

A healthcare worker, Hildegard Theobald, is shown from the chest up. She is wearing a blue hijab, a blue face shield, a pink surgical mask, and a clear plastic apron over her blue scrubs. She is looking directly at the camera with a slight smile. The background is a blurred indoor setting with light-colored walls and a window with blinds.

Hildegard Theobald

En première ligne du coronavirus

L'expérience du personnel soignant en Allemagne

EUROPA

ver.di

Kommunal.

arenaidé

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG

EUROPA

L'Europe a besoin d'une démocratie sociale !

Quel est le réel intérêt de l'Europe ? Est-il possible de convaincre les citoyens européens des possibilités offertes par les politiques sociales et une démocratie sociale forte en Europe ? C'est à ces questions que la Friedrich-Ebert-Stiftung consacre sa série « Politiques pour l'Europe ». L'objectif de notre fondation est de montrer qu'il est à la fois possible et nécessaire de faire de l'intégration européenne une construction démocratique, équilibrée sur le plan économique et social et fiable en matière de politique étrangère.

Les sujets au centre de notre réflexion sont :

- L'Europe démocratique
- La transformation sociale et écologique
- La politique économique et sociale en Europe
- La politique étrangère et de sécurité en Europe

Ces quatre dimensions font l'objet d'une série d'événements et de publications de la FES. L'objectif de la fondation est de proposer des leviers d'action et des conseils aux décideurs politiques et aux syndicats, afin de contribuer à l'avancée du débat sur l'avenir de l'Europe et faire émerger des propositions spécifiques susceptibles d'avoir une influence sur l'orientation des politiques publiques. Cette série de publications a pour objectif de promouvoir votre participation au débat sur les « politiques pour l'Europe ».

Résumé

La pandémie de COVID-19 a eu un impact considérable sur la situation du personnel soignant et a révélé les carences du secteur du soin aux personnes âgées. Les prestataires de services de soins n'étaient pas préparés à la pandémie, comme l'a notamment montré la pénurie d'équipements de protection individuelle. L'insuffisance généralisée des effectifs, la pénurie de personnel liée aux infections et le surcroît d'activité se sont traduits par une augmentation significative de la charge de travail pour le personnel soignant. La robustesse du système de soins aux personnes âgées dépend de la compétence du personnel soignant, d'une main-d'œuvre relativement stable et de l'esprit d'équipe des salariés.

À propos de l'auteur

Hildegard Theobald est professeure de gérontologie organisationnelle à l'Université de Vechta, en Allemagne. Ses travaux portent sur des recherches comparatives internationales sur les systèmes de soins aux personnes âgées, les politiques en matière de soins aux personnes âgées, la migration, la professionnalisation du métier de soignant et la situation du personnel soignant.

Organisations partenaires

Arena Idé (www.arenaide.se) est un groupe de réflexion indépendant et progressiste originaire de Stockholm, financé par le mouvement syndical suédois.

Kommunal (www.kommunal.se) est le premier syndicat de la fonction publique en Suède et compte plus de 500 000 membres.

Ver.di est le deuxième syndicat allemand. Ce syndicat multisectoriel qui compte environ deux millions de membres se met au service des salariés dans plus de 1 000 activités et secteurs professionnels différents.

Responsable de la publication au sein de la FES

Thomas Manz, directeur du bureau parisien de la FES (version française)

Iva Figenwald, conseillère politiques sociales, FES

Josefin Fürst, collaboratrice scientifique, FES Pays nordiques

Hildegard Theobald

En première ligne du coronavirus

L'expérience du personnel soignant en Allemagne

1	INTRODUCTION ET CONTEXTE	2
	1.1 Le système allemand de soins aux personnes âgées.....	2
	1.2 Les infrastructures de soins aux personnes âgées.....	2
	1.3 L'évolution de la situation pour le personnel soignant.....	4
2	LES SERVICES DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES FACE À LA COVID 19	6
	2.1 Mars-août 2020 : taux d'infection, mortalité et politiques.....	6
	2.2 La COVID-19 dans le secteur des soins aux personnes âgées.....	7
3	LE POINT DE VUE DES SYNDICATS	9
	3.1 Le point de vue de Ver.di.....	9
	3.2 Les revendications politiques majeures à l'échelle européenne.....	9
4	CONCLUSION	10
	Références.....	12

1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

1.1 Le système allemand de soins aux personnes âgées

En Allemagne, l'assurance dépendance obligatoire, dont l'instauration remonte à 1995–1996, est le principal plan de politique sociale en matière de soins de longue durée. Elle fournit une couverture universelle à toutes les tranches d'âge et comprend cinq échelons de soins en fonction du degré de fragilité. En raison de la répartition des soins liée à l'âge, la majorité des bénéficiaires de l'assurance dépendance sont âgés de 65 ans et plus. En 2017, 81 % d'entre eux étaient âgés de 65 ans et plus, et 35 % de 85 ans et plus (Office fédéral de la statistique 2018). L'assurance dépendance n'a pas vocation à couvrir l'intégralité des frais, mais plutôt à verser des sommes forfaitaires prédéfinies en fonction du niveau de besoin et du type de prestations, indépendamment de la situation financière des bénéficiaires. Ces sommes forfaitaires doivent ensuite être complétées par les ressources personnelles, une aide familiale informelle ou des prestations sociales soumises à conditions de ressources. L'assurance dépendance est financée par les cotisations sociales. Les taux de cotisation sociales affectées au financement de la dépendance sont fixés par la législation nationale et s'élevaient à 3,05 % en moyenne en 2020 (3,3 % pour les affiliés sans enfant), sur la base des revenus bruts. En 2019, les dépenses liées à l'assurance dépendance représentaient 45 milliards d'euros, plus 4 milliards d'euros de prestations sociales supplémentaires (ministère fédéral de la Santé 2020 ; Office fédéral de la statistique 2020 ; Rothgang/Müller 2018) (pour plus d'informations, cf. Encadré 1).

En 2017, 16 % des adultes âgés de 65 ans et plus ont perçu des allocations dans le cadre de l'assurance dépendance (Office fédéral de la statistique 2018). Les bénéficiaires des échelons de soins deux à cinq choisissent librement entre des paiements en numéraire, des soins à domicile et des services au sein d'établissements de soins. Les bénéficiaires disposent librement des paiements en numéraire pour financer des soins (familiaux) ou bénéficier de soins à domicile ou de services dans des établissements de soins. D'autres types de services, tels que des soins de courte durée, des soins de répit et des soins de jour ou de nuit, peuvent également être accordés. En 2017, 46 % des bénéficiaires âgés de 65 ans et plus ont utilisé les prestations en numéraire pour financer des soins dans le cercle familial, 26 % ont eu recours à des soins à domicile et 27 % à des services dans des établissements de soins. Des données datant de 2015 indiquent que 5 % des bénéficiaires, toutes tranches d'âge confondues, ont eu recours à des soins de jour ou de nuit, 25 % à des soins de répit et 11 % à des soins de courte durée (Schwinger *et al.* 2017).

ACCÈS AUX PRESTATIONS : LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le cadre de l'assurance dépendance s'appuie sur un système national unique d'évaluation. Depuis la réforme de 2017, le cadre répartit les demandeurs selon cinq échelons de soins.

Les plans de politique sociale dans le domaine des soins de longue durée

L'assurance dépendance a remplacé le plan de politique sociale connu sous le nom d'Hilfe zur Pflege (aide sociale aux soins), qui prédominait en Allemagne depuis 1961. Ce plan accordait une aide publique pour les soins à domicile et les services dans les établissements de soins sur la base d'un examen des ressources dans le cadre de la Loi fédérale en matière d'aide sociale, en s'appuyant sur la situation fiscale. Ce plan n'a pas été aboli par l'introduction de l'assurance dépendance, mais il a été remanié et complète désormais l'assurance dépendance en tant qu'allocation soumise à conditions de ressources pour les personnes n'étant pas en mesure d'acquitter les frais restant à leur charge.

