

Nouveaux Cahiers du socialisme

Nouveaux
Cahiers du
socialisme

Démarchandisation et démocratisation : une alternative pour les services et soins de longue durée

Louise Boivin

Numéro 25, hiver 2021

Sortie de crise : de la pandémie ou du capitalisme ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/94858ac>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Collectif d'analyse politique

ISSN

1918-4662 (imprimé)

1918-4670 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boivin, L. (2021). Démarchandisation et démocratisation : une alternative pour les services et soins de longue durée. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (25), 110–117.

Démarchandisation et démocratisation : une alternative pour les services et soins de longue durée

Louise Boivin

Professeure au département de relations industrielles de l'Université du Québec en Outaouais

La pandémie de COVID-19 a mis en exergue la complexité et le caractère fondamental pour la dignité humaine des conditions de prestation des services d'hébergement de longue durée et de soutien à domicile, alors que 92 % des décès qui lui sont liés au Québec sont survenus chez les aîné·es de 70 ans et plus¹, le plus souvent dans des milieux collectifs (CHSLD², résidences privées pour aîné·es ressources intermédiaires) et à domicile dans environ le tiers des cas³.

La première partie de ce texte résume les constats que j'ai formulés au cours de mes recherches, ces dernières années, sur le travail, l'emploi et la représentation collective dans les services d'aide à domicile et d'hébergement de longue durée. Dans la seconde partie, je propose quelques pistes de réflexion sur une organisation alternative à la logique marchande et à la division sexuelle et racisée du travail qui prévalent dans l'organisation des services d'aide à domicile et d'hébergement de longue durée au Québec.

1 Institut national de la santé publique, *Données COVID-19 au Québec. Section « Par âge et sexe »*. Récupéré le 19 novembre 2020 de <<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>>.

2 CHSLD : centres d'hébergement de soins de longue durée.

3 Robert Choinière, *Cas et décès liés à la COVID-19 au Québec : comparaisons nord-américaines et internationales. Répartition des décès par COVID-19 selon le milieu de vie*, 11 novembre 2020. Récupéré le 19 novembre 2020 de <<https://comparaisons-sante-quebec.ca/mortalite-par-covid-19-quebec-et-comparaisons-internationales/>>.

Marchandisation et division sexuelle et racisée des services et soins de longue durée

Les deux types de services dont il est question dans le présent texte s'inscrivent dans un même continuum de services qui s'adressent à des personnes âgées, en situation de handicap, ou qui vivent d'autres situations (convalescence, problèmes psychosociaux, etc.). Les services d'aide à domicile (SAD) comprennent des services d'assistance personnelle (soins d'hygiène, aide à l'alimentation, transferts, etc.), d'aide-domestique (entretien ménager, préparation de repas, approvisionnement, etc.) et d'autres types tels l'accompagnement, la distribution de repas, etc. Quant aux services d'hébergement de longue durée, nous les définissons comme des services comportant à la fois de l'hébergement et du soutien, de l'assistance personnelle ou des soins (infirmiers, notamment) destinés à des adultes qui ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale.

Dès les années 1980, au Québec, à peine le développement de services publics de soutien à domicile et d'hébergement de longue durée a-t-il débuté, dans le sillage de la désinstitutionnalisation des aîné·e·s et des personnes en situation de handicap, que commence leur marchandisation. Cette dernière s'est inscrite dans un phénomène plus large de privatisation conjuguée au sous-financement des services publics⁴, avec notamment la « refamiliarisation⁵ » et une « communautarisation⁶ » du travail de soin (*care*) aussi nommé travail de reproduction sociale.

Avec la « nouvelle gestion publique » apparue au début des années 2000, la concentration des pouvoirs de direction va de pair avec une externalisation des services. L'État est ainsi devenu le coordonnateur des services d'aide à domicile et d'hébergement de longue durée en grande partie dispensés par le secteur privé à but lucratif, ou non lucratif quand les occasions de profit sont absentes.

