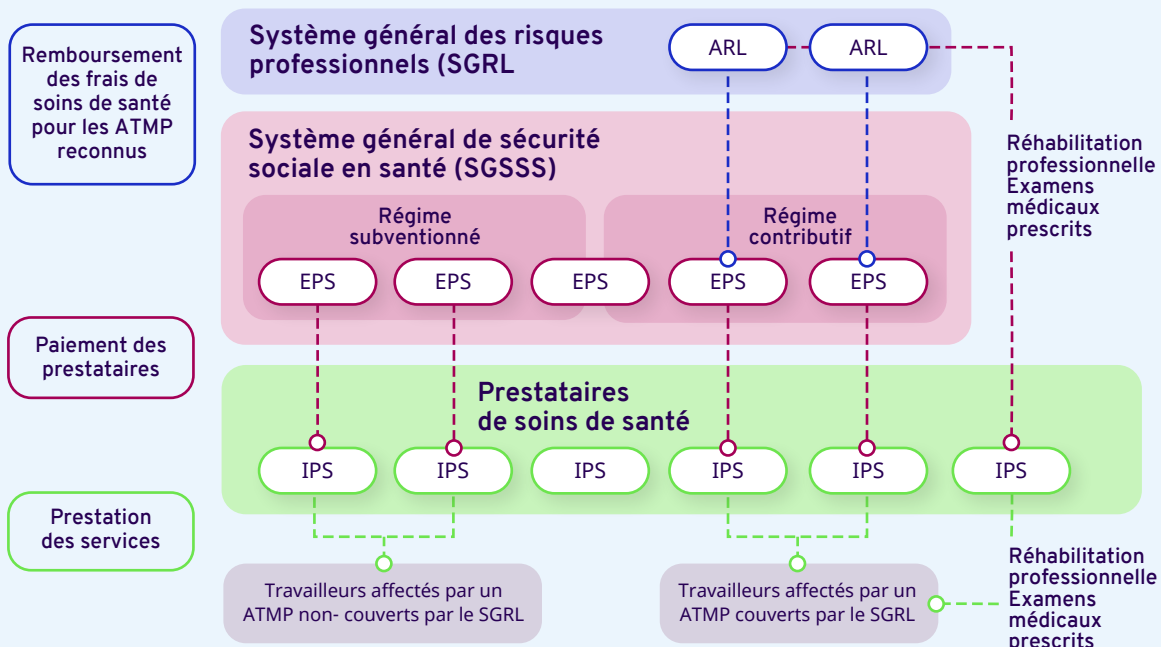
Deuxièmement, au vu du rôle et des ARL et des EPS dans la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion, bien qu'avec des objectifs distincts, il serait opportun de développer des axes de collaboration. Toutefois, la coordination entre les initiatives de prévention et de promotion de la santé au travail et les programmes plus larges de promotion de la santé publique reste limitée et peu documentée. Cela peut s'expliquer en partie par la portée différente de l'un et de l'autre. Les actions de prévention et de promotion des ARL ne sont déployées qu'au sein des entreprises affiliées, tandis que les initiatives des EPS ne ciblent pas spécifiquement le milieu de travail. Toutefois, le Fonds des risques professionnels est habilité à mettre en place des actions de prévention et de promotion susceptibles d'atteindre les travailleurs de l'économie informelle et, par conséquent, à collaborer avec les institutions du secteur de la santé à cet égard. Cette entité est financée par les cotisations des travailleurs et des employeurs, qui contribuent ainsi, de manière indirecte, au financement des activités de prévention destinées aux travailleurs de l'emploi informel.

Liens dans la prestation de soins médicaux en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Les ARL sont également responsables de l'indemnisation des travailleurs affiliés touchés par un ATMP. Dans ce cas, les travailleurs concernés ont droit à une indemnisation financière ainsi qu'à une prise en charge médicale, qui comprend : des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires et hospitaliers ; des médicaments ; des appareils médicaux ; la réadaptation ; et le transport médicalisé.

Il existe ici un lien entre les ARL et les EPS. Conformément à la Loi 100 de 1993, précisée par le Décret-loi 1295 de 1994, la prestation des soins de santé en cas d'ATMP est assurée par les réseaux d'EPS, les coûts étant remboursés par les ARL après confirmation de l'origine professionnelle de l'affection. En ce qui concerne les services de réadaptation, les ARL peuvent organiser directement ces prestations ou contracter des prestataires de services pour assurer la prise en charge des affiliés, en mobilisant leurs propres ressources. Dans la pratique, les compagnies d'assurance ont mis en place leurs propres réseaux de prestataires de services, couvrant à la fois les affections d'origine professionnelle et celles d'origine commune. Certaines ont même créé directement des Institutions prestataires de soins de santé (IPS). Les travailleurs affiliés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peuvent choisir leur établissement de soins en fonction de la proximité géographique. Les prestations d'invalidité des travailleurs affiliés au régime contributif du SGSSS sont financées par les ARL lorsque l'invalidité est attribuable à un ATMP. En outre, les prestations financières et les soins médicaux pris en charge jusqu'à trois ans avant la confirmation de l'origine professionnelle de la pathologie sont récupérés auprès des ARL (Loi 1562 de 2012). Les EPS et les ARL collaborent donc étroitement sur la prise en charge des soins destinés aux travailleurs affiliés aux ARL. En raison de cette interconnexion, les employeurs sont tenus de déclarer les ATMP à la fois aux EPS et aux ARL (Décret-loi 1295 de 1994). Ainsi, tous les travailleurs ont accès aux services de santé, quelle que soit l'origine de l'affection. Lorsque l'accident ou la maladie n'est pas reconnu comme une affection professionnelle ou que le travailleur n'est pas affilié au SGRL, les coûts sont pris en charge par le SGSSS.

► **Figure 10. Dispositifs de prise en charge et de couverture des services médicaux pour les travailleurs touchés par un ATMP, conformément à la Loi 100 de 1993 et au Décret-loi 1295 de 1994**



Ces dispositifs institutionnels ont diverses implications.

Implications

Premièrement, la couverture presque universelle du SGSSS permet une **couverture** plus large des soins de santé, aussi bien pour les affections communes que pour celles résultant du travail. Si cette prise en charge relevait exclusivement du SGRL, l'accès aux soins serait plus restreint, puisque seule près de la moitié de la population active en bénéficierait. Deuxièmement, le recours au réseau de prestataires des EPS pour la fourniture des soins médicaux pris en charge par les ARL constitue un levier stratégique pour étendre la couverture géographique des services. En capitalisant sur les infrastructures existantes du système de PSS, cette approche renforce l'accessibilité des soins et garantit une répartition plus équitable des services sur l'ensemble du territoire.

En revanche, seuls les travailleurs affiliés aux ARL peuvent bénéficier d'indemnités en cas d'ATMP, ce qui laisse plus de la moitié de la population active sans couverture. La protection financière contre les coûts des soins de santé et la sécurité du revenu sont complémentaires et se renforcent mutuellement: l'efficacité de l'une est accrue par l'accès à l'autre. Il est donc essentiel de garantir la réalisation de ces objectifs complémentaires, notamment par l'extension de la couverture du SGRL.

Cette situation a également des **incidences financières**, dans la mesure où les coûts des soins médicaux liés aux ATMP de plus de la moitié de la population active sont pris en charge par le SGSSS. Ce phénomène est aggravé par le fait que les travailleurs de l'économie informelle sont plus exposés aux risques professionnels, en raison:

- du faible niveau de conformité aux lois et réglementations en matière de SST;
- de l'absence de couverture par les actions de prévention et de promotion mises en œuvre par les ARL; et
- de la portée limitée des initiatives menées par le Fonds des risques professionnels.

Même chez les travailleurs affiliés au SGRL, les ATMP ne sont pas systématiquement déclarés (OIT 2022a), les coûts desquels sont de fait également pris en charge par le SGSSS. Cette question importe d'autant plus que plusieurs EPS sont confrontés à une dégradation de leur situation financière, plus de 13 d'entre eux ayant déjà cessé leurs activités pour cause d'insolvabilité (Albarracín Restrepo 2023). L'ampleur

exacte de cette charge financière reste inconnue, car dans le cadre du régime non contributif du SGSSS, l'origine des accidents et des maladies pris en charge ne fait l'objet d'aucun suivi. Toutefois, cette lacune est en cours de résolution grâce au Plan décennal de santé publique 2022-2031, qui prévoit la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique des affections liées au travail couvertes par le régime subventionné. Cette initiative pourrait combler, au moins en partie, d'importantes lacunes en matière de données. Les répercussions financières constituent un argument supplémentaire en faveur de l'extension de la couverture du SGRL et de l'exploration de mécanismes alternatifs de compensation du SGSSS, à l'instar des dispositifs existants en France, par exemple.

Les dispositifs actuels favorisent le transfert des coûts, qui compromet à son tour les incitations à une action coordonnée. Cette situation impacte directement les travailleurs concernés, qui subissent des retards dans le versement de leur indemnisation au titre du SGRL.

La prise en charge des soins médicaux en cas d'ATMP par les EPS pourrait également favoriser l'uniformisation de la **qualité** des soins pour les affections d'origine communes et professionnelles. Cependant, dans la pratique, des disparités ont été signalées dans les délais d'approbation des services nécessitant une autorisation préalable, tels que les interventions chirurgicales ou la délivrance de médicaments. Ceci engendre des disparités entre les deux systèmes en termes de délais d'attente pour l'accès à certains soins non urgents.

La prise en charge des soins médicaux pour les affections communes et professionnelles par les EPS offre également la possibilité d'une prise en charge intégrée, facilitant la coordination entre la médecine générale et la médecine du travail, et l'échange d'informations sur les antécédents médicaux des patients. Toutefois, ce potentiel est compromis par deux facteurs, à savoir:

- ▶ la création, par certaines ARL, de leur propre réseau de prestataires de services, ainsi que la gestion distincte des services de réadaptation. Sans une coordination adéquate, cette séparation risque d'affecter la continuité des soins. Cependant, le MSPS et le MT sont en cours de discussion sur d'éventuelles réformes visant à mieux intégrer la réadaptation entre les deux systèmes; et
- ▶ l'absence de suivi des examens médicaux prescrits en santé au travail. Les bilans de santé réalisés dans ce cadre ne sont rapportés dans aucun système de suivi, ce qui empêche leur intégration dans les dossiers médicaux individuels.

Enfin, les dispositifs en place ont plusieurs **implications administratives**, notamment pour les ARL. En effet, les dispositions législatives qui prévoient que les services médicaux pour les ATMP soient dispensés par les EPS puis remboursés par les ARL permettent de rationaliser les processus. En utilisant les infrastructures existantes du SGSSS, les ARL n'ont pas besoin de constituer leur propre réseau de prestataires, ce qui les dispense de: conclure des contrats avec les établissements de santé; négocier les tarifs des prestations; et de gérer et régler les demandes de remboursement. Ces démarches administratives étant lourdes et complexes, leur rationalisation représente un avantage significatif. Cependant, dans la pratique, plusieurs ARL passent directement des contrats avec les IPS ou créent leurs propres établissements de soins. Bien que cette disposition soit prévue par la législation, elle compromet néanmoins les gains d'efficacité potentiels.

L'échange d'informations pour la surveillance de la santé au travail

Les entretiens ont révélé l'absence d'un cadre de suivi exhaustif, non seulement pour les risques professionnels, mais aussi pour les ATMP. Par conséquent, l'absence d'une base de données complète et consolidée limite la capacité à concevoir et déployer efficacement des activités de prévention et de promotion destinées à couvrir l'ensemble des travailleurs aux niveaux national et local.