L'assurance dépendance se divise en deux branches distinctes : l'assurance dépendance sociale (destinée aux personnes affiliées à l'assurance maladie obligatoire), qui concerne environ 89 % de la population, et un régime d'assurance privé obligatoire (destiné aux personnes affiliées à une assurance maladie privée), qui concerne environ 11 % de la population. Les critères d'éligibilité, les procédures d'examen et les allocations accordées sont identiques, car ils sont définis par la législation nationale en matière d'assurance dépendance pour les deux branches. Les taux de cotisation de l'assurance dépendance sociale fixés par la législation nationale représentent le plafond maximal des taux de cotisation de l'assurance dépendance privée. La création de deux systèmes distincts a été décriée principalement en raison des différents niveaux de cotisations d'assurance qu'ils impliquent (ces niveaux sont généralement inférieurs pour l'assurance dépendance privée car ses affiliés sont globalement plus riches et en meilleure santé) et de l'absence de redistribution économique entre les deux branches, qui s'explique par l'existence de systèmes de financement distincts (pour plus d'informations sur cette question, cf. Theobald 2011).

Des statistiques sur les soins datant de 2017 révèlent que la majorité des bénéficiaires âgés de 65 ans et plus (63 %) appartiennent aux échelons deux et trois, tandis que seuls 20 % d'entre eux appartiennent aux échelons supérieurs (quatre et cinq) (Office fédéral de la statistique 2018). Les échelons de soins dépendent du type de prestations utilisées. Les bénéficiaires des échelons inférieurs (deux et trois) privilégient généralement les paiements en numéraire. À mesure que les besoins augmentent, les bénéficiaires ont recours à des soins à domicile, puis à des services dans des établissements de soins. Toutefois, en raison de la difficulté pour les bénéficiaires sans aide familiale à coordonner des soins à domicile suffisants et de la liberté de choix entre les différents types de prestations pour les bénéficiaires des échelons deux à cinq, bon nombre d'entre eux intègrent des établissements de soins alors qu'ils appartiennent à des échelons inférieurs. Ainsi, près de la moitié des résidents des établissements de soins appartiennent aux échelons deux et trois. Dans le même temps, 66 % des résidents des établissements de soins sont atteints de démence (Isfort *et al.* 2018).

1.2 Les infrastructures de soins aux personnes âgées

Avant l'instauration de l'assurance dépendance en 1995–1996, les infrastructures de soins à domicile et les établissements de soins étaient sous-développés. Les soins à do-

micile et services dans les établissements de soins étaient financés par une aide sociale accordée en fonction de la situation fiscale ou par les caisses publiques d'assurance maladie et principalement proposés par des prestataires à but non lucratif (ainsi que quelques prestataires publics et à but lucratif). L'instauration de l'assurance dépendance s'est accompagnée de la régulation du marché des soins en s'appuyant sur le modèle du choix des consommateurs pour favoriser l'essor des services de soins professionnels selon les principes du choix des patients et de la maîtrise des coûts. La prestation des services de soins est désormais soumise à la concurrence en matière de prix et de qualité des soins entre les prestataires publics à but non lucratif et les prestataires à but lucratif. L'accès au marché des soins est réglementé par une habilitation délivrée par les caisses régionales d'assurance maladie en vertu de la législation nationale en matière d'assurance dépendance et entérinée par des contrats cadres régionaux.

Dans ce contexte, la prestation de soins à domicile s'est développée et transformée en commerce, offrant d'énormes opportunités aux prestataires à but lucratif. En 2017, dans le secteur des soins à domicile, 14 050 prestataires de soins (contre 10 820 en 1999) proposaient des services à but lucratif, soit 66 % des prestataires pour 51 % des patients. Les services à but non lucratif étaient, quant à eux, proposés par 33 % des prestataires pour 47 % des patients. Ces deux types de services constituent la quasi-totalité du marché, les prestataires publics ne représentant qu'une infime partie de l'offre (Office fédéral de la statistique 2001 et 2018). La plupart des prestataires sont de petites organisations indépendantes (55 %), 22 % comptent plusieurs sites et le reste comprend des prestataires de soins multi-niveaux proposant différents types de services (soins à domicile, soins de jour, services dans des établissements de soins et assistance aux personnes dépendantes) (Isfort *et al.* 2018).

S'agissant des établissements de soins, leur nombre est passé de 8 859 en 1999 à 14 480 en 2017 suite à l'instauration de l'assurance dépendance. Bien que les prestataires à but lucratif aient connu un essor, les prestataires à but non lucratif demeurent majoritaires (53 % des prestataires et 55 % des lits disponibles). Le secteur à but lucratif représente 43 % des prestataires et 39 % des lits disponibles. Là encore, la part de prestataires publics est faible (Office fédéral de la statistique 2001 et 2018). En Allemagne, les établissements de soins à but lucratif sont traditionnellement gérés par des entreprises familiales. Ce n'est que depuis 2013 (et particulièrement depuis 2017) que des sociétés de capital investissement américaines, françaises et scandinaves opèrent dans le secteur des soins aux personnes âgées, notamment dans les établissements de soins (Scheuplein *et al.* 2019).

NOUVEAUX CONCEPTS DE SOINS

L'organisation des services et les concepts de soins ont également évolué depuis l'instauration de l'assurance dépendance. En 2017, 4 % des adultes âgés de 65 ans et plus ont eu recours à des soins à domicile dans le cadre de l'assurance dépendance (Office fédéral de la statistique 2018). En

Allemagne, les soins à domicile comprennent la prestation intégrée de soins infirmiers à domicile financée par l'assurance maladie et l'aide aux soins de longue durée (soins corporels et services domestiques) financée par l'assurance dépendance par l'intermédiaire d'un prestataire de soins à domicile. D'après une enquête représentative menée auprès de prestataires de soins à domicile, environ 42 % des patients bénéficient des deux types de services, 26 % uniquement des soins de longue durée et 32 % uniquement des soins infirmiers à domicile. Ces deux types de services sont financièrement équivalents pour les prestataires, tandis que les cotisations des patients ne représentent que 7 % de leur chiffre d'affaires (Isfort *et al.* 2016).

Suite à l'instauration de l'assurance dépendance, sont apparues des formules standard de soins à domicile, laissées au libre choix du patient. Ces formules de soins (comme les soins corporels complets du matin) comprennent des tâches et durées précisément définies. En réponse aux critiques dont ces formules ont fait l'objet, les prestataires de soins à domicile proposent depuis 2013 des services selon des quotas de temps précisément définis. En 2014, 41 % des prestataires proposaient ce type de services (Isfort *et al.* 2016). Les frais de service sont directement remboursés par l'assurance dépendance régionale à hauteur de la somme forfaitaire déterminée par l'échelon de soins, tandis que les frais supplémentaires sont couverts par les ressources personnelles ou des prestations sociales soumises à conditions de ressources. En 2015, 13 % des bénéficiaires percevaient une allocation d'aide sociale aux soins (Rothgang/Müller 2018). Dans le cadre d'une enquête représentative menée auprès de bénéficiaires vivant à domicile, Hielscher et confrères (2017) ont découvert que les frais privés (entièrement liés aux soins) s'élevaient à 362 euros par mois en moyenne, ce qui représente une charge considérable pour les personnes âgées à faibles revenus. Au-delà de ces frais, les écarts en matière de prestation des soins posent question. En dépit de l'essor susmentionné, ces écarts concernent certains services et mettent en évidence des disparités régionales, dont une pénurie dans les zones rurales (Isfort *et al.* 2016).

Le secteur des établissements résidentiels de soins a, lui aussi, fortement évolué. En 2017, 4 % de la population âgée de 65 ans et plus vivait dans des établissements de soins, ce qui représente le principal mode d'hébergement des personnes âgées ne vivant pas chez elles. Par ailleurs, 1 à 2 % des adultes âgés de 65 ans et plus vivent dans des résidences pour personnes dépendantes (Kremer Preiß *et al.* 2019). Enfin, et notamment depuis 2000, 3 121 centres de vie autonome ont été créés dans des appartements partagés (principalement pour les personnes âgées atteintes de démence) (Klie *et al.* 2017).

Dans le cadre d'une étude nationale menée en 2018, Kremer-Preiß et confrères (2019) ont découvert que les résidences pour personnes dépendantes étaient de plus en plus plébiscitées par les personnes âgées nécessitant des soins (en 2018, 37 % des résidents étaient bénéficiaires de l'assurance dépendance, majoritairement à des échelons inférieurs). De ce fait, 26 % des prestataires ont développé

des services supplémentaires de jour ou 24 heures sur 24. En tant que bénéficiaires de l'assurance dépendance, les résidents perçoivent une allocation couvrant les soins à domicile, mais pas les autres frais de service et d'hébergement. Dans le cadre de leur étude, Kremer Preiß et confrères (2019) ont découvert que les résidents devaient endosser des frais privés considérables.