Dans les trois dernières décennies, les contrats de services d'aide à domicile se sont multipliés entre l'État et des agences privées de travail temporaire et des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), qui se sont de plus en plus substituées aux services publics en assistance personnelle dispensés par les auxiliaires aux services de santé et sociaux du secteur public. Le troisième type de prestataire privé est le programme gouvernemental du Chèque emploi-service (CES)⁷ par lequel

4 Guillaume Hébert, *L'armée manquante au Québec : les services à domicile*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 20 octobre 2017.

5 Teppo Kröger, « Defamilisation, dedomestication and care policy. Comparing childcare service provision or welfare states », *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 31, n° 7-8, 2011, p. 424 à 440.

6 Michel Parazelli, *Des enjeux politiques autour de la définition du communautaire*, Montréal, Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (ROCAJQ), 1994.

7 Dans de nombreux pays, des programmes similaires à celui du Chèque emploi-service ont été développés à partir des années 1970 en réponse aux revendications d'autodétermination et de libre-choix (du prestataire des services et des horaires de travail notamment) portées par les mouvements de défense des droits des personnes en situation de handicap.

l'usagère ou l'utilisateur est en général identifié comme employeur en vertu du droit du travail. Les modalités de mise en œuvre du CES, où l'emploi est fortement précarisé, empêchent cependant l'accès à des services de qualité.

Notre compilation des plus récentes données gouvernementales (Graphique 1), qui fusionnent agences et ÉESAD dans une même catégorie « fournisseurs », indique que la part de ces derniers dans la prestation des heures de SAD de longue durée a augmenté de 55 % entre 2015-2016 et 2018-2019, alors que celle du secteur public a diminué de 30 % et celle du CES de 18 %⁸.

Pour ce qui est du secteur de l'hébergement de longue durée, notre compilation des rares données disponibles montre que 92 % des établissements et plus de la moitié des places se situent dans le secteur privé. Ce secteur est composé des CHSLD privés (conventionnés ou non), de ressources intermédiaires, de ressources de type familial et de résidences privées pour aîné.e.s (RPA) dont 86 % sont à but lucratif. Le secteur privé, nourri par le financement public (achat de places, crédits d'impôt pour les faramineux frais en RPA, etc.), est contrôlé de façon croissante par de grands groupes d'investisseurs immobiliers. Ainsi cinq groupes (Chartwell, Sélection Retraite, COGIR, Groupe Maurice, Groupe Savoie) possèdent 35 % des RPA à but lucratif et la plupart de celles-ci (95 %) offrent des soins infirmiers, ce qui n'est le cas que pour 45 % de l'ensemble des RPA⁹.

Les réformes Couillard de 2003 et Barrette de 2015¹⁰ ont réduit au maximum le coût du travail avec pour conséquences une intensification de la tâche, des contrôles accrus, une invisibilisation de la dimension relationnelle du travail et une précarisation de l'emploi dans le noyau réduit de services publics. Ces rouages nourrissant une permanente pénurie de main-d'œuvre (exacerbée avec la pandémie) et la surexploitation de celle-ci, poussée à la « disponibilité permanente juste-à-temps¹¹ », ils ont été fluidifiés par une division sexuelle et racisée du travail¹². Cette division consiste

8 Louise Boivin, *La place des secteurs public et privé dans la prestation des services d'aide à domicile au Québec depuis la réforme Barrette de 2015. Rapport d'analyse statistique*, Gatineau, UQO et FSSS-CSN avec le soutien du RéQEF, février 2020, p. 30.

9 Louise Boivin et Anne Plourde, *Propriété et profit dans l'hébergement de longue durée au Québec. Portrait préliminaire*, Gatineau, CREATAS, 2020. <www.creatas-quebec.org/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-Boivin-Plourde2020_FINAL.PDF>; Louise Boivin et Anne Plourde, *Une résidence pour tous, mais les profits pour qui?*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 23 novembre 2020.