En effet, même s'il existe plusieurs bases de données distinctes qui facilitent l'échange de certaines informations, elles restent incomplètes. Tout d'abord, les Registres individuels de prestation des services de santé (RIPS)²⁹ du MSPS centralisent les données nécessaires au suivi de la fourniture des services de santé au sein du SGSSS. Cependant, ces bases de données n'intègrent pas les examens de santé au travail, qui pourraient pourtant faciliter le suivi de l'état de santé des travailleurs exposés à des

²⁹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

risques professionnels. De même, le régime subventionné ne fait pas de distinction entre les affections communes et celles d'origine professionnelles, ce qui limite également la visibilité sur la situation. Cette lacune concerne également les informations contenues dans le SISPRO, mentionné précédemment. Par ailleurs, la réglementation nationale prévoit la mise en place d'un Système d'information sur les risques professionnels³⁰, financé par le Fonds des risques professionnels, qui devrait être alimenté par les données relatives aux prestations des ARL, ainsi qu'aux problèmes de santé déclarés par leurs affiliés.³¹ Ainsi, le suivi des risques professionnels reste fragmenté et incomplet, notamment en raison de l'absence de données sur les travailleurs de l'économie informelle qui représentent la moitié de la population active et de la sous-déclaration des ATMP (OIT 2022a).

D'importantes initiatives ont été mises en place pour pallier ces lacunes, notamment la création de systèmes d'information unifiés. De plus, le Plan décennal de santé publique prévoit la caractérisation des différents groupes de population prioritaires afin d'élaborer une cartographie complète des déterminants sociaux de la santé. Bien que la collecte de données soit toujours en cours (le plan n'ayant été adopté qu'en 2022), cette initiative intégrera les travailleurs de l'économie informelle et s'appuiera sur un large éventail d'indicateurs, incluant notamment: les professions exercées; le profil de santé; l'état de santé; et les risques professionnels (MSPS 2022). Cette enquête, menée par les Secrétariats départementaux de la santé sous l'égide du MSPS, nécessite la participation active des EPS, IPS et ARL. Elle contribuera à l'élaboration d'une cartographie complète des risques professionnels, offrant ainsi un levier stratégique pour orienter la conception d'approches intégrées visant à mieux prendre en compte les déterminants sociaux de la santé.

Conclusion

En Colombie, les services de ST, l'assurance contre les risques professionnels et la PSS sont étroitement liés. Tout d'abord, la prévention et l'indemnisation des ATMP sont administrées par une seule institution, ce qui permet d'adopter une approche plus cohérente et coordonnée. Ensuite, les soins liés aux ATMP devraient être dispensés par le réseau de prestataires du système de PSS. Les ARL couvrent les coûts pour les travailleurs affiliés, tandis que le SGSSS prend en charge ceux des travailleurs non-couverts et des travailleurs formels dont l'ATMP n'a pas été officiellement reconnu. De plus, les données issues du système de protection sociale, y compris celles générées par les ARL, alimentent la conception et la mise en œuvre des actions de prévention et de promotion de la SST. Enfin, des initiatives sont en cours pour produire des données exhaustives sur les risques professionnels, afin d'étayer la conception et la mise en place d'actions intersectorielles intégrées visant à promouvoir la santé et le bien-être, dans la sphère professionnelle comme dans la vie quotidienne.

Cependant, ces liens ne se traduisent pas nécessairement par une coordination effective et systématique entre les services de ST et la protection sociale. Cela s'explique en partie par la séparation institutionnelle entre le SGRL, le SGSSS et d'autres régimes de protection sociale, chacun poursuivant des objectifs indépendants. De plus, la portée limitée du SGRL, tant en termes de population couverte que de répartition géographique, limite les perspectives de coordination. L'absence de données exhaustives sur les risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs de l'économie informelle représente un autre défi pour la conception et la mise en œuvre d'actions conjointes. Enfin, il serait pertinent d'analyser l'impact de la délégation de la gestion de la PSS, des services de ST et de l'assurance contre les risques professionnels à des institutions majoritairement privées (EPS et ARL) sur la coordination et le développement de synergies.

Néanmoins, des possibilités de synergies et de coordination existent. Par exemple, il a été rapporté que la coordination des activités de prévention et de promotion reste insuffisante, puisque ces actions sont menées séparément par le MSPS et les régimes de PSS d'un côté, et par les services de ST de l'autre. Une collaboration accrue entre ces acteurs permettrait d'élargir la portée des activités de prévention et de promotion en milieu professionnel en mutualisant les ressources et en s'appuyant sur les initiatives et les infrastructures existantes. Il serait aussi pertinent d'instaurer des mesures incitatives pour renforcer la coordination, afin de faciliter la déclaration des ATMP, et d'améliorer les processus de reconnaissance, qui restent un enjeu majeur.

³⁰ *Sistema de Información de los Riesgos Laborales*

³¹ Ces informations peuvent actuellement être consultées auprès de différentes sources, voir FASECOLDA et MSPS.



© ILO

► Madagascar

Introduction

Le gouvernement de Madagascar s'est fermement engagé à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) et la protection sociale universelle (PSU). Cet engagement revêt une importance particulière au regard du profil socio-économique et épidémiologique du pays. En effet, les taux de pauvreté restent élevés, avec de fortes disparités géographiques. En effet, 71,5 pour cent de la population vivent sous le seuil de pauvreté au niveau national, mais cette proportion atteint 83,4 pour cent en milieu rural et 21,8 pour cent en milieu urbain (INSTAT 2020). Malgré des efforts considérables, la situation sanitaire de Madagascar reste préoccupante, ce qui fragilise le système de santé et compromet le bien-être de la population malgache. Par exemple, les taux de malnutrition et de mortalité néonatale et infantile restent très élevés (INSTAT 2022).

D'autre part, plus de 96,1 pour cent des emplois à Madagascar sont dans le secteur informel, dans lequel la réglementation du travail est largement inappliquée (OIT s.d. b.). Par conséquent, une grande partie des travailleurs ne bénéficie d'aucune protection sociale, et peu d'entre eux ont accès aux services de ST ou à des conditions de travail décentes. Les risques professionnels figuraient parmi les dix principales causes de mortalité à Madagascar en 2017 (IHME 2017), et ce, malgré une sous-déclaration importante des ATMP, ainsi qu'une probable sous-estimation des statistiques existantes (OIT 2019a).

Le système de protection sociale

Le pays a adopté sa première Stratégie nationale sur la couverture santé universelle en 2015, suivie de la Stratégie nationale de la protection sociale pour la période 2019-2023. Malgré ces engagements politiques, des efforts soutenus et une mobilisation significative de ressources seront nécessaires pour atteindre ces objectifs.

La PSS à Madagascar se caractérise par l'absence de droits universels et une forte fragmentation, avec une diversité de mécanismes offrant une couverture globale limitée (voir ci-après).

- Le gouvernement prend en charge les fonctionnaires, retraités et agents non-encadrés de l'état et leurs familles, ainsi que les agents militaires et leurs familles, ce qui est garanti par la loi ou par décret.
- Pour les groupes vulnérables, le décret n° 2003/1040 prévoit l'utilisation des fonds du «FANOME»³² afin de faciliter l'accès aux soins de santé. Toutefois, ce décret ne définit pas précisément le groupe cible, et la couverture reste limitée.

³² Acronyme de *Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko* (Financement pour un approvisionnement ininterrompu en médicaments)

- ▶ Le gouvernement et les partenaires au développement accordent également des exemptions et des subventions aux personnes à faible revenu et pour le dépistage et la prise en charge de certaines maladies transmissibles.
- ▶ Des mutuelles de santé volontaires, aux prestations variables, sont implantées dans 20 des 22 régions du pays. Le gouvernement cherche à renforcer leur rôle dans l'atteinte de la CSU au travers de la promotion des assurances maladies à base communautaire (LHSS 2023).
- ▶ La Caisse nationale de prévoyance sociale (CNaPS) prend en charge les soins de maternité des femmes de l'économie formelle, ainsi que des épouses des travailleurs du secteur formel.
- ▶ En raison de la faible couverture des mécanismes de PSS, les institutions initialement dédiées aux SST, notamment les services médicaux inter-entreprises (SMIE), assument progressivement un rôle de premier plan dans la protection financière des travailleurs et de leur famille, ainsi que dans l'offre de soins de santé généraux.

Cette forte fragmentation entraîne une couverture limitée. En effet, seulement 4,3 pour cent des ménages bénéficient de mécanismes statutaires de PSS, hors SMIE (OIT 2022b).

La CNaPS administre des régimes de protection sociale contributifs couvrant les prestations familiales, les pensions de retraite, d'invalidité et de réversion, l'indemnisation des ATMP, ainsi que les prestations de maternité pour les femmes salariées du secteur formel et les épouses de travailleurs formels. L'affiliation à la CNaPS est obligatoire pour les salariés du secteur privé formel, mais les travailleurs indépendants, agricoles et temporaires, qui constituent une part importante de la main-d'œuvre malgache, en sont exclus. Bien que, théoriquement, la couverture de la CNaPS concerne 10 pour cent de la population active, seuls 840 393 travailleurs étaient effectivement couverts en 2021 (OIT 2023b).

Les prestations non contributives en espèces et en nature incluent des «transferts monétaires pour le développement humain» et des programmes «argent contre travail», ainsi qu'une aide financière d'urgence mise en place dans la partie méridionale du pays. Ces programmes, majoritairement financés par des donateurs, offrent une couverture limitée, en particulier au regard des taux de pauvreté élevés dans le pays (MPPSPF 2019).

Les services de santé au travail

Le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Fonction publique et des Lois sociales (MTEPSLS) est l'autorité principale chargée de la supervision des SST. Au sein de ce ministère, la Direction de la Sécurité sociale des Travailleurs (DSST) est responsable de la gestion des indemnisations, des prestations sociales, de la prévention et de la médecine du travail.

Au sein du ministère de la Santé publique, le Service de la santé au travail et des organisations interentreprises (SSTOI) est chargé de formuler des orientations en matière de santé au travail, avec un accent particulier sur les maladies non transmissibles et la protection de la santé des populations vulnérables.

Les SST sont principalement régis par le décret n° 2003-1162, modifié par le décret n° 2011-631, ainsi que par le Code du travail (Loi n° 2003-044). Ces textes définissent quatre modèles de Service médical du Travail (SMT) à Madagascar.³³

- ▶ Les Services médicaux inter-entreprises (SMIE) sont des associations à but non lucratif mises en place par plusieurs entreprises privées, dont l'objectif est de proposer des services de santé aux employés dans un rayon de 30 kilomètres, dans les zones de plus de 1 500 travailleurs. Les travailleurs indépendants et libéraux peuvent s'y affilier de manière volontaire. Leur financement provient des cotisations, à hauteur de 6 pour cent du salaire brut (5 pour cent à la charge de l'employeur et 1 pour cent à la charge du salarié), avec un minimum basé sur le salaire réglementaire. Actuellement, 28 SMIE sont recensés dans le pays.

³³ Cette étude de cas porte principalement sur le fonctionnement des SMIE et s'appuie sur une analyse de la couverture et de la prestation de services de cinq SMIE, à savoir: l'Organisation Sanitaire Tananarivienne Interentreprises (OSTIE), l'Association Médicale Interentreprises de Tananarive (AMIT), le Centre Médical FUNHECE SMIE, le FUNABE SMIE et l'Espace Sanitaire Interentreprises d'Antananarivo (ESIA).

- ▶ Les entreprises de plus de 500 travailleurs basées hors du périmètre géographique des SMIE existants mettent en place des services internes via les SMAE (Services médicaux autonomes d'entreprise). En 2017, une cinquantaine étaient recensés.
- ▶ Les Services médicaux de l'État assurent les SST pour les établissements publics.
- ▶ Le Responsable d'une Formation Sanitaire Publique fournit les services pour les entreprises avec qui une convention de soins a été signée. Le Ministère du Travail peut autoriser une entreprise avec moins de 500 travailleurs à signer une convention de soins lorsqu'il est impossible de recruter du personnel nécessaire au fonctionnement d'une SMIE.