Les concepts de soins appliqués dans les établissements de soins ont évolué depuis les années 1990. Les établissements de soins font désormais partie d'organisations multifonctionnelles qui gèrent également des services de soins de jour et à domicile, des maisons de santé et des résidences pour personnes dépendantes (24 % des établissements de soins en 2017, cf. Office fédéral de la statistique 2018). De nos jours, la vie dans les établissements de soins s'articule généralement autour d'accords de groupe proposant divers concepts de soins. Le concept le plus récent, né en 2010, est le « Quartiershaus », un établissement de soins qui entretient des relations étroites avec les acteurs locaux. Des statistiques représentatives indiquent que la part de résidents vivant en chambre individuelle est passée de 48 % en 2001 à 66 % en 2017 (Office fédéral de la statistique 2003 et 2018). Des études de cas menées sur la vie dans les établissements de soins montrent une tendance à l'ouverture aux acteurs locaux, tels que des associations et des bénévoles.

Les frais privés liés aux soins dans ces établissements ont considérablement augmenté, puisqu'ils atteignaient 700 euros par mois en moyenne en 2017. De plus, les résidents doivent s'acquitter des frais de pension et d'hébergement, sans compter les coûts d'investissement si le prestataire a investi dans le bâtiment. La part de résidents d'établissements de soins percevant des prestations sociales supplémentaires pour couvrir ces frais est passée de 35 % en 2013 à 41 % en 2018 (Rothgang/Domhoff 2019). En Allemagne, les enfants des résidents étaient généralement tenus de payer les frais des établissements de soins que leurs parents n'étaient pas en mesure de payer eux-mêmes. L'aide sociale aux soins ne finançait les frais liés aux soins privés que lorsque les enfants n'étaient pas en mesure de les payer. La législation a été modifiée en 2020 et stipule désormais que seuls les enfants percevant des revenus supérieurs à 100 000 euros par an sont tenus de payer ces frais. Un débat public est en cours concernant le plafonnement des frais liés aux soins privés dans le cadre de l'assurance dépendance, ainsi que la couverture du reste à charge par l'assurance dépendance (cf. Rothgang/Domhoff 2019). Le montant des cotisations privées n'encourage pas le recours aux services des établissements de soins et limite ainsi le choix entre les différents types de services.

1.3 L'évolution de la situation pour le personnel soignant

En parallèle de l'essor et de la commercialisation des infrastructures de soins à domicile et des établissements de soins, le nombre de soignants à domicile est passé de 183 782 en 1999 à 390 322 en 2017, et celui des soignants

dans les établissements de soins de 440 940 en 1999 à 764 648 en 2017 (Office fédéral de la statistique 2001 et 2018). Cette croissance a coïncidé avec l'expansion du secteur à but lucratif, qui représentait 56 % des soignants à domicile en 2017 contre 36 % en 1999, et 36 % des soignants dans les établissements de soins en 2017 contre 24 % en 1999. L'augmentation du nombre de soignants a entraîné une explosion du travail à temps partiel. En 2017, seuls 29 % des soignants à domicile et 31 % des soignants dans les établissements de soins étaient employés à temps plein (Office fédéral de la statistique 2001 et 2018).

LE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL ET SES CONSÉQUENCES

En 2017, le travail à temps partiel associé à une couverture sociale précaire (travail à temps partiel marginal, plus connu sous le nom de « mini jobs ») concernait 18 % des soignants à domicile et 9 % des soignants dans les établissements de soins (Office fédéral de la statistique 2018). Le travail à temps partiel marginal désigne les contrats de travail avec des horaires de travail définis et une rémunération de jusqu'à 450 euros par mois, ainsi que le travail intérimaire. Ce type d'emploi ne comprend pas l'assurance dépendance obligatoire ni l'assurance chômage, et ouvre des droits limités à l'assurance maladie, sans indemnités versées par la caisse d'assurance maladie. Cependant, comme tous les salariés, les personnes employées dans le cadre de « mini-jobs » ont droit aux indemnités maladie versées par l'employeur pendant les six premières semaines. Il n'y a pas de jours de carence en Allemagne.

Il existe de grandes disparités entre les prestataires s'agissant du recours au travail à temps partiel marginal. La part de travail à temps partiel marginal est de 20 % chez les prestataires de soins à domicile à but lucratif, contre 16 % chez les prestataires publics et à but non lucratif. Parmi les soignants dans les établissements de soins, elle est de 11 % chez les prestataires à but lucratif, contre 8 % chez les prestataires à but non lucratif et 5 % chez les prestataires publics (Office fédéral de la statistique 2018). La part maximale de soignants employés dans le cadre de contrats de travail à temps partiel marginal est réglementée par les contrats cadres régionaux qui régulent l'accès au marché des soins.

Le travail à temps partiel marginal concerne particulièrement les soignants peu qualifiés. En 2012, 23 % des aides-soignants et 32 % des auxiliaires de vie auprès des personnes âgées (les principales professions représentées dans le secteur des soins à domicile et les établissements de soins) étaient employés dans le cadre d'un contrat à durée déterminée (Bispinck *et al.* 2013) (pour plus d'informations sur les différentes formations, cf. ci dessous). Le travail à temps partiel peut être proposé en vue d'adapter le temps de travail aux responsabilités familiales, mais le travail à temps partiel marginal et les contrats à durée déterminée servent généralement à rationaliser les activités de care, par exemple pour bénéficier de renforts le matin ou le soir lors des soins corporels.

En revanche, le travail intérimaire n'est pas très répandu en Allemagne. D'après une enquête représentative menée dans le secteur des soins à domicile en 2015, 9 % des prestataires avaient régulièrement recours à des agences d'intérim (Isfort *et al.* 2016). D'après une enquête représentative menée auprès de gérants d'établissements de soins en 2017, 21 % avaient recours à des agences d'intérim, mais le nombre de soignants concernés était très faible. Lorsque des soignants doivent être temporairement remplacés (par exemple, en cas de maladie), le personnel permanent effectue généralement des heures supplémentaires rémunérées. Les résultats de ces recherches révèlent le mécontentement des soignants quant à l'impact de ces mesures sur leur temps libre (Isfort *et al.* 2018).

LE NIVEAU DE FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT

En 2017, la majorité des soignants à domicile avaient suivi une formation professionnelle de trois ans. 48 % des soignants avaient suivi une formation professionnelle d'infirmier ou d'aide-soignant (dont le programme est davantage axé sur l'aide sociale) de trois ans, et 8 % avaient suivi une formation professionnelle spécialisée dans le domaine. 10 % des soignants à domicile étaient des aides-infirmiers ou des auxiliaires de vie ayant suivi une à deux années de formation professionnelle, tandis que 31 % avaient suivi une formation aux soins de courte durée ou n'avaient suivi aucune formation (Office fédéral de la statistique 2018). Cette hétérogénéité des niveaux de compétence s'explique par la prestation intégrée de soins infirmiers et de soins de longue durée (principalement des soins corporels) dans le cadre des soins à domicile (cf. ci-dessus). Les soins infirmiers sont essentiellement prodigués par des infirmiers ou des aides-soignants et ne peuvent généralement pas être délégués à d'autres membres du personnel soignant. Les soins corporels sont une activité professionnelle devant être effectuée par du personnel qualifié (infirmiers ou aides-soignants) ou sous leur supervision. La composition du personnel soignant est régie par les contrats cadres régionaux et la disponibilité de celui-ci doit être démontrée dans le cadre de la procédure d'habilitation. La part de soignants titulaires d'un diplôme supérieur d'infirmier est faible, puisqu'elle représente moins d'1 % des salariés du secteur. Ces personnes occupent généralement des postes d'expert ou de direction. En 2017, 45 % du personnel chargé des soins directs dans des établissements de soins avaient suivi une formation professionnelle d'aide-soignant ou d'infirmier de trois ans, 9 % une formation professionnelle d'infirmier ou d'auxiliaire de vie d'un à deux ans, et 36 % une formation aux soins de courte durée ou aucune formation (Office fédéral de la statistique 2018). En 2008, une nouvelle formation de courte durée axée sur les activités sociales et la surveillance a été introduite. En 2017, 56 % des soignants chargés de la surveillance avaient uniquement suivi cette formation de courte durée. Dans le secteur des établissements de soins, la part de soignants ayant suivi un cursus d'infirmier était faible (0,5 % du personnel du secteur) et ceux-ci occupaient essentiellement des postes d'expert ou de direction.