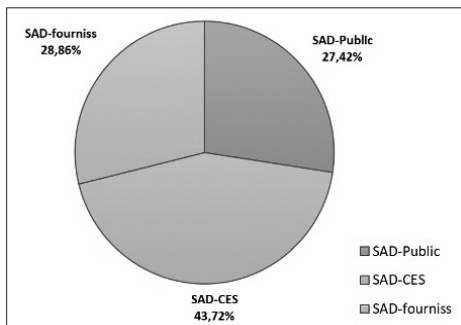
10 Claude Larivière, « La loi 10 : une restructuration majeure menée sous l'emprise du ministre Barrette et préparée par la réforme Couillard », dans Josée Grenier et Mélanie Bourque (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2018, p. 35-58.

11 Louise Boivin, « Réorganisation des services d'aide à domicile au Québec et droits syndicaux : de la qualification à la disponibilité permanente juste-à-temps », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 32, n° 2, 2013, p. 44-56.

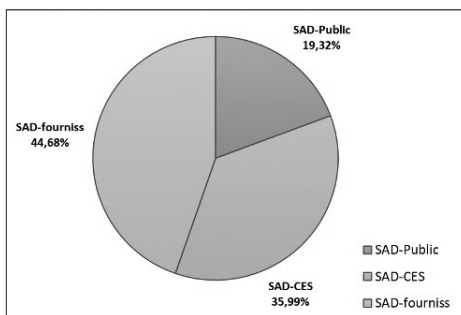
12 *Ibid.*, 2013 et Louise Boivin, « Agence de placement en santé : une mobilisation novatrice pour mettre fin à la division raciale du travail », dans Mouloud Idir et Élodie Ekobena (dir.), *Racisme, exclusion et pluralisme. Exclure l'exclusion et redynamiser la citoyenneté*, Montréal, Vivre ensemble, 2019, p. 40-48.

en une concentration de certains groupes socialement discriminés (femmes des classes populaires, personnes racisées ou (im)migrantes avec ou sans statut permanent/régulier) dans les segments et les tâches les plus dévalorisés¹³. Par exemple, à Montréal, 46 % des personnes s'identifiant au métier d'« aide familial résident, aide de maintien à domicile et personnel assimilable » s'identifient aussi à la catégorie « minorités visibles » ; c'est également le cas pour 47 % de celles s'identifiant au métier « aide-infirmier, aide-soignant et préposé aux bénéficiaires » alors que ce taux est de 20 % pour l'ensemble des professions¹⁴.

Graphique 1 : Comparaison de la distribution des heures de service d'aide à domicile de longue durée entre les années 2015-2016 et 2018-2019 par catégorie de prestataire, tous programmes confondus, pour l'ensemble du Québec¹⁵



2015-2016	ENSEMBLE DU QUÉBEC Nombre d'heures
SAD-Publics	2 995 545,00
SAD-CES	4 777 049,00
SAD-fourniss	3 153 014,00
Total général	10 925 608,00



2018-2019	ENSEMBLE DU QUÉBEC Nombre d'heures
SAD-Publics	3 093 213,00
SAD-CES	5 761 623,06
SAD-fourniss	7 153 077,00
Total général	16 007 913,06

Légende :

- SAD-Public : services d'aide à domicile de longue durée pris en charge par le secteur public
- SAD-CES : services assurés par le biais du programme gouvernemental Chèque emploi-service
- SAD-fourniss : services donnés par des agences privées et des entreprises d'économie sociale en aide à domicile

13 Evelyn Nakano Gleen, « De la servitude au travail de service : les continuités historiques de la division raciale du travail reproductif payé », dans Elsa Dorlin (dir.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 21-70.