Conformément aux décrets mentionnés ci-dessus, les employeurs ont l'obligation d'organiser des SST en adhérant à l'un des modèles de services définis. En revanche, l'affiliation des travailleurs indépendants et des professions libérales est facultative, ce qui limite la couverture en droit des SST à seulement 5,55 pour cent de la population à Madagascar (OIT 2022b).

De même, les cadres juridique et réglementaire prévoient que la CNaPS et le ministère de la Santé publique participent à la mise en œuvre de certaines fonctions des SST.

Les liens entre les services de santé au travail et la protection sociale

Double mission du Service médical du Travail

Le SMT remplit une double fonction: il assure les SST tout en garantissant la prestation des soins de santé généraux et la protection financière pour ces services, au-delà du cadre de la santé au travail. En effet, les décrets n° 2003-1162 et n° 2011-631 définissent l'ensemble des services que les SMT doivent couvrir, notamment en ce qui concerne la santé au travail:

- ▶ des examens médicaux réguliers;
- ▶ des repas pour les travailleurs malades dans les zones isolées en attente de leur évacuation;
- ▶ des programmes de sensibilisation et de formation en matière de Hygiène et de Sécurité au Travail;
- ▶ des formations aux premiers secours;
- ▶ des inspections sur le lieu de travail pour évaluer les conditions de travail; et
- ▶ des programmes de prévention et de sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles (IST) et au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les décrets imposent également aux SMT d'assurer et de financer les soins et éducation préventifs, les soins médicaux en cas de maladie, ainsi que l'évacuation sanitaire vers l'établissement de santé le plus proche pour les travailleurs et leur famille. Dans ce système, il n'existe généralement³⁴ pas de distinction entre l'acheteur et le prestataire de services, puisque les SMT assurent à la fois la protection financière contre les coûts des soins de santé et leur prestation. Dans la pratique, les services couverts et fournis par les SMIE vont même au-delà des exigences réglementaires prévues pour les travailleurs et leur famille, et incluent notamment:

- ▶ **la médecine générale:** consultations générales, accès à la pharmacie et soins de base;
- ▶ **la médecine spécialisée:** cardiologie, gynécologie, neurologie et autres spécialités;
- ▶ **les services de diagnostic:** radiologie, échographie et analyses de laboratoire; et
- ▶ **la médecine du travail:** examens médicaux périodiques, visites en entreprise et programmes de sensibilisation sur des thématiques telles que la nutrition et l'hygiène

La CNaPS offre une couverture complémentaire concernant la maternité et les ATMP. Pour la maternité, elle verse des indemnités de congé maternité et prend en charge une partie des frais de soins de santé. En cas d'ATMP, la CNaPS rembourse aux SMT les soins dispensés, couvre les frais de médicaments et

³⁴ Lorsque les ressources d'un SMIE ne suffisent pas à couvrir l'ensemble des services prévus par décret, celui-ci peut conclure des accords ou des « conventions » avec d'autres formations de santé afin d'en assurer la prestation, les coûts étant pris en charge par le SMIE.

d'hospitalisation après confirmation du caractère professionnel de l'affection, soutient la réadaptation et la réinsertion professionnelle des travailleurs concernés, et garantit leur sécurité de revenu.

Implications

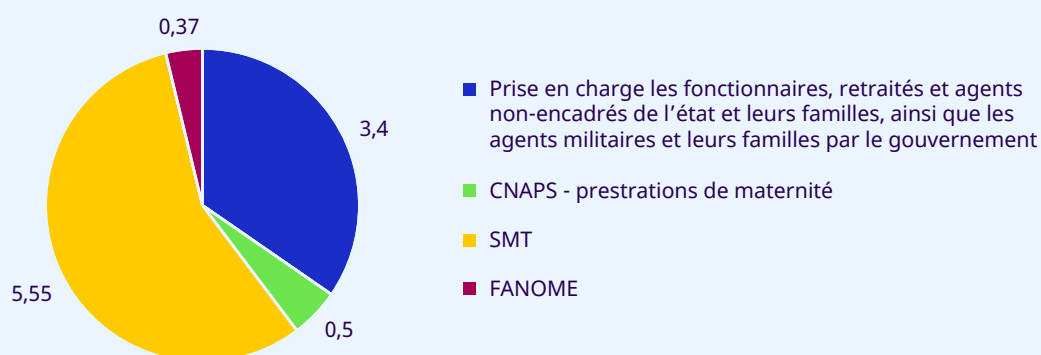
Le modèle choisi à Madagascar et la double fonction des SMIE dans la santé au travail et la PSS ont plusieurs implications.

Couverture

Tout d'abord, le modèle adopté à Madagascar et la double fonction des SMIE ont un impact sur la couverture des SST et de la PSS. Du point de vue des SST, l'organisation via les SMIE facilite l'accès des travailleurs à ces services en mutualisant les risques au sein des SMIE. Ce modèle réduit considérablement la charge pesant sur chaque entreprise affiliée, en comparaison avec les modèles fondés sur la responsabilité individuelle des employeurs. Il favorise ainsi le respect de la réglementation et, par conséquent, améliore l'accès aux SST, notamment pour les travailleurs des petites et moyennes entreprises.

Du point de vue de la PSS, sa couverture est largement élargie par la prestation et la couverture de services allant au-delà de la santé au travail par les SMIE. Actuellement, la couverture effective de la PSS concerne environ 4,3 pour cent de la population. Toutefois, en incluant la couverture des SMIE, ce taux atteint 9,8 pour cent, doublant ainsi la part de personnes protégées par un dispositif, comme l'illustre la D'un autre côté, du point de vue de la PSS, le niveau de mutualisation des risques au sein des SMIE reste relativement fragmenté, avec de fortes disparités dans la couverture de chaque SMIE, comme l'illustre le tableau 2 ci-dessous. Ce niveau de mutualisation se rapproche de celui des mutuelles, dans lesquelles la fragmentation est importante et peut compromettre la viabilité financière.

► Figure 11. Protection effective par les mécanismes de protection sociale en santé ou les services de santé au travail, par groupe de population, en pourcentage de la population totale en 2018



Source: OIT (2022b)

D'un autre côté, du point de vue de la PSS, le niveau de mutualisation des risques au sein des SMIE reste relativement fragmenté, avec de fortes disparités dans la couverture de chaque SMIE, comme l'illustre le tableau 2 ci-dessous. Ce niveau de mutualisation se rapproche de celui des mutuelles, dans lesquelles la fragmentation est importante et peut compromettre la viabilité financière.

► **Tableau 2. Nombre d'entreprises et de travailleurs affiliés aux SMIE (Services médicaux inter-entreprises) et nombre de personnes couvertes, 2023**

	Nombre d'entreprises affiliées	Nombre de travailleurs couverts	Population couverte (estimation) ³⁵
OSTIE	4 228	161 591	678 682
AMIT	648	30 667	129 000
FUNHECE SMIE	349	13 201	17 868

Source: Données recueillies directement auprès des SMIE dans le cadre du projet

Cependant, des insuffisances en matière de couverture subsistent, ainsi que des obstacles à l'élargissement de la couverture des SMIE.

- Tout d'abord, les restrictions géographiques limitent la portée des SMIE. En raison des critères régissant leur implantation, les SMIE sont majoritairement concentrés en milieu urbain. De ce fait, huit des 22 régions de Madagascar sont privées de SMIE actif et près d'un quart de la population réside en dehors de leur rayon de couverture (INSTAT 2020). Les travailleurs agricoles, exposés à des risques professionnels élevés, sont donc souvent exclus de ces services. Bien que certains SMIE aient exprimé leur volonté d'étendre leur couverture au-delà du rayon de 30 kilomètres défini par la réglementation, ils se heurtent aux contraintes qu'elle impose (OIT 2019a). De plus, si la réglementation autorise l'affiliation volontaire des travailleurs indépendants, les SMIE ne sont pas tenus de les couvrir. Parmi les cinq SMIE étudiés, un seul accepte l'affiliation de cette catégorie de travailleurs, tandis que les autres craignent de subir un déséquilibre financier. Pour les travailleurs indépendants, les taux de cotisation élevés, basés sur le salaire minimum, peuvent représenter un obstacle financier. Si l'existence de subventions publiques peut servir à faciliter l'accès des travailleurs et des ménages à faibles revenus aux SMIE, aucun soutien de ce type n'existe actuellement à Madagascar.
- Deuxièmement, l'articulation entre la couverture des SMIE et celle des autres mécanismes de PSS soulève des interrogations. En effet, une concurrence émergente a été signalée entre les SMIE et les assurances maladies à base communautaire dans les zones où ces deux dispositifs coexistent. Avec des taux de cotisation généralement plus bas, l'assurance maladie à base communautaire attire les travailleurs indépendants qui auraient autrement pu adhérer aux SMIE. Cette situation risque de restreindre l'accès de ces travailleurs aux SST.
- Une troisième problématique porte sur l'exhaustivité du panier de soins assuré par les SMIE, ainsi que l'articulation entre les prestations couvertes par les SMIE et celles prises en charge par la CNaPS. S'agissant du premier point, il convient de souligner que si certains services dispensés par les SMIE sont obligatoires en vertu des décrets en vigueur (notamment les décrets n° 2003-1162 et n° 2011-631), les soins fournis au-delà de ces dispositions ne bénéficient d'aucune garantie légale. Cette absence de garanties est en contradiction avec les normes internationales. Par ailleurs, les SMIE assurent actuellement des soins médicaux de premier niveau, mais sans prise en charge hospitalière ni services de réadaptation. Pour la maternité, ils couvrent les soins prénatals et postnatals, mais pas les soins obstétricaux ni l'hospitalisation. Concernant la maternité et les soins de santé destinés aux travailleurs victimes d'ATMP, un certain niveau de complémentarité existe avec les prestations couvertes par la CNaPS pour les travailleurs affiliés. Toutefois, la répartition des prestations entre les deux entités est particulièrement complexe, ce qui entraîne des lacunes dans la couverture de certains soins et prestations, et peut compromettre la continuité des soins. Cette complexité risque également de semer la confusion parmi les affiliés et leur famille quant aux services couverts et aux organismes responsables de leur prise en charge. Par ailleurs, même parmi les affiliés à la CNaPS, l'accès effectif aux soins de maternité couverts reste extrêmement faible. En 2022, seules 2,9 pour cent des naissances étaient effectivement prises en charge (OIT 2022b), ce qui pourrait s'expliquer par un manque d'information ou par la confusion engendrée par la complexité de la répartition de la couverture. Il est donc indispensable de rationaliser et

³⁵ Sur la base d'une taille moyenne de ménage de 4,2 personnes (INSTAT 2020)

harmoniser les paniers de soins et de renforcer la coordination entre les prestations de la CNaPS et des SMIE, afin d'assurer un accès complémentaire et cohérent aux soins et à la sécurité de revenu.

Éventail des fonctions des services de santé au travail

La double fonction des SMIE influence également l'éventail des fonctions des SST qui devraient relever de leur compétence. La prestation de soins curatifs et de services de santé publique aux travailleurs et à leur famille constitue la majeure partie de leurs activités. En effet, entre 60 et 90 pour cent des dépenses et du temps de travail des SMIE seraient consacrés à des services de santé sans lien direct avec le travail (OIT 2019a). Si cette orientation répond aux besoins de leurs membres, notamment en raison de la faible couverture des autres mécanismes de PSS, elle limite toutefois la capacité des SMIE à remplir pleinement leur mission préventive. Par exemple, une évaluation de l'OIT a révélé que certains SMIE éprouvaient des difficultés à conseiller efficacement les employeurs en matière de santé, de sécurité et d'hygiène, notamment en raison d'un nombre insuffisant de visites sur site et d'une capacité d'évaluation limitée. De plus, le rôle des SMIE en matière de formation à la santé, à l'hygiène et à l'ergonomie reste limité, puisque leur activité porte principalement sur les premiers secours, la fourniture de soins curatifs aux travailleurs et à leur famille, ainsi que la formation en santé publique, plutôt que sur la santé au travail (OIT 2019a).