En vertu des obligations légales, 50 % du personnel chargé des soins directs (principalement les soins corporels et la surveillance) doit, au minimum, avoir suivi une formation professionnelle de trois ans, généralement d'aide-soignant ou d'infirmier. En termes d'équivalents temps plein, ce quota de 50 % est atteint. La situation et la tendance actuelles dans le secteur des soins à domicile et les établissements de soins font l'objet de critiques : d'abord, car le niveau de formation considéré comme suffisant en matière de surveillance et d'activités sociales est jugé trop faible, ensuite, car une grande partie des soignants n'ont suivi qu'une formation aux soins de courte durée, et enfin, car une minorité de soignants sont titulaires d'un diplôme supérieur d'infirmier.

LA PÉNURIE DE PERSONNEL SOIGNANT QUALIFIÉ ET SES CONSÉQUENCES

Les soins sont une activité professionnelle qui requiert du personnel qualifié, à savoir des soignants ayant suivi une formation professionnelle d'infirmier ou d'aide-soignant de trois ans. Toutefois, cette activité est boudée en raison de la difficulté des conditions de travail, d'emploi et de formation. Ce constat est confirmé par la pénurie croissante de personnel soignant qualifié depuis 2010. Plusieurs études ont mis en lumière de nombreux obstacles au recrutement et à la fidélisation du personnel : l'insuffisance des effectifs, la lourde charge psychologique et physiologique associée aux activités quotidiennes de soins, le mécontentement général lié à l'impossibilité de prodiguer des soins de qualité et la faible rémunération (Schmucker 2020).

Des réformes visant à améliorer la formation et à augmenter les effectifs et la rémunération sont prévues ou ont déjà été instaurées (pour connaître le point de vue des syndicats sur ces réformes, cf. ci-dessous). Depuis 2012, une politique active du marché du travail a été introduite et permet à des soignants peu qualifiés travaillant déjà dans le secteur de suivre une formation professionnelle d'aide-soignant de trois ans. La loi sur les métiers des soins (*Pflegeberufereform*) entrée en vigueur en janvier 2020 a fusionné les formations professionnelles d'infirmier et d'aide-soignant en une formation professionnelle unique de trois ans, qui devrait rendre le cursus plus attractif. Par ailleurs, de nouveaux diplômes supérieurs en soins infirmiers ont été créés dans de hautes écoles spécialisées.

De nombreuses études ont révélé que la quantité de personnel soignant dans les établissements de soins était insuffisante. De plus, les réglementations en matière de main-d'œuvre, qui sont définies à l'échelle nationale dans les contrats cadres régionaux, divergent fortement et ne sont pas étayées par de solides recherches. Dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance en 2018, il était prévu qu'une procédure nationale harmonisée et étayée par des faits soit mise en place pour définir la quantité de main-d'œuvre dans les établissements de soins.

Les recherches consacrées à ce sujet ont montré que le nombre de soignants devait être largement accru et que

cela pouvait notamment passer par une augmentation significative du nombre de soignants peu qualifiés n'ayant pas suivi une formation professionnelle de trois ans (cf. Rothgang, Fünfstück *et al.* 2020). Dans cette optique, les infirmiers et aides-soignants devraient être moins impliqués dans les activités quotidiennes de soins et se concentrer sur l'organisation et la délégation de ces activités. En outre, le quota général de 50 % de personnel qualifié devrait être aboli et remplacé par un quota individuel en fonction des besoins de chaque établissement. Si la demande d'augmentation de la main-d'œuvre est bien accueillie, la proposition consistant à accroître le nombre de soignants peu qualifiés et à remplacer le quota général de 50 % par des quotas individuels est davantage controversée. À long terme, cette proposition entraînerait une dégradation de certains éléments des soins quotidiens et risquerait de se traduire par la suppression du quota de personnel qualifié dans certains établissements. En dépit de cette controverse, la Loi sur l'amélioration des soins (Pflegeverbesserungsgesetz), qui est entrée en vigueur en janvier 2021, vise à créer et financer 20 000 nouveaux emplois destinés aux soignants peu qualifiés comme première étape de la mise en place de la procédure nationale harmonisée pour définir la quantité de main-d'œuvre dans les établissements de soins.

MESURES D'AUGMENTATION DE LA RÉMUNÉRATION

Les dernières réformes concerneront la faible rémunération des soignants à domicile et dans les établissements de soins ainsi que la grande disparité entre les régions, les prestataires et les secteurs (soins à domicile et services des établissements de soins) (Greß/Stegmüller 2019). D'après la *Bundesagentur für Arbeit* (2020), la rémunération brute mensuelle des aides-soignants s'établit entre 2 613 et 3 506 euros (médiane : 3 032 euros), et celle des auxiliaires de vie entre 1 913 et 2 642 euros (médiane : 2 146 euros). Les faibles niveaux de rémunération et les écarts résultent de l'absence de conventions collectives et de la nature fragmentée de celles qui existent. L'absence de conventions collectives concerne essentiellement les prestataires à but lucratif (seuls 16 % d'entre eux ont mis en place des conventions collectives). À l'inverse, 81 % des prestataires publics / à but non lucratif adhèrent à plusieurs conventions collectives (Schroeder 2017).

Deux mesures ont été introduites afin d'augmenter la rémunération et de combler les écarts. En 2010, un salaire minimum obligatoire (*Pflegemindestlohn*) a été instauré en vue de garantir un salaire minimum prioritairement aux soignants peu qualifiés qui prodiguent des soins personnels (soins corporels et, depuis 2015, activités sociales et surveillance). Le salaire horaire minimum a alors été fixé à 8,50 euros en ex-Allemagne de l'Ouest et à 7,50 euros en ex-Allemagne de l'Est. En 2020, il a été décidé d'augmenter le salaire minimum en trois étapes jusqu'à atteindre 12,55 euros en avril 2022 dans tout le pays. À compter de 2021, un régime de salaire minimum distinct a été instauré afin de garantir un salaire minimum en fonction du niveau de for-

mation, à savoir pour les auxiliaires de vie (une à deux années de formation professionnelle) et les soignants qualifiés (trois années de formation professionnelle). Le salaire sera augmenté en deux étapes jusqu'à atteindre 13,20 euros pour les auxiliaires de vie et 15,40 euros pour les soignants qualifiés d'ici avril 2022 dans tout le pays. En parallèle de cette réforme du salaire minimum, une convention collective préliminaire a été négociée entre le syndicat (Ver.di) et certaines organisations patronales dans le secteur des soins aux personnes âgées.

2 LES SERVICES DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES FACE À LA COVID 19

2.1 Mars-août 2020 : taux d'infection, mortalité et politiques

Le premier cas de COVID-19 en Allemagne a été confirmé à la fin du mois de janvier 2020 à Munich, en Bavière. À la fin du mois de février, plusieurs cas avaient été confirmés en Rhénanie-du-Nord-Westphalie et dans le Bade-Wurtemberg. À compter de début mars, le nombre de cas confirmés par semaine a bondi, en particulier au cours de la deuxième quinzaine du mois. Le nombre de cas confirmés a atteint un pic de 36 100 par semaine à la fin du mois de mars, suivi d'une forte baisse à 7 400 par semaine à la fin du mois d'avril. Le nombre de cas confirmés a continué de baisser progressivement jusqu'à atteindre un seuil de 3 200 par semaine à la fin du mois de mai. Jusqu'à la mi-juillet, les chiffres ont oscillé entre 2 000 et 3 000 cas par semaine, avec un pic causé par un foyer épidémique dans une entreprise de transformation de viande. Une hausse progressive a été observée à la fin de l'été, avec 8 600 cas confirmés par semaine à la fin du mois d'août (RKI 2020a).