14 Statistiques Canada (données du recensement 2016).

15 Boivin, février 2020, *op. cit.*, p. 30.

L'organisation des services d'aide à domicile et d'hébergement et les rapports sociaux de racisation, de genre et de classe qui la caractérisent et qui interagissent¹⁶ sont contestés par une partie des travailleuses et des travailleurs, sur une base individuelle (témoignages dans les médias conventionnels ou sociaux, lettres aux élu-es, etc.) ou collective (syndicats, groupes communautaires, collectifs informels, etc.). Des alliances avec des usagères et usagers, proches aidant-es ou leurs associations sont de plus en plus fréquentes.

Cependant, la forme d'institutionnalisation de la négociation et de l'action collectives en vigueur, empreinte du modèle industriel fordiste, généré et racisé, offre peu de prise pour contrer la concurrence orchestrée entre les divers segments de l'organisation en réseau public-privé¹⁷. Ce phénomène nourrit aussi le repli dans leur unité d'accréditation des rares syndicats qui parviennent à s'établir dans ces services privés ou, au mieux, le repli dans leur centrale syndicale¹⁸, et ses effets se conjuguent à ceux des rapports imbriqués de genre, de racisation et de classe qui traversent aussi les organisations syndicales¹⁹.

Pistes pour une conception alternative

Notre proposition s'inscrit plus largement dans la perspective d'une planification démocratique et écologique de l'économie adaptée au contexte québécois, mise de l'avant par Dufour et Laurin-Lamothe²⁰.

1. Les services et soins de longue durée : un bien commun régi par des normes nationales

La démarchandisation des services de soutien à domicile et d'hébergement de longue durée est le premier élément. Nous la définissons comme l'organisation et la prestation des services au sein de structures qui ne sont pas des entreprises privées à but lucratif de grande taille qui tirent un profit important de leurs activités, profit

16 Kimberle Crenshaw, « Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color », *Stanford Law Review*, vol. 43, n° 6, 1991, p. 1241-1299.

17 Louise Boivin, « La représentation collective au travail en contexte d'externalisation des services publics d'aide à domicile au Québec », *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 72, n° 3, 2017, p. 501-523.

18 Louise Boivin, Catherine Vincent et Sophie Bérout, « Une grève pionnière de salariées précaires dans les services privés d'hébergement pour personnes âgées au Québec », *Chronique internationale de l'IRE*, vol. 1, n° 157, mars 2017, p. 53-65, <www.ires.fr/publications/chronique-internationale-de-l-ires/item/5425-une-greve-pionniere-de-salariees-precaires-dans-les-services-privés-d-hebergement-pour-personnes-agees-au-quebec>.

19 Carole Yerochewski, « Prendre en compte les femmes à bas salaires et racisées », *Nouveaux Cahiers du socialisme*, n° 19, 2018, p. 41-52.

20 Mathieu Dufour et Audrey Laurin-Lamothe, *Un projet de planification démocratique pour le Québec*, Montréal, Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 21 mai 2020.

destiné aux propriétaires, investisseurs, actionnaires. Cette démarchandisation est compatible avec l'existence de petites ou moyennes entreprises non axées sur la rentabilité²¹. Elle pourrait reposer sur la reconnaissance d'un « droit aux biens communs » institué par un texte juridique fondamental²², dont la base serait le droit international relatif au droit à la santé, c'est-à-dire de l'accès à des services universels et gratuits, dans le respect des principes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité²³.

Cependant, le caractère non marchand des prestataires de services ne garantit pas en soi des conditions d'emploi et de travail décentes, ni des services de qualité, ni une disponibilité de services suffisante pour répondre aux besoins. Le second élément composant notre proposition est donc l'adoption de « normes nationales²⁴ » définies démocratiquement (voir l'explication à la section suivante), afin de garantir un niveau de conditions de travail et d'emploi de qualité et de disponibilité de services. Un régime sectoriel de représentation et de négociation collectives, qui prendrait en charge la détermination des conditions de travail et d'emploi et d'éléments tels que l'accès à la formation ponctuelle ou continue, les exigences de qualification, la classification des emplois, les mécanismes de plaintes, etc., devrait couvrir l'ensemble des modalités de prestation des services, à domicile ou en hébergement de longue durée²⁵. Une représentation collective des usagères et des usagers pourrait s'ajouter à celle des salarié·e·s et des employeurs (qui sont des usagères et des usagers dans certains cas) dans les diverses instances de régulation instituées par ce régime.