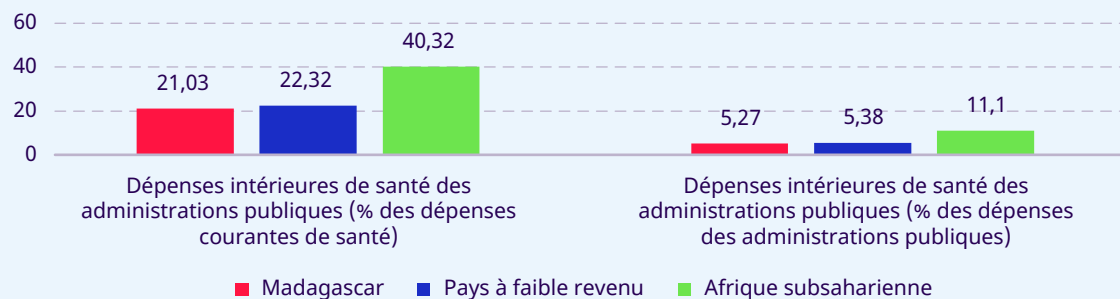
Qualité des services

Le modèle adopté et la double fonction des SMIE ont également des implications sur la qualité des services fournis et couverts. L'un des avantages de cette double mission, qui associe santé au travail et santé générale, est qu'elle atténue la séparation souvent observée entre ces deux domaines. Par exemple, les SMIE ont rapporté que cette intégration facilitait l'échange d'informations entre les médecins généralistes et les médecins du travail, un défi récurrent (Persechino et al. 2017), et permettait ainsi d'améliorer le suivi de l'état de santé des travailleurs. En revanche, certaines SMIE présentent des écarts significatifs sur le plan des infrastructures et des ressources disponibles. Bien que le décret n° 2003-1162 prévoie le soutien financier du ministère du Travail aux SMIE, aucun financement public n'est réellement mis en place. En conséquence, tandis que certains SMIE ont été établis à partir de centres médicaux préexistants équipés d'infrastructures avancées (radiographies, ambulances), d'autres reposent sur les ressources des entreprises membres. Cela entraîne des disparités majeures entre les SMIE. Ainsi, lorsque les ressources d'un SMIE ne suffisent pas à couvrir l'ensemble des services prévus, celui-ci peut conclure des accords ou «conventions» avec d'autres établissements de santé, publics ou privés, afin d'assurer la fourniture de soins curatifs aux travailleurs affiliés et à leur famille, les coûts étant pris en charge par le SMIE.

Financement

Il importe aussi de souligner que la double fonction des SMIE joue un rôle déterminant dans la mobilisation des **ressources** pour le système de PSS. En effet, les ressources disponibles et allouées à la santé à Madagascar sont limitées et inférieures aux moyennes régionales, ainsi qu'à celles des pays de même catégorie de revenu, comme l'illustre la figure 12 ci-dessous.

► Figure 12. Dépenses publiques générales de santé à Madagascar, dans les pays à faible revenu et en Afrique subsaharienne



Source: OMS, s.d.

Mandat de la Caisse nationale de prévoyance sociale pour les services de santé au travail

Un deuxième lien identifié dans l'étude concerne les responsabilités de la CNaPS dans la mise en œuvre de certaines fonctions de santé au travail pour des catégories spécifiques de la population. Le cadre juridique malgache attribue à la CNaPS un rôle préventif, notamment dans le suivi des ATMP, le contrôle du respect des normes de sécurité et de santé au travail par les employeurs, ainsi que la promotion de pratiques préventives. Le rôle de la CNaPS en matière de prévention des accidents et de santé au travail comprend des activités de sensibilisation, de formation et de conseil, généralement sollicitées par les employeurs dans le cadre d'audits. Toutefois, l'étude de l'OIT souligne que de nombreux acteurs méconnaissent les programmes de prévention de la CNaPS. De plus, un manque de clarté et des chevauchements de responsabilités ont été relevés entre la CNaPS, la DSST et les SMT, en particulier en ce qui concerne le conseil technique aux entreprises, la prévention et les inspections (OIT 2019a).

Conclusion

L'engagement des SMIE dans la couverture et la prestation de services de santé généraux comble des lacunes importantes des mécanismes de PSS et répond ainsi aux besoins de leurs membres. De fait, bénéficier de la couverture d'un SMIE est l'objectif de nombreux travailleurs non couverts. En effet, une étude de l'OIT menée auprès de travailleurs de petites et moyennes entreprises de l'économie informelle en milieu urbain révèle que 70 pour cent des personnes interrogées exprimaient le souhait d'être couvertes par la CNaPS ou un SMIE (OIT, s.d.b).

La réalisation de la CSU devra passer par une réflexion sur l'articulation des mécanismes de PSS afin d'assurer une couverture cohérente et universelle. Bien que le rôle des SMIE soit reconnu dans la Stratégie nationale sur la couverture sanitaire universelle de 2015, aucune directive spécifique ne définit leur intégration aux autres mécanismes. Cette intégration pourrait être renforcée par une meilleure coordination, notamment en fonction de la répartition géographique ou des populations cibles couvertes, ainsi que par l'harmonisation ou la complémentarité des paniers de soins. Par ailleurs, les responsabilités de la CNaPS en matière de prévention des risques professionnels peuvent compléter la couverture assurée par les SMIE. De même, il est possible de renforcer la coordination entre les acteurs de la santé, de la protection sociale et de la santé au travail. Par exemple, il faudrait envisager de renforcer la coordination entre les SMIE, les employeurs et la CNaPS afin d'améliorer la déclaration des ATMP de faciliter ainsi l'accès aux prestations correspondantes. Comme mentionné précédemment, la sous-déclaration des ATMP reste élevée, principalement en raison d'un manque de volonté des employeurs et des travailleurs, mais aussi du caractère restrictif de la liste des maladies professionnelles reconnues (OIT 2019a). Dans le cadre de ses actions en faveur de la santé des travailleurs, le ministère de la Santé publique pourrait également mettre en place des initiatives de sensibilisation à la protection sociale et soutenir son expansion, afin de favoriser l'accès à un ensemble de prestations plus complet.

► Viet Nam

© ILO

Introduction

Le Viet Nam affiche la croissance économique la plus rapide d'Asie du Sud-Est et se classe au deuxième rang des économies les plus dynamiques d'Asie, avec un taux de croissance du PIB à 6,3 pour cent en 2023 (Banque asiatique de développement 2022). Une politique d'industrialisation et de modernisation a transformé la répartition de l'emploi: l'agriculture, la foresterie et la pêche ont reculé au profit de l'industrie manufacturière et des services. Ainsi, entre 2000 et 2020, la part de l'emploi dans le secteur agricole a chuté de 62,2 à 34,5 pour cent, tandis que celle des secteurs de l'industrie et de la construction a augmenté de 13 à 30,5 pour cent, et celle du secteur des services de 24,8 à 36 pour cent (Ministère de la Planification et de l'Investissement du Viet Nam 2019 et 2020).

La santé et la protection sociale sont des droits inscrits dans la Constitution du Viet Nam. Elles font l'objet de multiples stratégies et plans visant à garantir et renforcer l'accessibilité, la qualité et l'adéquation des services et des régimes. De même, plusieurs plans et programmes ont été adoptés ces dernières années pour promouvoir la santé des travailleurs et renforcer la santé et la sécurité au travail. Toutefois, la forte prévalence de l'emploi dans l'économie informelle (qui représentait 67,5 pour cent des travailleurs âgés de 15 ans et plus en 2019 (OIT 2021)) limite la couverture des régimes de protection sociale contributifs garantissant la sécurité du revenu et restreint l'accès aux SST. Ainsi, selon le rapport de 2022 sur la santé et la sécurité au travail publié par l'Agence de gestion de la santé et de l'environnement du Viet Nam (VIHEMA), les établissements de santé ont recensé quelque 994 397 cas d'accidents du travail en 2022, dont 9 378 mortels (VIHEMA 2022). Cependant, ces chiffres sont largement sous-estimés, la prévalence réelle des ATMP étant bien plus élevée en raison d'une forte tendance à la sous-déclaration.

La protection sociale

Le système de protection sociale du Viet Nam comprend des régimes contributifs et non contributifs (voir ci-après), qui couvrent les neuf éventualités figurant dans la convention n° 102 de l'OIT.

- Le **fonds d'assurance maladie**, administré par la Sécurité sociale du Viet Nam (VSS) est obligatoire pour tous et propose un ensemble unique de prestations. La population est répartie en six grands groupes, chacun bénéficiant de taux de cotisation, de niveaux de subvention et de taux de reste à charge différenciés selon sa catégorie, avec un financement mixte combinant cotisations et fonds publics. Ce fonds affiche un taux de couverture élevé, puisque 93,35 pour cent de la population est couverte (VSS 2024). Toutefois, les dépenses de santé à la charge des patients ne cessent d'augmenter, tandis que des inégalités et des lacunes de couverture subsistent, en particulier chez les travailleurs proches du seuil de pauvreté et ceux de l'économie informelle (Bales et al. 2021).
- L'**assurance sociale** couvre la vieillesse, les pensions de réversion, le chômage, la maternité, les accidents du travail et les prestations en espèces en cas de maladie. Elle est également

administrée par la VSS. En 2022, près de 38 pour cent de la population active était y couverte (VSS 2023).

- Les prestations en espèces d'**assistance sociale** sont destinées à des groupes spécifiques de la population (orphelins, parents isolés, personnes vivant avec le VIH). Ces prestations sont définies de manière restrictive, couvrent un champ limité de prestations et atteignent une faible couverture. Toutefois, plusieurs politiques ont été mises en place pour renforcer le système, le rendre plus inclusif et élargir la couverture (James et McClanahan 2019).

Les services de santé au travail

La Loi sur la sécurité et la santé au travail de 2015 définit les mesures de prévention dont doivent disposer les travailleurs et précise les obligations légales de l'État, des travailleurs, des employeurs et des autres parties prenantes en matière de protection de la santé des travailleurs. Toutefois, cette loi ne définit pas clairement le modèle organisationnel de la prestation des SST (par exemple, services internes, services externes, services publics, etc.) ni l'entité principale chargée de leur organisation et de leur fourniture. Ainsi, la responsabilité de la fourniture des services est répartie entre plusieurs acteurs (Matsuda 1996; Diep 2020), notamment:

- **le ministère du Travail**, chargé de mener des inspections de sécurité par l'intermédiaire des inspections du travail, mises en place à tous les niveaux;
- **le ministère de la Santé**, chargé de fournir des services essentiels aux travailleurs par l'intermédiaire d'un réseau de centres de santé au travail et de postes de santé. L'Agence de gestion de la santé et de l'environnement du Viet Nam (VIHEMA), placée sous l'autorité du ministère de la Santé, appuie la mise en œuvre de la réglementation en matière de santé au travail;
- **les ministères sectoriels**, qui jouent un rôle clé dans l'organisation et la gestion des SST, ainsi que dans le suivi de l'environnement de travail, les examens de santé, le dépistage des maladies professionnelles, la formation en SST pour les employeurs et les travailleurs, la formation aux premiers secours, ainsi que la surveillance et la déclaration des ATMP;
- **les employeurs**, chargés de dispenser des formations sur la réglementation en SST, de fournir des équipements de protection, d'assurer les soins de santé et les examens médicaux, ainsi que d'examiner, de déclarer et de surveiller les ATMP;
- **l'organisation du Front de la Patrie du Viet Nam³⁶ et ses organisations membres** collaborent avec les agences compétentes pour organiser des actions de sensibilisation et de formation en SST, ainsi que pour contribuer au développement des SST; et
- **les syndicats**, chargés de collaborer avec les employeurs pour élaborer et superviser la mise en œuvre des plans de SST, d'enquêter sur les accidents du travail, ainsi que de contrôler et de surveiller les activités de SST, notamment en veillant à ce que les travailleurs bénéficient d'indemnités adéquates et que les employés concernés bénéficient d'une formation professionnelle. De plus, ils participent activement à l'organisation de campagnes de sensibilisation à la SST et d'activités de plaidoyer.