Le taux de mortalité élevé et les formes graves de la maladie développées par les personnes âgées ainsi que les foyers épidémiques dans les établissements de soins en mars et avril ont révélé que les personnes âgées, et notamment les résidents d'établissements de soins, étaient particulièrement vulnérables (Buda *et al.* 2020). Le nombre de cas confirmés dans les établissements de soins a plus ou moins suivi la trajectoire globale de la pandémie. Une hausse du taux d'infection dans les établissements de soins a été constatée en mars, puis une augmentation exponentielle et un pic une semaine après la tendance générale. La baisse du nombre de cas confirmés et la stabilisation du faible taux de transmission parmi les résidents d'établissements de soins ont étroitement coïncidé avec l'évolution du taux d'infection national. Le nombre de cas dans les établissements de soins est reparti à la hausse mi-septembre, soit un peu plus tard que l'augmentation du nombre global de cas à la fin du mois d'août (RKI 2020a).

Entre le 1^{er} mars et le 31 août 2020, 242 381 cas ont été confirmés (soit 292 pour 100 000 habitants et 51 % de femmes). L'âge moyen des personnes infectées était de 46 ans. Parmi les personnes infectées, 9 298 (soit 11 pour

100 000 habitants) sont décédées de la COVID-19 ou en étant atteintes de cette maladie. Ces personnes étaient majoritairement des hommes (55 %), et en particulier âgés puisque leur âge moyen était de 81 ans. 85 % des personnes décédées avaient 70 ans et plus, alors même que les personnes âgées de 70 ans et plus ne représentaient que 16 % des personnes infectées (RKI 2020b). Dans le cadre d'une comparaison des taux de mortalité d'après les statistiques fédérales de 2016 et 2020, Nowosadeck (2020) a analysé le taux de mortalité en Allemagne par semaine civile. Il a observé une hausse du taux de mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus au cours des semaines 11 à 18 (9 mars – 3 mai), avec un pic les semaines 14 et 15 (30 mars – 12 avril). Il a déterminé que le taux de mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus était de 90,6 pour 100 000 habitants en 2016 et de 96,6 en 2020.

En février 2020, une stratégie de confinement local a été mise en œuvre afin de limiter l'expansion des clusters. À compter de la mi-mars, des mesures nationales ont été prises pour lutter contre la pandémie. Le gouvernement fédéral et les États fédérés ont alors décidé de confiner le pays et de fermer les crèches et les écoles, les restaurants et les commerces non essentiels. Des restrictions strictes ont été imposées sur les contacts personnels en dehors du foyer. L'objectif était également de faire évoluer le comportement des gens (« créer une nouvelle normalité »). Parmi les nouvelles règles, citons le respect d'une distance physique entre les personnes (distanciation sociale) et des mesures d'hygiène spécifiques. À compter de la fin du mois d'avril, le port du masque non chirurgical a été imposé lorsque la distanciation sociale était difficile ou impossible (dans les transports en commun, les commerces et les bâtiments publics). Les restrictions ont été progressivement assouplies à mesure de la baisse du taux d'infection, mais elles n'ont été totalement levées qu'à la fin du mois d'août.

Des mesures particulières ont été prises à l'échelle nationale pour le secteur des soins aux personnes âgées et les établissements de soins en vue d'endiguer les nombreuses épidémies qui ont frappé les établissements de soins et le fort taux de mortalité qui en a découlé. Les visites et les admissions dans les établissements de soins ont été interdites et les centres de soins de jour fermés (avec des exceptions en cas d'urgence). Ces restrictions n'ont été progressivement assouplies qu'à la fin du mois de mai, lorsque les visites dans les établissements de soins ont été à nouveau autorisées et les centres de soins de jour rouverts, à condition que ces structures adoptent des mesures d'hygiène strictes et des plans de gestion des visiteurs. Plusieurs mesures ont été prises afin de soutenir les organisations et le personnel soignant dans ce contexte difficile. La loi de soulagement des hôpitaux (*Krankenhausentlastungsgesetz*) a apporté une aide financière aux structures de soins afin de couvrir les frais supplémentaires (notamment liés aux équipements de protection individuelle très onéreux). Le personnel soignant des établissements de soins a perçu une prime au titre de la charge de travail supplémentaire pendant la pandémie.

2.2 La COVID-19 dans le secteur des soins aux personnes âgées

LE SECTEUR DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES FRAPPÉ DE PLEIN FOUET

Le secteur des soins aux personnes âgées a été particulièrement touché par la pandémie. Des statistiques provenant du RKI (*Robert Koch-Institut*, l'institut national allemand de la santé publique) sur la période allant de mars à août 2020 ont mis en lumière l'impact de la COVID-19 sur les établissements de soins : 18 % des résidents infectés ont été hospitalisés. Une comparaison dans différents environnements a révélé que le taux de létalité était le plus élevé dans les établissements de soins (où 19 % des personnes infectées sont décédées), suivis des centres de soins de jour (16 %) (Buda *et al.* 2020). Dans le cadre d'une enquête représentative menée en ligne auprès d'établissements de soins, de prestataires de soins à domicile et de centres de soins de jour entre le 28 avril et le 2 mai (à l'issue de la première vague), Wolf Ostermann et Rothgang (2020) ont découvert que 12 % des établissements de soins avaient déclaré une épidémie de COVID-19 parmi les résidents, et 6 % que des résidents étaient décédés. Les cas confirmés de COVID-19 étaient encore plus nombreux parmi les bénéficiaires de soins à domicile, puisque 17 % des prestataires de soins à domicile ont déclaré au moins un patient infecté, et 8 % au moins un patient décédé de la maladie ou en étant atteint. D'après leurs recherches, Wolf-Ostermann et Rothgang (2020) ont déterminé que plus de 60 % des décès liés à la COVID-19 en Allemagne concernaient des bénéficiaires de services de soins aux personnes âgées, à savoir les services des établissements de soins (49 % des décès) et les soins à domicile (12 % des décès). Par ailleurs, la part de soignants infectés par la COVID-19 s'élevait à 19 % dans les établissements de soins et à 9 % dans le secteur des soins à domicile, le taux d'infection de ces soignants était respectivement six fois et deux fois supérieur à la moyenne de la population générale. En raison de la fermeture des centres de soins de jour, les taux y sont restés faibles : seuls 4 % des prestataires ont déclaré des patients infectés, et seuls 3 % des membres du personnel soignant infectés (pour plus d'informations sur les services de soins de jour, cf. Wolf-Ostermann *et al.* 2020).

Dans le cadre de leur enquête auprès de prestataires de soins à domicile, de soins de jour et d'établissements de soins, Wolf-Ostermann, Rothgang et confrères se sont également intéressés de près aux modalités de prestation des soins (cf. Rothgang, Wolf Ostermann *et al.* 2020 ; Wolf Ostermann/Rothgang 2020 ; Wolf-Ostermann *et al.* 2020) et ont découvert des similitudes ainsi que des disparités d'évolution entre les différents types de prestation des soins aux personnes âgées. Outre les modifications devant être instaurées en matière de prestation des soins au sein des organisations, les prestataires de soins de jour et à domicile craignaient la fermeture de leurs structures et la baisse de la demande en raison de la pandémie. 60 % des centres de soins de jour ayant répondu à l'enquête en ligne avaient été fermés par les autorités de leur État fédéré. 32 % des prestataires ont déclaré avoir eu recours au chô-

mage partiel pour conserver leur personnel. L'écart entre la part de centres fermés (60 %) et la part de prestataires ayant eu recours au chômage partiel (32 %) s'explique probablement par l'existence d'autres mesures d'aide publique. La loi de soulagement des hôpitaux (*Krankenhausentlastungsgesetz*) a apporté une aide financière pour favoriser l'embauche temporaire de soignants de jour dans d'autres structures (notamment les établissements de soins). Environ 40 % des prestataires de soins à domicile ont déclaré que leurs services avaient été sollicités, et 9 % ont eu recours au chômage partiel.