21 Par exemple, l'existence de résidences privées pour aînées, de petite et moyenne taille pourrait être permise, ce qui renverserait la tendance actuelle où leur nombre diminue à l'avantage de celles de grande taille souvent possédées par de grands groupes privés. Louis Demers et Gina Bravo, *Les petites RPA sont-elles en voie de disparition? Une analyse de l'évolution du secteur des résidences privées pour aînées au Québec*, ENAP et Université de Sherbrooke, fascicule n°1, février 2020.

22 Pierre Dardot et Christian Laval, *Commun. Essai sur la révolution au XXI^e siècle*, Paris, La Découverte, 2014, p. 524. Nous laissons à d'autres pour qui l'idée a du sens, dont des juristes, le soin de définir quel dispositif juridique serait le plus approprié pour ce faire.

23 Ces quatre principes sont identifiés comme étant interdépendants et essentiels à l'exercice du droit à la santé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, un organisme des Nations unies qui a pour mandat de surveiller la mise en œuvre du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels par les États qui l'ont ratifié, dont le Canada.

24 Notre proposition n'est absolument pas un équivalent québécois de celle de « normes nationales » proposées par le gouvernement Trudeau durant le présent contexte de pandémie, mais elle reflète certaines préoccupations exprimées par les chercheuses et chercheurs qui ont recommandé ces normes nationales : Carole Estabrooks, Sharon Straus, Colleen Flood, Janis Keefe, Pat Armstrong, Gail Donner, Véronique Boscart, Francine Ducharme, James Silvius, Michael Wolfson, *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*, Société royale du Canada, juin 2020.

25 Certains syndicats (affiliés à la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec), présents à l'heure actuelle dans une partie de ces activités, réclament l'extension de conventions collectives existantes, mais cette démarche ne suffit pas pour s'opposer à leur privatisation croissante.

De telles structures multipartites, quoiqu'imparfaites, ont été développées à la suite de mobilisations dans plusieurs États des États-Unis²⁶.

Des mécanismes de coordination et de vérification de l'application de ces normes seraient évidemment nécessaires, aux niveaux local, régional et national. Les normes nationales devraient inclure des principes et des mesures contre la discrimination systémique élaborés de pair avec les regroupements qui représentent les groupes sociaux concernés (ainé-e-s, femmes, personnes en situation de handicap, racisées, immigrantes, membres de la communauté LGBTQ+, etc.). La définition de normes nationales devrait aussi être du ressort des Autochtones, comme l'exprime le Principe de Joyce formulé à la mémoire de Joyce Echaquan décédée le 28 septembre 2020 à l'hôpital de Joliette sous des injures racistes et avec de mauvais traitements²⁷.

Une démarchandisation appellerait également à transformer d'autres structures publiques et privées. Des formules tirées d'expériences antérieures pourraient être inspirantes pour créer, par exemple, des structures intergénérationnelles d'habitations à prix modique propices à briser l'isolement des ainé-e-s²⁸, et desservies par des services de soutien à domicile. Ceux-ci devraient être dispensés par des équipes multidisciplinaires intégrant les salarié-e-s dispensant l'aide à domicile et reconnaissant à leur travail une dimension préventive et éducative, comme c'était le cas pour celui des auxiliaires familiales et sociales des CLSC à l'origine.

26 Anne-Julie Rolland, *Vers un régime de rapports collectifs de travail adapté aux travailleuses domestiques au Québec : leçons internationales et inspirations nord-américaines*, mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2017, <<https://archipel.uqam.ca/11639/1/M15604.pdf>>.