Les centres de santé au travail sont financés par le budget de l'État via le ministère de la Santé, bien que l'enveloppe budgétaire allouée à la santé au travail soit encore insuffisante dans toutes les provinces. Seuls les travailleurs du secteur formel, qui représentaient 32,3 pour cent de la main-d'œuvre en 2023 (General Statistics Office of Vietnam 2023) accèderaient effectivement à ces services.

Le système de protection sociale présente de multiples interconnexions, aussi bien en interne qu'avec les SST. Ces liens, ancrés dans le cadre législatif et réglementaire, sont détaillés ci-dessous.

³⁶ D'après la Loi de 2015 sur le Front de la Patrie du Viet Nam, le Front constitue la base politique du pouvoir populaire; il représente et protège les droits légitimes et les intérêts de la population.

Les liens entre les services de santé au travail et la protection sociale

Liens au sein du système de protection sociale

La conception et le fonctionnement du régime d'indemnisation des ATMP, du régime de pension et du fonds d'assurance maladie sont interconnectés afin de protéger financièrement les travailleurs touchés par une maladie ou un accident, d'origine professionnelle ou non. En pratique, les responsabilités en matière de recouvrement des cotisations, de versement des prestations aux travailleurs et de gestion des sinistres sont imbriquées entre les trois régimes.

En effet, les prestations versées aux survivants des travailleurs décédés des suites d'ATMP sont couvertes par le régime de pension, conformément à la Loi sur la sécurité et la santé au travail. De plus, les examens médicaux et les soins médicaux en cas d'ATMP sont implicitement inclus dans la liste des services éligibles couverts par le fonds d'assurance maladie. La prise en charge des frais médicaux en cas d'ATMP n'était pas incluse dans les deux lois précédentes sur l'assurance sociale et relevait exclusivement de la responsabilité de l'employeur. Ces services étaient également exclus de la couverture prévue par la Loi de 2008 sur l'assurance maladie. Toutefois, les amendements introduits en 2014 ont levé cette exclusion et ainsi facilité l'intégration des examens médicaux, des soins et de la réadaptation fonctionnelle en cas d'ATMP dans la liste des services pris en charge par le fonds d'assurance maladie, sans remboursement par le régime d'indemnisation des ATMP. En revanche, si un employeur ne s'acquitte pas des cotisations pour les travailleurs assujettis à l'assurance sociale obligatoire ou si un travailleur n'est pas couvert par le fonds d'assurance maladie, la Loi sur la sécurité et la santé au travail prévoit que l'employeur soit toujours tenu de verser les prestations auxquelles les travailleurs couverts auraient normalement droit au titre de chaque régime.

► **Tableau 3. Droits des travailleurs affectés par un ATMP et de leurs ayants droit selon les régimes de protection sociale et la responsabilité de l'employeur au Viet Nam**

	Couverture effective	Prestations couvertes
Fonds d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles	29,6 pour cent de la main-d'œuvre	- Frais d'expertise médicale - Allocations forfaitaires, mensuelles et de service - Dispositifs d'assistance et orthopédiques - Frais de convalescence et prise en charge partielle des frais de réadaptation sanitaire - Reconversion professionnelle - Cotisation à l'assurance maladie - Remboursement aux employeurs d'une partie des co-paiements engagés (voir ci-dessous)
Régime d'assurance maladie	93,35 pour cent de la population totale	Les soins médicaux en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail ne sont pas exclus du panier de soins
Régime d'allocations de survivants	31,5 pour cent de la main-d'œuvre sont des cotisants actifs	- Allocation mensuelle de survivant - Allocation funéraire
Responsabilité de l'employeur	32,5 pour cent de la main-d'œuvre (formelle)	Pour les travailleurs non couverts par les régimes mentionnés ci-dessus: accès à l'ensemble des droits énumérés ci-dessus Pour les travailleurs couverts par les régimes mentionnés ci-dessus: remboursement des co-paiements et des frais non pris en charge par l'assurance maladie (ces derniers sont partiellement remboursés par le Fonds d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles – voir ci-dessus).

Source: Données tirées de l'enquête de l'OIT sur la sécurité sociale, (VSS 2024; General Statistics Office of Vietnam 2023), Loi sur la sécurité et la santé au travail de 2015, Loi sur l'assurance maladie de 2008 (modifiée en 2014), Loi sur l'assurance sociale de 2024

Implications

Ces dispositions ont plusieurs implications. Tout d'abord, l'inclusion implicite des soins médicaux pour les personnes atteintes d'ATMP dans le panier de soins du fonds d'assurance maladie garantit une couverture large de la protection financière pour l'accès à ces services. En effet, alors que l'assurance maladie couvre 93,3 pour cent de la population totale, l'assurance contre les accidents du travail ne couvre que 29,6 pour cent de la population active: les travailleurs indépendants en sont légalement exclus et les travailleurs de l'économie informelle rencontrent des difficultés pour y accéder.

D'un point de vue administratif, la «non-exclusion» des soins médicaux en cas d'ATMP du panier de soins de l'assurance maladie peut contribuer à simplifier les démarches bureaucratiques au sein de l'administration du système de santé et du régime d'indemnisation des ATMP. Cette disposition peut faciliter le traitement des demandes de remboursement soumises par les prestataires de soins, en s'appuyant sur l'expertise et l'expérience du fonds d'assurance maladie dans la gestion des prestataires et le paiement des demandes de remboursement. Étant donné que l'assurance contre les accidents du travail et le fonds d'assurance maladie sont administrés par la même institution, la Sécurité sociale du Viet Nam (VSS), cette approche s'inscrit également dans une logique de rationalisation administrative. Elle peut garantir la prise en charge des prestations médicales en cas d'ATMP par le régime d'assurance maladie, évitant ainsi la duplication de certaines fonctions, telles que la contractualisation avec les établissements de santé, la négociation des tarifs ou encore le traitement et le paiement des demandes de remboursement.

En revanche, la modification de la Loi sur l'assurance maladie n'a pas été assortie des ajustements nécessaires pour tenir compte des implications financières, notamment en l'absence de mécanismes identifiés pour le remboursement du fonds d'assurance maladie par l'assurance contre les accidents du travail. En effet, il n'est pas certain que l'adoption de cette modification repose sur une évaluation actuarielle ou une estimation du coût de cette inclusion et, par conséquent, des dépenses supplémentaires à la charge du fonds d'assurance maladie. Par ailleurs, il n'est pas évident que la part des dépenses engagées par le fonds d'assurance maladie pour la prestation de ces services fasse l'objet d'un suivi, ce qui entrave toute analyse des implications financières.

En outre, une grande partie de la main-d'œuvre, principalement dans l'économie informelle, ne bénéficie que d'une protection financière contre les coûts des soins de santé, sans disposer de la sécurité de revenu de l'assurance contre les accidents du travail. Il est essentiel de veiller à ce que les objectifs et les résultats complémentaires de la protection financière et de la sécurité de revenu soient pleinement réalisés grâce à l'extension de la couverture de l'assurance contre les accidents du travail.

Enfin, les mécanismes de remboursement des co-paiements sont complexes: il serait pertinent de les rationaliser. Au Viet Nam, les taux de participation varient de 0 à 20 pour cent des frais de traitement éligibles, en fonction du groupe d'affiliation et de la catégorie à laquelle appartient l'individu. La Loi sur la sécurité et la santé au travail vise à limiter la charge financière supportée par les travailleurs et les employeurs en imposant, d'une part, aux employeurs de rembourser les travailleurs pour les frais engagés en cas de maladie professionnelle et en prévoyant, d'autre part, le remboursement de ces montants aux employeurs par l'assurance contre les accidents du travail. Cependant, ces dispositifs de partage des coûts présentent certaines limites. Le recours initial à la responsabilité de l'employeur peut compromettre l'accès des travailleurs aux soins. De plus, le champ d'application de ces remboursements est restreint, puisque ces dispositions ne couvrent que les maladies professionnelles, à l'exclusion des accidents du travail, et ne prennent pas en charge les frais de réadaptation. Compte tenu de la complexité de cette répartition des coûts entre les différentes parties prenantes, il faudrait envisager d'introduire dans la Loi sur l'assurance maladie des exonérations de co-paiements en cas d'ATMP, à l'instar de la pratique adoptée au Kazakhstan, par exemple (OIT 2024a).

Liens entre les services de santé au travail et l'assurance contre les accidents du travail

Un autre lien mis en évidence par la recherche, et déjà évoqué ci-dessus, concerne l'articulation entre les cadres juridiques des SST et de l'assurance contre les accidents du travail. En effet, les dispositions établissant les conditions d'éligibilité, la nature et le niveau des prestations au titre de cette assurance, ainsi que l'affectation des fonds, sont énoncées dans la Loi sur la sécurité et la santé au travail. L'article 92 de cette loi abroge d'ailleurs toutes les dispositions de la Loi sur l'assurance sociale relatives à l'assurance contre les accidents du travail.

Un autre lien concerne l'affectation des ressources de l'assurance contre les accidents du travail au financement de la «mutualisation des risques», ainsi qu'aux activités de prévention des risques professionnels et de réadaptation. L'article 56 de la Loi sur la sécurité et la santé au travail prévoit qu'un maximum de 10 pour cent des recettes de l'assurance puisse être alloué à la prévention et à la mutualisation des risques d'ATMP. Les activités concernées incluent les examens médicaux et le traitement des maladies professionnelles, la réadaptation des capacités fonctionnelles, les enquêtes sur les ATMP à la demande de la VSS, ainsi que la formation en SST pour les affiliés et certaines catégories de travailleurs, y compris les formations organisées par les employeurs. Ainsi, les employeurs affiliés peuvent être remboursés par le l'assurance contre les accidents du travail à hauteur de 70 pour cent des coûts des formations en SST qu'ils organisent pour leurs travailleurs.

Ainsi, en 2020, près de 200 milliards de dongs vietnamiens ont été alloués par l'assurance contre les accidents au travail pour financer la prévention et la mutualisation des risques. Cela représente 0,07 pour cent du total des revenus assurés cette année-là, mais environ un tiers des dépenses de l'assurance contre les accidents au travail consacrées aux prestations périodiques en 2019 (soit 551 milliards de dongs) (OIT 2021). L'affectation de ressources issues de l'assurance contre les accidents au travail représente un soutien financier considérable pour l'organisation des SST. Ceci est d'autant plus pertinent que ces services sont généralement sous-financés, comme c'est le cas au Viet Nam. Cependant, puisque ces ressources sont allouées au remboursement des activités mises en œuvre par les employeurs, elles ne contribuent pas au financement des institutions publiques de santé au travail. Cette approche limite les possibilités d'utiliser ces fonds pour financer des activités ou des services susceptibles de bénéficier aux travailleurs non couverts par l'assurance contre les accidents du travail.

Coordination entre les services de santé au travail, la PSS et l'assurance contre les accidents du travail

Des dispositions légales, des programmes et des résolutions prévoient également une coordination entre les SST, le fonds d'assurance maladie et l'assurance contre les accidents du travail.

Premièrement, la VSS participe en tant que membre du comité de rédaction des règlements encadrant la mise en œuvre de la Loi sur la sécurité et la santé au travail, en particulier pour les dispositions relatives à l'assurance contre les ATMP. Cela s'explique par le fait que les dispositions relatives à ce régime sont énoncées dans cette loi et non dans la Loi sur l'assurance sociale.