LE MANQUE DE PRÉPARATION À LA PANDÉMIE

Wolf-Ostermann, Rothgang et confrères ont identifié les problèmes et difficultés élémentaires en matière de prestation de soins (Wolf Ostermann/Rothgang 2020 ; Wolf-Ostermann *et al.* 2020). La quasi-totalité des prestataires ont déclaré que leur formation ou leurs études ne les avaient pas correctement préparés aux difficultés liées à une pandémie. Ils ont instauré des protocoles internes, des cellules de crise et des stratégies de mise en œuvre des procédures d'hygiène et de réduction des contacts sociaux dans les établissements de soins et les centres de soins de jour. La mise en œuvre des procédures d'hygiène a été ralentie par la pénurie d'équipements de protection individuelle (EPI) et de désinfectants de surface. Au début de la pandémie, la pénurie d'EPI était généralisée et concernait près de la moitié des établissements de soins et des prestataires de soins à domicile, ainsi qu'un quart des centres de soins de jour. Lorsque l'enquête a été menée à la fin du mois d'avril et au début du mois de mai 2020, 25 % des prestataires de soins à domicile, 17 % des établissements de soins et 3 % des centres de soins de jour ont signalé ce problème. L'application des procédures d'hygiène et l'utilisation adéquate des EPI requièrent des connaissances approfondies. Via une méthode mixte associant un entretien axé sur les problèmes, des groupes de discussion et une enquête en ligne, Evans et confrères (2020) ont interrogé 80 décideurs dans le secteur des soins à domicile et des établissements de soins en Rhénanie-du-Nord-Westphalie à propos de leurs difficultés et stratégies d'adaptation. Les experts interrogés ont indiqué que leur maîtrise préalable des procédures d'hygiène avait été cruciale pour les organisations du secteur. Wolf-Ostermann et confrères (2020) ont découvert que 91 % des établissements de soins et 73 % des prestataires de soins à domicile avaient dispensé des formations vidéo internes d'une à deux heures sur les procédures d'hygiène ou l'utilisation des EPI. Ces formations ont été bien moins dispensées dans les établissements de soins où des résidents ont été infectés.

Les mesures visant à limiter les contacts sociaux ont été particulièrement strictes dans les établissements de soins (cf. Wolf-Ostermann *et al.* 2020 ; Rothgang, Wolf Ostermann *et al.* 2020). En vertu d'instruments juridiques nationaux, les établissements de soins ont pris des mesures strictes pour limiter les contacts avec le monde extérieur jusqu'à la fin du mois de mai. Près de 90 % d'entre eux ont fortement restreint l'accès aux bénévoles (qui organisent

généralement la plupart des activités sociales dans les établissements de soins allemands), tandis que les visiteurs (la famille) n'étaient pas autorisés à visiter leur proche, ou uniquement dans des circonstances exceptionnelles. L'accès des prestataires externes était également fortement restreint. Ces mesures reflètent le principal dilemme dans les établissements de soins : d'un côté, la restriction des contacts sociaux permet de limiter considérablement la propagation du virus, mais de l'autre, elle est source d'isolement social et de problèmes de santé mentale.

PRÉPARER LE SECTEUR DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES POUR L'AVENIR

Outre la lutte contre la pandémie de COVID-19 et contre les conséquences néfastes des mesures mises en place (ex. réduction des contacts sociaux), les prestataires du secteur ont été confrontés à une pénurie de personnel en raison des infections et des périodes d'isolement (cf. Rothgang, Wolf-Ostermann *et al.* 2020 ; Wolf Ostermann *et al.* 2020). Les établissements de soins ont été particulièrement touchés par ce phénomène, puisque 70 % d'entre eux ont déclaré avoir connu une pénurie de personnel. En moyenne, cela concernait 5 % du personnel soignant (Rothgang, Wolf-Ostermann *et al.* 2020). Afin de pallier cette pénurie, les établissements de soins et prestataires de soins à domicile ont pris des mesures internes de gestion du personnel, telles que la réaffectation du personnel soignant, l'augmentation des heures de travail et le versement de primes. Le recours au travail intérimaire n'a été que peu évoqué. L'ensemble des prestataires ont indiqué que les soignants avaient dû faire face à une charge de travail supplémentaire considérable pour répondre à l'intensification des activités quotidiennes de soin (dont une surveillance accrue des activités pour compenser l'absence de la famille et des bénévoles et l'application des procédures d'hygiène), sans compter les besoins liés à la pénurie de personnel. Dans les établissements de soins, les gérants ont estimé que cela représentait en moyenne une heure de plus par roulement et par soignant. Les centres de soins de jour ont déclaré une charge de travail supplémentaire de 85 minutes par roulement et par soignant, tandis que les prestataires de soins à domicile ont estimé cette charge supplémentaire à environ 40 minutes par roulement et par soignant. Dans l'étude réalisée par Evans et confrères (2020), les gérants ont souligné que le fort degré d'engagement et l'esprit d'équipe des soignants avaient été un prérequis essentiel pour faire face à la situation. À l'avenir, les participants aux deux études réclament 1) plus de personnel soignant, des salaires plus élevés et davantage de formation, notamment sur les procédures d'hygiène, 2) de nouvelles stratégies en matière de disponibilité (entreposage) et de distribution des EPI, 3) la participation des gérants au processus décisionnel local et 4) la formulation de recommandations sur les procédures d'hygiène et les plans de gestion des visites afin de permettre l'accès aux visiteurs, aux bénévoles et aux prestataires externes sans accroître le risque d'infection pour atténuer les risques d'isolement social et de problèmes de santé mentale chez les résidents.

3 LE POINT DE VUE DES SYNDICATS

Les salariés du secteur des soins infirmiers et aux personnes âgées sont syndiqués chez Ver.di (syndicat unifié des services). Ver.di est né en 2001 de la fusion de plusieurs syndicats, dont le syndicat de la fonction publique ÖTV. Le secteur des soins infirmiers dépendait depuis longtemps d'ÖTV, mais celui des soins aux personnes âgées n'a été intégré en tant que branche autonome qu'à la fin des années 1980. Cette branche a pris de l'ampleur avec l'introduction de l'assurance dépendance et la hausse consécutive du nombre de salariés. Le taux de syndicalisation dans le secteur des soins aux personnes âgées est faible : 12 % des soignants en 2015 (Schroeder 2017).

3.1 Le point de vue de Ver.di¹

Les activités de Ver.di visant à surmonter les difficultés liées à la pandémie se divisent en trois catégories : réformes politiques en vue d'améliorer la situation générale dans le secteur des soins aux personnes âgées, activités directement en lien avec la pandémie en Allemagne et activités à l'échelle européenne. Ver.di a soutenu trois réformes majeures dans le secteur des soins aux personnes âgées en Allemagne, qui, à long terme, sont essentielles pour renforcer ses capacités (via l'augmentation de la main-d'œuvre, l'amélioration de la formation et de la qualification, et la hausse des salaires) et le préparer à surmonter les difficultés liées aux pandémies actuelles et futures.

PROCÉDURE NATIONALE HARMONISÉE POUR DÉFINIR LA QUANTITÉ DE MAIN D'ŒUVRE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Ver.di prône l'introduction d'une procédure nationale harmonisée et étayée par des faits pour définir la quantité adéquate de main-d'œuvre dans les établissements de soins, et considère que la proposition actuelle n'est qu'un compromis censé constituer une solution de transition. L'acceptation générale d'une procédure nationale harmonisée et la volonté d'embaucher davantage de personnel sont considérées comme des avancées positives. En revanche, l'idée d'augmenter la quantité de main-d'œuvre via l'embauche d'auxiliaires de vie moins qualifiés et l'éventuelle abolition du quota général de 50 % de personnel qualifié dans les établissements de soins sont considérées comme des perspectives négatives.

LOI SUR LES MÉTIERS DES SOINS

La Loi sur les métiers des soins a fusionné les formations professionnelles d'infirmier et d'aide-soignant en vue d'accroître le niveau de formation dans le secteur des soins aux

personnes âgées et de rendre ce dernier plus attractif. Dans le cadre du processus de réforme, Ver.di a estimé qu'il était impératif de veiller à ce que des spécialisations (ex. dans les soins aux personnes âgées) soient proposées en troisième année d'ici 2025 au plus tard.

SALAIRE MINIMUM OBLIGATOIRE ET ACCORD SALARIAL GÉNÉRAL POUR LE SECTEUR

Au vu de la situation critique dans le secteur, l'instauration d'un salaire minimum sectoriel est considérée comme une première étape importante. Toutefois, l'objectif premier est d'obtenir une hausse des niveaux de rémunération via l'introduction d'un accord salarial général pour le secteur des soins aux personnes âgées. Les négociations menées entre Ver.di et certaines organisations patronales fédérales et régionales commencent à porter leurs fruits et constituent une base de négociation avec d'autres organisations patronales.