27 Outre les droits à la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle, le « Principe de Joyce requiert obligatoirement la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé ». Conseil des Atikamekw de Manawan et Conseil de la Nation Atikamekw, *Principe de Joyce*, mémoire présenté au gouvernement du Canada et au gouvernement du Québec, novembre 2020, p. 10, <https://www.atikamekwsiipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf>.

28 Je suis redevable, pour cette idée, à des discussions avec deux militants et intervenants de longue date dans le domaine du droit au logement, Mario Tardif et Robert Pilon. Ce dernier, coordonnateur de la Fédération des locataires d'habitations à loyer modique du Québec (FLHLMQ), m'a parlé, en mai 2020, d'un inspirant projet de l'Office municipal d'habitation de Laval, avec la collaboration d'un CLSC, qui a duré une quinzaine d'années. Au moins quatre grandes tours de HLM pour ainé-e-s comportaient chacune un appartement où logeait une ou un employé du secteur public qui assurait des services de prévention, de dépistage, de soutien, de référence et d'accompagnement dans les services de santé et sociaux. Le projet, qui a notamment diminué les séjours des ainé-e-s à l'hôpital, fut jugé si positif que la FLHLMQ avait réclamé son extension à d'autres territoires. Soulignons que 62 000 HLM sont la propriété du gouvernement québécois et que les associations de locataires de ceux-ci sont reconnues dans la Loi sur la Société d'habitation du Québec.

2. Démocratisation et appropriation collective

Un autre élément de notre proposition est le principe de démocratisation, dans l'idée de repenser le pouvoir décisionnel, et conséquemment, la conception même des services. Cela signifie non seulement une rupture avec le modèle technocratique centralisé et hiérarchisé qui a conduit, au fil du temps, aux mégastuctures que sont les CIUSSS et les CISSS²⁹, mais aussi une réactualisation de l'héritage des cliniques populaires, ancêtres des CLSC. Leur conception élargie de la prévention des problèmes sociaux et de santé incluait l'éducation populaire et les mobilisations sociales afin d'enrayer les causes sociopolitiques de ces problèmes³⁰.

Des telles structures alternatives pourraient s'apparenter à ce que Dardot et Laval appellent des « institutions du commun ordonnées aux droits d'usage commun et gouvernées démocratiquement³¹ ». C'est d'ailleurs dans cette direction que s'inscrit la déclaration de principes sur la démocratisation de la Coalition Solidarité Santé, qui insiste en outre sur une représentation équitable des usagères et usagers, des travailleuses et travailleurs, des femmes et des différents groupes minorisés dans les lieux décisionnels.

Brève conclusion

La concrétisation de cette proposition demanderait des investissements publics importants. Divers scénarios ont récemment été mis de l'avant pour trouver les sources de financement, notamment celui de Dufour et Laurin-Lamothe³² dans le cadre global d'une planification démocratique de l'économie ainsi que ceux de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, devenue la Coalition Main rouge, et de la Coalition Échec aux paradis fiscaux en faveur d'une refonte de la politique fiscale. En outre, la récupération des fonds publics octroyés actuellement aux prestataires privés représenterait probablement des sommes importantes.

A court et moyen terme, la tenue des États généraux en santé et services sociaux appelés par la Coalition Solidarité Santé et 85 organisations syndicales et communautaires locales, régionales et nationales, et la réalisation de ses revendications pour un élargissement de la participation des salarié·es et usagères et usagers pourraient déjà constituer des étapes mobilisatrices.

29 CIUSSS : centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ; CISSS : centres intégrés de santé et de services sociaux.

30 Anne Plourde, « Santé et capitalisme : ce que nous apprend le cas des CLSC », *Nouveaux Cahiers du socialisme*, n° 12, 2014, p. 128-139.

31 Dardot et Laval, 2014, *op. cit.*, p. 515.

32 Dufour et Laurin-Lamothe, 2020, *op. cit.*