Deuxièmement, l'article 91 de la Loi sur la sécurité et la santé au travail établit les mécanismes de coordination en matière de SST, en définissant la responsabilité principale de la mise en œuvre des activités en collaboration avec les autres ministères, les agences de niveau ministériel, les gouvernements locaux et d'autres organismes compétents. Les activités à coordonner comprennent, entre autres:

- ▶ l'élaboration de politiques en matière de SST, de lois, de normes et de règlements techniques;
- ▶ la mise en place de programmes; la diffusion d'informations sur la SST;
- ▶ la communication, la sensibilisation et la formation;
- ▶ la collecte et la publication de statistiques.

Dans la pratique, diverses résolutions et décrets ont été adoptés pour mettre en place des programmes de coordination des actions en faveur de la santé des travailleurs et de la SST (voir point ci-dessous).

Troisièmement, deux programmes distincts, mis en œuvre par le ministère de la Santé et le ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires sociales (MOLISA), encouragent également une coordination renforcée entre toutes les parties prenantes et la mutualisation des ressources pour soutenir la santé des travailleurs. Ainsi, le Programme de prise en charge et d'amélioration de la santé des travailleurs et de prévention des maladies professionnelles 2020-2030, élaboré par le ministère de la Santé, vise à établir un cadre de coordination pour la protection, la prise en charge et l'amélioration de la santé des travailleurs. Il prévoit également la promotion de modes de vie sains et d'une alimentation équilibrée, la prévention des ATMP, et la protection de la vie des travailleurs. Le Programme national sur la SST 2021-2025, placé sous l'égide du MOLISA, prévoit également un renforcement de la coordination entre un large éventail d'acteurs afin d'améliorer les conditions de travail, de prévenir les ATMP et de protéger la vie des travailleurs. Dans le cadre de ces deux programmes, les résolutions et décrets en vigueur préconisent la mise en commun de ressources, notamment celles du fonds d'assurance maladie et de l'assurance contre les accidents du travail, afin d'accroître le financement disponible pour ces initiatives. Toutefois, il n'est pas certain que cette approche soit mise en œuvre dans la pratique.

Cependant, bien que les cadres législatifs et réglementaires prévoient une collaboration, une certaine ambiguïté demeure quant à son application effective dans la mise en œuvre des activités, faute d'informations disponibles à ce sujet. La participation des parties prenantes aux réunions annuelles et aux initiatives conjointes de sensibilisation à la SST pourrait faciliter l'acquisition de connaissances et la formulation de recommandations visant à renforcer la collaboration, tant au niveau central et provincial qu'au niveau local (district, commune).



Conclusion

L'analyse effectuée pour cet étude de cas souligne la présence de nombreuses opportunités pour améliorer la coordination entre les acteurs de la santé, la protection sociale et les SST, qui s'inscrivent toutes dans le cadre législatif et réglementaire. La première concerne le **suivi et le signalement** des ATMP. Actuellement, le ministère de la Santé et le MOLISA se partagent cette responsabilité, chacun étant chargé de différents aspects de la santé et la sécurité au travail et des ATMP. Le cadre réglementaire stipule que le MOLISA et la VSS supervisent l'exercice annuel de compte rendu au gouvernement sur la mise en œuvre de l'assurance contre les accidents du travail, sur son travail de comptabilité, ainsi que la collecte des statistiques associées. Le MOLISA centralise aussi les données sur les accidents du travail, en s'appuyant sur les informations fournies par le ministère de la Santé concernant les travailleurs victimes d'accidents qui bénéficient d'examen médicaux et de soins. La Loi sur la sécurité et la santé au travail prévoit en outre que le ministère de la Santé établisse des statistiques et une base de données sur les maladies professionnelles, tout en assurant le suivi, la consolidation et la diffusion des informations relatives aux SST. Par ailleurs, le VIHEMA surveille les environnements de travail afin de détecter d'éventuels risques professionnels, un critère essentiel pour que soit reconnue l'origine professionnelle d'une maladie. Ainsi, si les rapports sur la santé au travail peuvent être fragmentés, ils reposent néanmoins sur un processus partagé. Mais malgré tout, la coordination entre le ministère de la Santé et la VSS semble limitée en ce qui concerne la collecte et l'agrégation des données relatives aux personnes atteintes d'un ATMP et leur accès aux prestations de l'assurance contre les accidents du travail. En conséquence, bien que le fonds d'assurance maladie couvre les coûts des services de santé dans ces cas, il n'est tenu par aucune disposition réglementaire de contribuer aux efforts de suivi et de signalement. Il existe donc une marge d'amélioration pour renforcer la coordination en matière de surveillance et de signalement.

En outre, les dispositions institutionnelles offrent des **possibilités d'amélioration de l'accès aux SST pour les travailleurs de l'économie informelle et d'élargissement de la couverture** des différents régimes de protection sociale. Les SST sont intégrés au réseau des établissements de santé publique via les Centres de contrôle des maladies (Diep 2020). Ces services sont offerts aussi bien aux travailleurs du secteur formel qu'informel, car le ministère de la Santé est chargé de mettre en œuvre des paniers de services de base pour les petites et moyennes entreprises ainsi que pour les travailleurs sans contrat de travail. Ce dispositif facilite ainsi l'accès aux SST, en particulier des travailleurs vulnérables et des travailleurs de l'économie informelle. De plus, ce dispositif serait l'occasion de diffuser des informations sur les droits et les prestations en matière de protection sociale, ou encore d'orienter les travailleurs concernés, par l'intermédiaire des établissements de santé, vers le fonds d'assurance maladie ou l'assurance contre les accidents du travail. La sécurité du revenu offerte par ce dernier vient compléter les services préventifs et curatifs assurés par les structures de santé publiques. De même, le fait que le fonds d'assurance maladie et l'assurance contre les accidents du travail soient tous deux administrés par la VSS ouvre la voie à une meilleure coordination et facilite l'orientation des bénéficiaires vers ces dispositifs.

Bien que les initiatives concrètes menées de manière coordonnée restent limitées, le cadre juridique offre une base solide pour renforcer les liens entre les SST et la protection sociale. Plusieurs de ces interconnexions créent des opportunités et un environnement propice à une meilleure coordination. Le financement des activités de prévention par l'assurance contre les accidents du travail pourrait constituer un levier stratégique pour renforcer la collaboration avec les prestataires formels des SST. Par ailleurs, la prise en charge des coûts médicaux liés aux ATMP par le fonds d'assurance maladie représente une incitation majeure à renforcer la coopération en matière de promotion de la santé et de prévention des risques professionnels. De manière plus générale, des perspectives de coordination existent, notamment en ce qui concerne l'extension de la couverture de la protection sociale et l'accès aux services de santé pour plus de travailleurs.

Bibliography

- Aguiar, Luciene, et Luiz Carlos Fadel Vasconcellos. 2015. «A Gestão Do Sistema Único de Saúde e a Saúde Do Trabalhador: O Direito Que Se Tem e o Direito Que Se Perde». *Saúde Em Debate* 39 (106): 830–40. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030022>.
- AISS, Association internationale de la sécurité sociale. «Régimes de sécurité sociale dans le monde. Profils de pays». <https://www.issa.int/databases/country-profiles>
- Albarracín Restrepo, Laura Alejandra. 2023. «¿Cuáles EPS Se Han Liquidado Hasta La Fecha En Colombia?» *El Tiempo*, 23 octobre 2023. <https://www.eltiempo.com/salud/cuales-eps-se-han-liquidado-hasta-la-fecha-en-colombia-820479>.
- Alshits, Y.A., et I.A. Kulkova. 2018. «Результативность Предупредительных Мер По Сокращению Производственного Травматизма и Профессиональных Заболеваний [‘Rezultativnost’ predupreditel’nix mer po sokrashhenyu proizvodstvennogo travatizma i professional’nix zabolevanij’] - Effectiveness of Preventive Measures for Reducing Workplace Injuries and Occupational Diseases». *Upravlenets-the Manager* 9 (2): 18–25. <https://doi.org/10.29141/2218-5003-2018-9-2-4>.
- Álvarez Torres, Sonia Helena, et Martha Isabel Riaño Casallas. 2018. «La Política Pública de Seguridad y Salud En El Trabajo: El Caso Colombiano». *Gerencia y Políticas de Salud* 17 (35).
- Arksey, Hilary, et Lisa O'Malley. 2005. «Scoping Studies: Towards a Methodological Framework». *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
- Bales, Sarah, Marielle Phe Goursat, et Nguyen Khanh Phuong. 2021. «Extending Social Health Protection in Viet Nam: Accelerating Progress towards Universal Health Coverage». <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=57668>.
- Balista, Salma Regina Rodrigues, Sílvia Maria Santiago, et Heleno Rodrigues Corrêa Filho. 2011. «A Atenção à Saúde do Trabalhador Nas Unidades Básicas de Saúde do SUS: Estudo de Caso em Campinas, São Paulo». *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 36 (124): 216–26.
- Banque asiatique de développement. 2022. «Asian Development Outlook: Supplement December 2022». Note d’information. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/844296/ado-supplement-december-2022.pdf>.
- Banque mondiale. s.d. «Poverty and Inequality Platform». <https://data.worldbank.org/>
- Barreto de Miranda, Cristiano. 2018. «Aspectos do Cenário Atual da Reabilitação Profissional no Brasil: Avanços e Retrocessos». *Cad. Saude Publica* 34 (8): e00218717.
- Beurden, Karlijn M. van, Sylvia J. Vermeulen, Johannes R. Anema, et Allard J. van der Beek. 2012. «A Participatory Return-to-Work Program for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: A Process Evaluation Alongside a Randomized Controlled Trial». *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (1): 127–40. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9314-4>.
- Buijs, P., B. Gunnyeon, et C. Weel. 2012. «Primary Health Care: What Role for Occupational Health?» *British Journal of General Practice* 62 (65): 623–24.
- Bulut, Mehmet. 2022. «Türk İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarında İş Kazalarının Bildirimi Yükümlülüğü ve Sorunlar». *İş, Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 24 (1): 70–85.