D'après Dietmar Erdmeier, spécialiste de la politique sanitaire européenne chez Ver.di (Berlin), la contribution du personnel soignant (y compris auprès des personnes âgées) à la gestion de la pandémie est inestimable. Chacun doit consentir le maximum d'efforts afin de garantir des conditions permettant aux salariés de continuer à travailler sans mettre leur santé en péril. Au cours de la pandémie, Ver.di s'est attelé à résoudre des questions en matière de droit du travail et a ainsi contribué à réduire le risque d'infection sur le lieu de travail. La COVID-19 a d'ores et déjà été reconnue comme maladie professionnelle en Allemagne. Dans le cas d'une maladie professionnelle, toutes les mesures doivent être prises, via une coordination entre le salarié et l'employeur, pour permettre au salarié de reprendre le travail. De plus, les frais médicaux sont pris en charge, une pension est accordée en cas de réduction définitive de la capacité de gain et une pension de réversion est accordée en cas de décès. Les revendications majeures de Ver.di sont les suivantes :

- Du personnel suffisamment qualifié, dont la présence doit être contrôlée et imposée par les autorités de tutelle compétentes.
- Les équipements de protection nécessaires et des instructions claires de la part des médecins d'entreprise ou de spécialistes en matière de santé et sécurité.
- L'amélioration significative des conditions de travail via la reconnaissance formelle du dialogue social en garantissant de bonnes conditions de rémunération et de travail, une réduction de la charge de travail, et une sécurisation de la santé et de la sécurité.

3.2 Les revendications politiques majeures à l'échelle européenne

L'Union européenne ne peut pas se permettre d'avoir des systèmes nationaux de santé et de soins aux personnes âgées sous-financés et sous-équipés. Les plafonds de dé-

¹ Cette partie s'appuie sur des entretiens avec des représentants du syndicat Ver.di, à savoir Dietmar Erdmeier, spécialiste de la politique sanitaire européenne, et Axel Weinsberg, spécialiste du dialogue social, organisés au siège de Ver.di à Berlin, ainsi que sur deux textes écrits par Dietmar Erdmeier.

penses résultant à la fois des politiques d'austérité et de la maîtrise des dépenses au cours des dernières années ont fortement élargi le fossé entre les ressources et les besoins croissants en matière de soins dans certains pays, avec des conséquences parfois mortelles. Les États membres doivent lutter ensemble contre la crise. L'UE joue un rôle fondamental en matière de soutien et de coordination des systèmes nationaux de santé, ainsi que de promotion de la coopération. Dans ce contexte, nous demandons un accès égal à des soins de qualité pour tous les Européens. Personne ne devrait être privé de soins du fait de sa situation de pauvreté. La Commission européenne doit être accompagnée sur la question de l'étroite coopération entre les États membres en vue d'établir des normes minimales en matière de soins, étayées par des structures fiables et axées sur les besoins. Une directive contraignante doit être adoptée en ce sens et l'Union européenne de la santé doit s'y conformer. L'UE doit assumer sa responsabilité en matière de coordination lorsqu'il s'agit de lutter contre de graves menaces sanitaires. Les États membres doivent contribuer fortement à la création rapide d'une réserve commune d'équipements de protection, de vaccins et de médicaments, ainsi qu'à l'organisation de leur distribution équitable.

Concrètement, en matière de protection professionnelle et sanitaire en Europe, cela suppose :

- de reconnaître la COVID-19 comme maladie professionnelle ;
- d'imposer la mise en application des directives de l'UE concernant les risques psychosociaux, notamment la Directive-cadre 89/391/CEE ;
- de rendre les contrôles administratifs obligatoires et d'imposer des sanctions en cas de non-respect de la réglementation en matière de santé et sécurité au travail ;
- de renforcer les services sociaux et de santé publique ;
- d'instaurer des systèmes légaux d'évaluation du personnel ;
- de financer les systèmes de santé de manière adéquate et en fonction des besoins afin de garantir la santé et la sécurité au travail quoi qu'il en coûte.

4 CONCLUSION

Lors de la première vague de la pandémie en Allemagne, le nombre de cas confirmés et le taux de mortalité ont grimpé en flèche et de manière exponentielle à compter de la mi-mars et jusqu'à la première quinzaine d'avril. Les personnes âgées et nécessitant des soins ainsi que les services professionnels de soins aux personnes âgées ont été frappés de plein fouet. Les prestataires de services professionnels de soins n'étaient pas préparés à cette situation et n'étaient pas suffisamment informés ni équipés en matière

d'EPI et de désinfectants de surface. La mise à l'arrêt d'une grande partie de la société et les politiques instaurées pour les services de soins aux personnes âgées (par exemple l'interdiction des visites et des admissions de nouveaux résidents, la fermeture des services de soins de jour) étaient sans nul doute indispensables pour réduire drastiquement le taux d'infection et permettre à ces services d'adapter leurs activités à ce contexte inédit.

Toutefois, ces mesures ont eu des conséquences néfastes pour les résidents et les bénéficiaires de soins à domicile en matière de qualité des soins, mais également pour le personnel soignant.

Afin que les organisations puissent s'adapter, il était impératif que du personnel soignant en nombre suffisant et extrêmement qualifié soit disponible, de même que des réserves suffisantes d'EPI et de désinfectants de surface, qu'une formation ciblée sur les procédures d'hygiène soit dispensée, que les soignants perçoivent des indemnités de maladie lorsqu'ils présentaient des symptômes et devaient rester chez eux, et que la main-d'œuvre soit stable (ce qui permet à la fois de réduire le risque d'infection lié à la rotation du personnel et d'alimenter l'esprit d'équipe). Des constats positifs sur le système allemand de soins aux personnes âgées ont également émergés : près de la moitié des soignants ont suivi une formation professionnelle de trois ans, le recours au travail intérimaire est dérisoire, les soignants ont droit aux indemnités maladie (mais seulement pendant la première période de maladie en cas de travail à temps partiel marginal) et l'esprit d'équipe des soignants n'a généralement pas flanché. Les activités du syndicat Ver.di contribuent à réduire le risque d'infection dans les structures de soins.

Au cours de la pandémie, les carences du système allemand de soins aux personnes âgées ont été clairement mises au jour. Parmi elles, citons l'insuffisance des effectifs dans les établissements de soins, qui empêche le personnel soignant de prodiguer des soins de qualité et de lutter contre les conséquences néfastes de la pandémie sur le quotidien des résidents. La pénurie croissante de personnel liée aux infections et le surcroît d'activité se sont traduits par une augmentation significative de la charge de travail pour le personnel soignant. Les salariés employés dans le cadre de contrats de travail à temps partiel marginal connaissent des difficultés supplémentaires, telles que le droit aux indemnités maladie uniquement pendant les six premières semaines de maladie, et ce, malgré le risque accru d'infection dans les activités de soins. De plus, en cas de fermeture d'une structure de soins ou d'une baisse de la demande de soins à domicile, ils n'ont pas droit aux indemnités de chômage (y compris partiel), car ils ne sont pas affiliés au régime obligatoire de l'assurance chômage. Depuis le mois d'août, le nombre de cas confirmés est progressivement reparti à la hausse et a augmenté de manière exponentielle à compter de la mi-octobre. Cette deuxième vague a atteint un pic aux alentours de Noël et s'est traduite par de nombreuses épidémies dans les établissements de soins ainsi qu'une forte hausse du taux de mortalité. Depuis le mois de février, les chiffres sont à nouveau

en chute libre. La deuxième vague a été bien plus dévastatrice que la première en Allemagne. À la fin du mois de février 2021, 2 248 400 cas avaient été confirmés et 70 045 personnes étaient décédées de la COVID-19 ou en étant atteintes de cette maladie (RKI 2021c, d). Pour rappel, 242 381 cas avaient été confirmés et 9 298 personnes étaient décédées à la fin du mois d'août.