- Cheng, W.J., P.H. Chung, et Y.W. Cheng. 2019. «Transfer of the Health Care Burden of Occupational Injuries and Diseases from Labor Insurance to National Health Insurance in Taiwan». *American Journal of Industrial Medicine* 62 (6): 496–502. <https://doi.org/10.1002/ajim.22979>.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale . 2021. «Les comptes de la sécurité sociale – Résultats 2020». Comptes annuels. Paris: Commission des comptes de la Sécurité sociale. <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/Rapport%20CCSS-Septembre2021.pdf>.
- Commission on Social Determinants of Health. 2008. *Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health - Commission on Social Determinants of Health Final Report*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1
- CCS, Consejo Colombiano de Seguridad. 2024. «Colombia Registra La Tasa de Mortalidad Laboral Más Baja En Los Últimos Siete Años, Pero La Accidentalidad No Cede». Bogota: CCS. <https://ccs.org.co/portfolio/informe-de-siniestralidad-laboral-del-primer-semester-de-2024/>.
- Daubas-Letourneux, V. 2008. «Produire Des Connaissances En Santé Au Travail à l'échelle Régionale: Le Signalement Des Maladies à Caractère Professionnel Dans Les Pays de La Loire». *Revue Française Des Affaires Sociales*. cairn.info.https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RFAS_082_0213 &download=1&from-feuilleter=1.
- Dias, Elizabeth Costa, et Monica Angelim Gomes de Lima. 2022. «Basic Health Care/Family and Workers' Health Programs Performed by Occupational Health Professionals among Vulnerable Populations». *Safety and Health at Work* 13:S5. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.12.718>.
- Diep, Nguyen Bich. 2020. The Profile of Occupational Safety and Health in Vietnam. The National Institute of Occupational & Environmental Health. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/32121%20OSH%20report%20of%20Vietnam-buntan1-6.pdf.
- Ferre, N. 2010. «Les Institutions et les Acteurs en Santé au Travail au Québec et en France : Regard Croisé». *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*. <https://doi.org/10.4000/pistes.1618>.
- Flores, Laura, Edgar Giménez Caballero, et Néstor Peralta. 2017. «Salud Ocupacional Con Énfasis En La Protección Del Trabajador/a En Paraguay». *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud* 15 (3): 111–28.
- García Gómez, M. 2014. «La Sospecha de Enfermedad Profesional: Programas de Vigilancia Epidemiológica Laboral». *Medicina y Seguridad Del Trabajo* 60:157–63.
- García Gómez, M., L. Artieda Pellejero, V. Esteban Buedo, A. Guzman Fernandez, F. Camino Duran, A. Martinez Castillo, et M. Lezzaun Goni. 2006. «Health Surveillance of Workers Exposed to Asbestos: An Example of Cooperation between the Occupational Prevention System and the National Health System». *Revista Espanola de Salud Publica* 80 (1): 27–39.
- General Statistics Office of Vietnam. 2023. «Labour Force Survey 2023». Hanoi.
- Govender, M, et S Rajaram. 2018. «951 A Model for the Delivery of Integrated Occupational Health Services within the South African Public Health System». *Occupational and Environmental Medicine* 75 (Suppl 2): A167–A167. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.471>.
- Hansen, A, M Rocholl, A-S Buse, S M John, A Goergens, D Nashan, et A Wilke. 2019. «Herausforderungen für die Sekundäre Individualprävention bei Hauterkrankten in Metallberufen – Bewertung und zentrale Ergebnisse einer interdisziplinären Maßnahme nach mehr als 10-jähriger Durchführung». *Dermatologie in Beruf Und Umwelt* 67 (10): 137–47.
- IHME, Institute for Health Metrics and Evaluation. 2017. «Global Burden of Disease Study 2017 Results Tool».
- INSTAT, Institut national de la statistique Madagascar. 2020. «Troisième Recensement Général de La Population et de l'Habitation (RGPH-3)». Institut national de la statistique. https://www.instat.mg/documents/upload/main/INSTAT_RGPH3-Definitif-ResultatsGlogaux-Tome1_17-2021.pdf.

- . 2022. «Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (EDSMD-V) 2021». Antananarivo: Institut National de la Statistique. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR376/FR376.pdf>.
- Jain, Aditya, Juliet Hassard, Stavroula Leka, Cristina Tecco, et Sergio Iavicoli. 2021. «The Role of Occupational Health Services in Psychosocial Risk Management and the Promotion of Mental Health and Well-Being at Work». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (7): 3632. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073632>.
- James, Philip, et Shea McClanahan. 2019. *Assessing the Adequacy of Tax-Financed Social Protection in Viet Nam*. Genève: Bureau international du Travail. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=18870>.
- Keskimäki, I., L.K. Tynkkynen, E. Reissell, M. Koivusalo, V. Syrjä, L. Vuorenkoski, B. Rechel, et M. Karanikolos. 2019. «Finland: Health System Review». *Health Systems in Transition* 21 (2): 1–166.
- Kirkland, Katherine, Mya Sherman, Hannah Covert, Grace Barlet, et Maureen Lichtveld. 2017. «A Framework for Integrating Environmental and Occupational Health and Primary Care in a Postdisaster Context». *Journal of Public Health Management and Practice* 23. https://journals.lww.com/jphmp/fulltext/2017/11001/a_framework_for_integrating_environmental_and.13.aspx.
- Kittel, J., S. M. Fröhlich, P. Heilmeyer, D. Olbrich, M. Karoff, et B. Greitemann. 2014. «Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Ergebnisse der Einjahreskatamnese von Präventionsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung». *Rehabilitation (Stuttg.)* 53 (4): 251–57.
- Kyung, MinJung, Soo-Jeong Lee, Caroline Dancu, et Oi Saeng Hong. 2023. «Underreporting of Workers' Injuries or Illnesses and Contributing Factors: A Systematic Review». *BMC Public Health* 23 (1): 558. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15487-0>.
- Labbe, E., JJ. Moulin, L. Fontana, B. Charbotel, M. Moulin, C. Sass et L. Gerbaud. 2012. «Agir Pour la Santé des «Travailleurs Vulnérables»: Expérimentation d'un Partenariat Entre Services de Santé au Travail et Centres d'examen de Santé de l'assurance». *Archives Des Maladies* <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1775878512000677>.
- Lancry, P.J., B. Crochet, G. Richard-Hamelin, and J.P. Grillet. 2007. «Fonctionnement de La Santé-Sécurité au Travail en Agriculture». *Revue du Praticien* 57 (11 Suppl): 11–14.
- Leão, Luís Henrique da Costa, et Alexandre Carvalho Castro. 2013. «Políticas Públicas de Saúde Do Trabalhador: Análise Da Implantação de Dispositivos de Institucionalização Em Uma Cidade Brasileira». *Ciencia & Saude Coletiva* 18 (3): 769–78. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000300023>.
- Lecomte-Ménahès, G. 2022. *Quand les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie Investissent la Prévention en Santé au Travail*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03631214/document>.
- Leiva, R., L. Rochaix, N. Kiefer, et J. C. K. Dupont. 2021. «Evaluating the Impact of Intensive Case Management for Severe Vocational Injuries on Work Incapacity and Costs». *Journal of Occupational Rehabilitation* 31 (4): 807–21. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09967-6>.
- LHSS, Local Health System Sustainability Project. 2023. «Extension de la Couverture Santé Universelle à Travers les Mutuelles de Santé : Les Perspectives Pour Madagascar». <https://www.lhssproject.org/resource/extension-de-la-couverture-sante-universelle-travers-les-mutuelles-de-sante-les#:~:text=Le%20gouvernement%20de%20Madagascar%20s,usagers%20des%20soins%20de%20sant%C3%A9>.
- Marmot, Michael. 2001. «Economic and Social Determinants of Disease». *Bulletin of the World Health Organization* 79 (10), 988–989. Organisation mondiale de la Santé.
- Martin, Peter J., Jack T. Harvey, John F. Culvenor, et Warren R. Payne. 2009. «Effect of a Nurse Back Injury Prevention Intervention on the Rate of Injury Compensation Claims». *Journal of Safety Research* 40 (1): 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2008.10.013>.

- Matsuda, S. 1996. «An Analysis of the Vietnamese System of Occupational Safety and Health and Setting Priorities with the Analytical Hierarchy Process». *Occupational and Environmental Medicine* 53 (4): 281–86. <https://doi.org/10.1136/oem.53.4.281>.
- MSPS, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2022. *Plan Decenal Salud Pública 2022-2031*.
- . 2023a. *Análisis de Situación de Salud – ASIS*. Bogota. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf>.
- . 2023b. *Informe al Congreso 2022-2023. Sector Salud y Protección Social*.
- Ministry of Planning and Investment of Viet Nam. 2019. *Report on Labor Force Survey 2019*. Hanoi, Viet Nam: General Statistics Office of Vietnam. <https://www.gso.gov.vn/wp-content/uploads/2021/05/labor-force-report-2019.pdf>.
- . 2020. *Report on Labor Force Survey: Quarter 1 2020*. Enquête. Hanoi, Viet Nam: General Statistics Office. https://www.gso.gov.vn/wp-content/uploads/2021/01/Quy-1.2020_final_Eng.pdf.
- Mori, Koji. 2018. «Current Status and Issues for the Role of Occupational Health Physicians in Japan». *JMA J.* 1 (1): 15–21.
- Moser, N.T., K. Fischer, et C. Korsukéwitz. 2010. «Prävention als Aufgabe der Rentenversicherung: Innovative Modelle Ergänzen bewährte Konzepte». *Rehabilitation (Stuttg.)* 49 (2): 80–86.
- MPPSPF, Ministère de la Population, de la Protection Sociale, et de la Promotion de la Femme. 2019. *Stratégie Nationale de La Protection sociale*. Antananarivo: MPPSPF.
- Nagaraja, S., S. Prakash, S. Kumbhar, D. Kiran, P. Phukan, P. Kumar, et R. Menezes. 2013. «Employees State Insurance Corporation Health Camps at Bengaluru, India: Bridging Gaps». *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine* 17 (2): 78–79. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.123175>.
- OIT, Organisation internationale du Travail. 2013. *Strengthening the Role of Employment Injury Schemes to Help Prevent Occupational Accidents and Diseases*. Genève: BIT. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_214022.pdf.
- . 2019a. «Evaluation des Services de Santé au Travail à Madagascar: Étude de Cas». Genève: Bureau international du Travail. Non publié.
- . 2019b. «Universal Social Protection: Key Concepts and International Framework». *Social Protection for All Issue Brief*. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55517>.
- . 2020a. *ILO Social Security Standards: A Global Reference for Social Security Systems*. Genève: Bureau international du Travail. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=16837>.
- . 2020b. «Integrating Social Health Protection Systems Lessons Learned Costa Rica, Indonesia, Lao PDR, Rwanda, and Vietnam». *Social Protection in Action Brief Series*. Genève: Bureau international du Travail. https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action;jsessionId=QuEW6IkRF_ufKu7OIYACPA96p9hYcR-Naxi2FP8Td-CGWtZmlso!-1463413688?id=55996.
- . 2020c. *Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles*. Genève: Bureau international du Travail. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>.
- . 2021a. «Informal Employment in Viet Nam: Trends and Determinants». Non publié.
- . 2021b. *Actuarial Analysis of Sickness, Maternity, Employment Injury and Unemployment Benefits Administered by Viet Nam Social Security as at 31 December 2019*. Genève: BIT, Département de la protection sociale. Non publié.
- . 2022a. *Estudio Sobre Los Servicios de Salud en el Trabajo en Colombia*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@sro-lima/documents/publication/wcms_858801.pdf.

- . 2022b. *Étendre La Protection sociale en Santé à Madagascar: Etat des Lieux et Options Vers La Couverture Santé Universelle*. Genève: Bureau international du Travail. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/Media.action?id=18890>.
- . 2023a. *A Call for Safer and Healthier Working Environments*. Organisation internationale du Travail. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/publication/wcms_903140.pdf.
- . 2023b. «Profil National de Sécurité et Santé Au Travail: Madagascar». Genève: Bureau international du Travail.
- . 2024a. *Extending Social Health Protection: Accelerating Progress towards Universal Health Coverage in Central and Western Asia*. Genève: Bureau international du Travail. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=19951>.
- . 2024b. *Rapport mondial sur la protection sociale 2024-2026: Protection sociale universelle pour l'action climatique et une transition juste*. <https://www.ilo.org/media/593496/download>.
- . s.d. a. «ILO Modelled Estimates Database – ILOSTAT».
- . s.d. b. *Diagnostic Approfondi Sur l'application des Principes et Droits Fondamentaux au Travail et de La Santé et Sécurité au Travail Dans des Secteurs d'activités Économiques de Madagascar – Rapport Final*.
- . À paraître a. *En Camino a la Cobertura Universal en Salud: Protección Social en Salud en Colombia*. Genève: Bureau international du Travail.
- . À paraître b. *Integración Entre la Protección Social y los Servicios de Salud en el Trabajo en Colombia*. Genève: Bureau international du Travail.
- . À paraître c. *Integrating Social Protection and Occupational Health Services: A Scoping Review*. Genève: Bureau international du Travail.
- . À paraître d. *Intégration Entre les Systèmes Nationaux de Protection sociale et les Services de Santé au Travail à Madagascar*. Genève: Bureau international du Travail.
- . À paraître e. *Integration of Social Protection and Occupational Health Services in Viet Nam*. Genève: Bureau international du Travail.
- O'Leary, P., L.I. Boden, S.A. Seabury, A. Ozonoff, et E. Scherer. 2012. «Workplace Injuries and the Take-up of Social Security Disability Benefits». *Social Security Bulletin* 72 (3): 1–17.
- OMS, Organisation mondiale de la Santé. s.d. «Global Health Expenditure Database». <https://apps.who.int/nha/database>.
- OMS et Banque mondiale. 2023. *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. Genève: Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale; <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/1ced1b12-896e-49f1-ab6f-f1a95325f39b>.
- OMS et OIT. 2023. *WHO/ILO Joint Estimates of the Work-Related Burden of Disease and Injury, 2000–2016*. Genève: Organisation mondiale de la Santé et Organisation internationale du Travail.
- Persechino, B., L. Fontana, G. Buresti, B.M. Rondinone, P. Laurano, G. Fortuna, A. Valenti, et S. Iavicoli. 2017. «Collaboration of Occupational Physicians with National Health System and General Practitioners in Italy». *Industrial Health* 55 (2): 180–91. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2016-0101>.
- Rantanen, Jorma, Suvi Lehtinen, Antonio Valenti, et Sergio Iavicoli. 2017. «A Global Survey on Occupational Health Services in Selected International Commission on Occupational Health (ICOH) Member Countries». *BMC Public Health* 17 (1): 787. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4800-z>.
- Rydlewska-Liszkowska, I. 2002. «Financing Occupational Health Services in Poland». *International Archives of Occupational and Environmental Health* 75:10–13. <https://doi.org/10.1007/s00420-002-0352-2>.

- Tynkkynen, L.K., M. Chydenius, A. Saloranta, et I. Keskimäki. 2016. «Expanding Choice of Primary Care in Finland: Much Debate but Little Change so Far». *Health Policy* 120 (3): 227–34. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.015>.
- Untimanon, Orrapan, Kowit Boonmeepong, Ammaraporn Laplue, et Kamonchanok Sukanan. 2022. «Quality Assurance Approach for Basic Occupational Health Services Provided by Primary Care Units (PCUs) in Thailand – An Example for Others?» *Safety and Health at Work* 13:S12. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.12.737>.
- Van Beurden, Karlijn M. van, Sylvia J. Vermeulen, Johannes R. Anema, et Allard J. van der Beek. 2012. «A Participatory Return-to-Work Program for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: A Process Evaluation Alongside a Randomized Controlled Trial». *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (1): 127–40. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9314-4>.
- VIHEMA, Agence de gestion de la santé et de l'environnement du Viet Nam. 2022. 'Occupational Health and Safety Report in Vietnam 2022'. Official report. Health Environment Management Agency, Ministry of Health.
- VSS. 2023. «BHXH Việt Nam: 28 Năm Nỗ Lực vì Sự Nghiệp an Sinh Xã Hội». Viet Nam Social Security. <https://baohiemxahoi.gov.vn/tintuc/Pages/hoat-dong-he-thong-bao-hiem-xa-hoi.aspx?ItemID=20122&CategoryId=0>.
- . 2024. «Enhancing the Role of Health Insurance Policy as a Pillar in Ensuring Social Security of the Nation». 27 février 2024. <https://vss.gov.vn/english/news/Pages/vietnam-social-security.aspx?CategoryId=0&ItemID=11656>.
- Yum, Yong-Tae. 2006. «Realization of Workers' Health Promotion Services under the Umbrella of the National Health Promotion System of Korea». *Journal of Occupational Health* 42 (3): 156–62. <https://doi.org/10.1539/joh.42.156>.

Annexe. Méthodologie

Dans le cadre de ce projet de recherche, les auteurs ont réalisé une revue de portée et trois études de cas nationales fondées sur des recherches empiriques en Colombie, à Madagascar et au Viet Nam. Leurs méthodologies respectives sont présentées ci-dessous.

Méthodologie de la revue de portée

La revue de portée a été réalisée et rédigée par Tatiana Agbadje (Université Laval, Québec, Canada), Gloria Ayivi-Vinz (Université Laval, Québec, Canada), Frédéric Bergeron (Université Laval, Québec, Canada), Nathalie Both (OIT), Aurore Iradukunda (anciennement OIT), Dejan Loncar (Université de Genève, Suisse), Marietou Niang (Université du Québec à Rimouski, Lévis, Québec, Canada), Ana Catalina Ramirez (OIT) et Lou Tessier (OIT).

Tatiana Agbadje, Gloria Ayivi-Vinz, Frédéric Bergeron, Aurore Iradukunda, Dejan Loncar, Marietou Niang, Ana Catalina Ramirez et Lou Tessier ont participé à la conception de la revue de portée et à la définition des questions de recherche. Aurore Iradukunda, Dejan Loncar et Marietou Niang ont déposé le protocole de recherche en vue de son enregistrement. La stratégie de recherche documentaire a été mise en œuvre par Frédéric Bergeron, en collaboration avec Aurore Iradukunda, Marietou Niang et Lou Tessier. Tatiana Agbadje et Gloria Ayivi-Vinz ont procédé de manière indépendante à l'identification et à la sélection des documents pertinents sur la plateforme Covidence, tandis que Marietou Niang est intervenue en tant qu'arbitre en cas de désaccord. Ana Catalina Ramirez et Lou Tessier étaient chargées de valider la pertinence de chaque article. Le rapport a été rédigé par Nathalie Both, Aurore Iradukunda, Ana Catalina Ramirez et Lou Tessier. La version finale a été relue et approuvée par l'ensemble des auteurs. La version préliminaire du rapport a été révisée par Grace Monica Gothuey (OIT), Mathilde Mailfert (OIT), Tzvetomira Radoslavova (OIT) et Yuka Ujita (OIT).

Pour la revue de portée, les auteurs ont suivi la **méthodologie** de Arksey et O'Malley (2005). L'objectif était d'identifier, de décrire et d'analyser les liens institutionnels existants entre les systèmes de santé au travail et les systèmes de protection sociale à l'échelle mondiale. Deux questions de recherche principales ont été formulées:

1. Dans quels pays existe-t-il des liens institutionnels entre les services de santé au travail et les systèmes de protection sociale?
2. Que révèlent les documents publiés sur la nature de ces relations et la possibilité d'établir une typologie de ces liens?

Une stratégie de recherche a été déployée le 26 octobre 2022 dans plusieurs bases de données spécialisées.³⁷ En parallèle, la méthode d'échantillonnage en boule de neige a été appliquée pour repérer d'éventuelles publications qui auraient échappé à la recherche initiale. Les critères d'inclusion concernaient à la fois les articles académiques et la littérature grise, et étaient définis comme suit: a) la recherche devait mettre en évidence au moins un lien entre les services de santé au travail et les systèmes de protection sociale dans un ou plusieurs pays; b) sa date de publication devait être comprise entre 2000 et 2022; et c) elle devait être rédigée dans l'une des langues suivantes: anglais, français, portugais, russe, espagnol ou turc.

Les revues, les correspondances et lettres éditoriales étaient exclues de la stratégie de recherche. Bien que la recherche ait principalement porté sur les liens entre les SST et la PSS, les termes de recherche utilisés englobaient des notions plus larges liées à la protection sociale. Le processus de sélection s'est déroulé en deux étapes, conformément à la méthodologie adoptée: un tri initial basé sur les titres et résumés, suivi d'un examen approfondi du texte intégral, réalisé dans le cadre d'un processus d'évaluation en double aveugle. L'évaluation croisée des études sélectionnées a été menée par l'équipe

³⁷ Medline (Ovid), Embase (Embase.com), CINAHL (EBSCO), Academic Search Premier (EBSCO), CINAHL, Web of Science, ABI/Inform (ProQuest) and SciELO (Web of Knowledge) et Google Scholar

de recherche de l'OIT, et les résultats ont été présentés selon une approche qualitative de l'analyse de contenu.

La méthodologie de la revue de portée adoptée présente néanmoins plusieurs **limites**. Premièrement, la fragmentation de la documentation recensée et la complexité à identifier clairement les liens entre les systèmes ont constitué un défi majeur lors du processus de sélection des articles. Pour pallier cette difficulté, les chercheurs, bibliothécaires et experts de l'OIT ont étroitement collaboré pour sélectionner les articles les plus pertinents, en extraire les données essentielles et harmoniser la compréhension des objectifs des études analysées.

Si la diversité linguistique de l'équipe de recherche a facilité l'accès à un large éventail d'articles provenant de différents pays, elle a également pu conduire à l'exclusion involontaire de publications pertinentes rédigées dans des langues non couvertes par la revue de portée. En effet, les publications recensées portaient essentiellement sur des contextes européens, tandis que les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire étaient peu représentés. Cette disparité pourrait refléter non pas une absence de liens institutionnels, mais plutôt un déficit de documentation disponible dans les langues couvertes par l'étude. À l'avenir, les recherches devront élargir le champ géographique des analyses sur cette thématique. Pour remédier à cette limitation, trois études de cas ont été menées dans le cadre du projet.

Méthodologie des études de cas

Trois études de cas ont été menées sur la Colombie, Madagascar et le Viet Nam. La sélection de ces pays était fondée sur plusieurs critères, notamment l'existence ou la mise en place de politiques nationales et de stratégies intégrées visant, d'une part, à promouvoir l'accès aux SST et, d'autre part, à étendre la PSS à l'ensemble de la population. La recherche menée dans le cadre de ces études de cas reposait sur une approche qualitative, fondée sur des **analyses documentaires** visant à établir un état des lieux des politiques actuelles, des cadres réglementaires, des dispositifs organisationnels et de la mise en œuvre des SST et de la protection sociale, tout en explorant les liens éventuels entre ces systèmes. Ces analyses documentaires s'appuyaient à la fois sur des études publiées et non publiées, provenant de divers projets menés par l'OIT.

Les analyses documentaires ont été complétées par des **entretiens réalisés auprès d'informateurs clés**, notamment des décideurs politiques et des administrateurs des SST, des régimes de protection sociale et des systèmes de santé. Ces échanges visaient à obtenir leurs analyses éclairées sur les questions de recherche et à recueillir des données inédites et pertinentes. Les entretiens ont eu lieu en juin 2024 en Colombie, en octobre et en novembre 2023 au Viet Nam, et en novembre 2023 à Madagascar. Le tableau ci-dessous présente une liste des acteurs interrogés dans le cadre du projet. En Colombie, certains entretiens n'ont pas pu être réalisés du fait de la réforme en cours du secteur de la santé.

Pays	Acteurs interrogés ou consultés
Colombie	• Servicio de Salud de Bogotá • Junta de Calificación de Invalidez, Ministerio del Trabajo • Dirección de Riesgos Laborales, Ministerio del Trabajo • Departamento del Trabajo del Departamento de Cesar • Entidad Promotora de Salud (EPS) Salud Total • Administrador de Riesgos Laborales Positiva • Academia (Universidad de La Guajira) • Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) • Instituto Prestador de Salud (IPS) Atlantico
Madagascar	• Organisation Sanitaire Tananarivienne Interentreprises (OSTIE) • Association Médicale Interentreprises de Tananarive (AMIT) • FUNHECE SMIE • FUNABE • Espace Sanitaire Interentreprises d'Antananarivo (ESIA)
Viet Nam	• Viet Nam Health Environment Management Agency, Ministry of Health • Safe Work Department, Ministry of Labour, War Invalids and Social Affairs • Social Protection Department, Ministry of Labour, War Invalids and Social Affairs • Viet Nam National Institute of Environmental and Occupational Health (VNNIEOH) • Social Insurance Policy Branch, Viet Nam Social Security (VSS) • Health Insurance Implementation Department, Viet Nam Social Security (VSS)



Organisation
internationale
du Travail

Protection sociale et services de santé au travail : Une meilleure coordination pour contribuer aux Objectifs de Développement Durable

**International Labour Organization
Governance Department - Occupational Safety
and Health and Working Environment Branch
Universal Social Protection Department**
Route des Morillons 4
CH-1211 Geneva 22
Switzerland

Financé par



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
ET DE L'EMPLOI**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Cette publication a été réalisée dans le cadre du
Programme-phare de l'OIT pour bâtir des socles de
protection sociale pour tous.