RÉFÉRENCES

- Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn** (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Buda, Silke; an der Heiden, Matthias; Altmann, Doris; Diercke, Michaela; Hamouda, Osamah; Rexroth, Ute** (2020): Infektionsumfeld von erfassten COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland, in: Epidemiologisches Bulletin 38, p. 3–12.
- Bundesagentur für Arbeit** (2020): Entgeltatlas, Nuremberg.
- Evans, Michaela; Becka, Denise; Schmidt, Christopher; Weigel, Roland** (2020): Was sind erste Lehren aus der Corona-Krise für die Altenpflege? Ergebnisse einer Ad-hoc Studie zur Perspektive der Entscheider, Folienvortrag im Rahmen der Ruhrgebietskonferenz Pflege, 23. Juni 2020, Essen.
- Federal Ministry of Health** (2020): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Berlin.
- Federal Statistical Office** (2001, 2003, 2018): Care statistics 1999, 2001, 2017, Wiesbaden.
- Federal Statistical Office** (2020): Angaben zu Ausgaben: Hilfe zur Pflege 2019, Wiesbaden.
- Greß, Stefan; Stegmüller, Klaus** (2020): Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege, in: Klaus, Jakobs; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (eds.): Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Stuttgart, pp. 159f.
- Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas** (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegeangehörige und ihre Angehörigen geben Auskunft, no. 363, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Tucman, Daniel; Gehlen, Dany; Hylla, Jonas** (2016): Pflege-Thermometer 2016: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege, Cologne: Institut für angewandte Pflegeforschung.
- Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank; Gehlen Dany; Hylla, Jonas; Tucman, Daniel** 2018: **Pflege-Thermometer** (2018): Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland, Cologne: Institut für angewandte Pflegeforschung.
- Klie, Thomas; Heislitz, Claus; Schumacher, Birgit; Keilhauer, Anne; Rischard, Pablo; Bruker, Christine** (2017): Ambulant betreute Wohngruppen: Bestandserhebung, qualitative Erhebung und Handlungsempfehlungen, Abschlussbericht, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Kremer-Preiß, Ursula; Mehnert, Thorsten; Klemm, Britta** (2019): Betreutes Seniorenwohnen: Entwicklungsstand und Anforderungen an eine zukunftsgerechte Weiterentwicklung, Ergebnisse einer empirischen Studie, Heidelberg: medhochzwei.
- Nowossadeck, Enno** (2020): Sterblichkeit Älterer während der COVID-19 Pandemie in den ersten Monaten des Jahres 2020: Gab es Nord-Süd Unterschiede?, in: Journal of Health Monitoring 5 (59). DOI: 10.25646/7060.
- RKI** (2020a): Daily situation report October 27, Berlin.
- RKI** (2020b): Daily situation report August 31, Berlin.
- RKI** (2021c): RKI Täglicher Lagebericht, February 23, Berlin.
- RKI** (2021d): Daily situation report, February 28, Berlin.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rainer** (2018): Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse vol.12., Berlin: Barmer.
- Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik** (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung: Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, Working Paper Forschungsförderung 150, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Rothgang, Heinz; Fünfstück, Mathias; Kalwitzki, Thomas** (2020): Personalbemessung in der Langzeitpflege, in: Klaus Jacobs; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (eds.): Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin: Springer-Verlag, pp. 147f.
- Rothgang Heinz; Wolf-Ostermann, Karin; Domhoff, Dominik; Friedrich, Anna Carina; Heinze, Franziska; Preuss, Benedikt; Schmidt, Annika; Seibert, Kathrin; Stolle, Claudia** (2020): Care Homes and Covid-19: Results of an Online Survey in Germany, LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 7 July 2020.
- Scheuplein, Christoph; Evans, Michaela; Merkel, Sebastian** (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, IAT Discussion Papers 19 (1).
- Schmucker, Rolf** (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Ergebnisse einer Sonderauswertung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Klaus Jacobs; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (eds.): Pflegereport 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Stuttgart, pp. 49f.
- Schroeder, Wolfgang; Ludwig, Christine; Schreiter, Benedikt; Steinmüller, Florian; D'Antonio, Oliver; Futh, Sascha Kristin; Pollner, Katarina** (2017): Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege, no. 373, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Schwinger, Antje; Jürchott, Kathrin; Tsiasioti, Chrysanthi** (2017): Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Klaus Jacobs; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (eds.): Pflegereport 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen, Stuttgart, pp. 255f.
- Theobald, Hildegard** (2011): Long-term Care Insurance in Germany: Assessments, Benefits, Care Arrangements and Funding, Working paper, Stockholm: Institute for Future Studies.
- Wolf-Ostermann, Karin and Rothgang, Heinz** (2020): Pflege in Zeiten von Corona, in: Carekonkret, 25 (2).
- Wolf-Ostermann, Karin; Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik; Friedrich, Anna Carina; Heinze, Franziska; Preuss, Benedikt; Schmidt, Annika; Seibert, Kathrin; Stolle, Claudia** (2020): Zur Situation in der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie, Universität Bremen.

Ver.di a participé aux recommandations formulées pour le personnel soignant et les prestataires de soins aux personnes âgées :

– https://www.bgw-online.de/DE/Home/Branchen/News/Coronavirus_node.html

Déclarations de Ver.di sur la pandémie :

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/coronavirus>

Déclarations de Ver.di sur la situation dans le secteur des soins aux personnes âgées :

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/altenpflege/++co++f1eee3ac-b912-11e9-944d-525400f67940>

Déclarations de Ver.di sur la situation dans les hôpitaux :

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/krankenhaus/++co++ea26c55e-e39b11ea-b41a-001a4a160100>

Déclarations de Ver.di sur une perspective européenne :

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/arbeit-in-europa/++co++b2985054-f35d-11ea9ed1-001a4a160119>

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/coronavirus/++co++7d5ee758-1915-11eb-9241-001a4a160117>

– <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/gesundheitspolitik/++co++4fc8fd6e-1222-11ebb045-001a4a160119>

Friedrich-Ebert-Stiftung

Fondée en 1925, la Fondation Friedrich-Ebert (FES) est la plus ancienne fondation politique d'Allemagne. Fidèle à l'héritage politique de l'ancien président Friedrich Ebert, elle défend les valeurs fondamentales de la social-démocratie : la liberté, la justice et la solidarité. La FES est liée aux idéaux de la démocratie sociale et des syndicats indépendants.

La FES soutient la social-démocratie par le biais de différentes activités :

- L'éducation politique visant à renforcer la société civile
- Le conseil politique
- La coopération internationale grâce à son réseau de bureaux présents dans une centaine de pays
- Le soutien des étudiants par le biais d'un programme de bourse
- L'entretien de la mémoire collective de la social-démocratie notamment à travers ses archives et sa bibliothèque dédiée

IMPRINT

© FES Pays nordiques / FES Paris (version française) 2021
Philipp Fink / Thomas Manz

Les avis exprimés dans la présente publication ne sont pas nécessairement ceux de la Friedrich Ebert Stiftung et des organisations partenaires de cette publication. L'utilisation des publications de la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) à des fins commerciales est interdite, sauf accord écrit de la FES.

Photo de couverture : Fredrik Sandin Carlson
Présentation/composition : pertext, Berlin | www.pertext.de

EUROPA

La COVID-19 a mis au jour de nombreuses failles au sein de nos sociétés. Le virus a frappé de plein fouet le secteur des soins aux personnes âgées dans de nombreux pays, causant d'innombrables décès et usant jusqu'à la corde les soignants, qui sont en première ligne dans le combat contre le coronavirus. La pandémie a révélé les carences du secteur des soins aux personnes âgées, à propos desquelles les syndicats alertent et s'indignent depuis des années. Les conditions de travail précaires ainsi que l'insuffisance des effectifs et du financement ont neutralisé la capacité à protéger les personnes les plus vulnérables au cours de cette pandémie : nos anciens.

Il est grand temps de cesser de fermer les yeux.

À l'initiative du syndicat suédois des agents municipaux Kommunal et du groupe de réflexion progressiste suédois Arena Idé, la Friedrich Ebert Stiftung a commandé des rapports auprès de plusieurs pays européens. En s'intéressant à la détresse des personnes nécessitant des soins et du personnel soignant, ces rapports ont mis en lumière l'impact de la pandémie sur le secteur des soins aux personnes âgées et confirment les revendications des syndicats ainsi que le besoin longtemps exprimé de réformer le secteur dans son ensemble.

Pour plus d'informations sur le projet, rendez-vous sur :
www.fes.de/en/on-the-corona-frontline