

## État d'urgence dans les services de soutien à domicile

Louise Boivin

Numéro 814, automne 2021

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/96664ac>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Centre justice et foi

ISSN

0034-3781 (imprimé)

1929-3097 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boivin, L. (2021). État d'urgence dans les services de soutien à domicile. *Relations*, (814), 45–48.



# ÉTAT D'URGENCE DANS LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

*Une réforme en profondeur s'impose dans les services de soutien à domicile au Québec. Cela passe par la remise en question du modèle public-privé de prestation des services et par la poursuite d'un processus, initié dans les années 1970, qui place l'approche communautaire en santé et la démocratisation au cœur des services.*

•••

*Louise Boivin*

L'auteure est professeure à l'Université du Québec en Outaouais (UQO)

*Les services d'aide à domicile sont emblématiques de la mise en concurrence des emplois du secteur public avec ceux du secteur privé.*

La pandémie de COVID-19 exacerbe une crise qui existait déjà dans les services de soutien à domicile au Québec; des services insuffisamment financés et largement confiés au secteur privé. Le manque de services s'aggrave avec le délestage et la pénurie de personnel, tout comme les risques liés au travail augmentent dans les emplois précaires où se trouve confiné un personnel socialement discriminé (femmes, personnes racisées ou migrantes). Une réforme est urgente afin que l'État garantisse tant des conditions de travail justes que le droit à la santé des personnes usagères et proches aidantes, en majorité des femmes, dont le fardeau s'alourdit sans cesse.

Le type de services à domicile dont nous parlons ici n'est pas marginal: environ 370 000 Québécoises et Québécois en reçoivent. Ces personnes, qu'elles soient aînées, en situation de handicap, en convalescence ou en fin de vie, vivent dans leur logement personnel, une résidence privée pour aînés ou une résidence intermédiaire. Ces deux derniers types de milieux de vie ont été des foyers d'éclosion de COVID-19, comme on le sait. Plus précisément, le soutien à domicile repose sur trois grandes composantes : les services professionnels (médicaux, infirmiers, etc.); les services d'aide à domicile (entretien ménager, assistance personnelle, soins d'hygiène et souvent soins invasifs d'assistance, etc.); et les services dispensés par des organismes communautaires (popote roulante, services d'accompagnement, etc.). Des services sociaux connexes existent aussi pour les personnes proches aidantes (gardiennage, dépannage, répit).

## **Réseaux publics-privés de services**

Les services d'aide à domicile sont emblématiques de la mise en concurrence des emplois du secteur public avec ceux du secteur privé. Les politiques



D<sup>re</sup> Geneviève Ferdejs lors d'une visite à domicile pour des soins palliatifs, à Montréal, en 2013.  
Photo : Jean-François Leblanc/Agence Stock.

publiques à ce sujet, déployées par les gouvernements successifs depuis les années 1990, priorisent la réduction des coûts et une soi-disant efficacité, toutes deux caractéristiques de la Nouvelle gestion publique, cette conception néolibérale de l'intervention de l'État.

En conséquence, les établissements publics de chaque territoire, soit les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), coordonnent les services, mais leur prestation est principalement confiée à des fournisseurs privés, à but lucratif ou non. Une de nos récentes études montre qu'en 2019, 80 % des heures de services d'aide à domicile de longue durée étaient dispensées selon ce mode<sup>1</sup>. Les 20 % restants des heures de services de longue durée et de courte durée (services postopératoires ou de fin de vie) sont confiées aux quelque 6000 auxiliaires aux services de santé et sociaux rattachées aux centres locaux de services communautaires (CLSC). Les fournisseurs privés, quant à eux, sont de quatre types. Il y a d'abord les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), au nombre d'une centaine, qui emploient quelque 7800 personnes salariées. On compte ensuite 24 000 personnes salariées embauchées par des personnes usagères, qui deviennent ainsi des employeurs grâce au programme gouvernemental Chèque emploi-service. Puis, il existe des agences de travail temporaire de diverses tailles (de l'entreprise familiale à la multinationale) employant un nombre inconnu de

travailleuses et de travailleurs, certainement plusieurs milliers. En parallèle, les établissements publics sous-traitent aussi la responsabilité de services d'aide à domicile à des propriétaires de résidences privées pour personnes âgées, un secteur contrôlé par de grands groupes d'investisseurs tirant profit de ce marché lucratif.

Une telle organisation des services a des effets délétères sur le personnel qui les dispense. D'un côté, le travail des auxiliaires du secteur public s'est intensifié et leurs emplois se sont précarisés, ce qui a nourri une pénurie de personnel dans plusieurs régions du Québec. De l'autre, les emplois atypiques du personnel employé par les prestataires privés sont mal protégés par les lois du travail et se caractérisent souvent par des horaires non standards (quarts de travail non continus, temps partiel, horaires variables imprévus), par un faible salaire et par l'absence d'avantages sociaux. Cette privatisation des services, et les emplois précaires qui en découlent, vont de pair avec un renforcement de la division sexuelle et racisée du travail, donc avec sa déqualification. Bon nombre des personnes qui occupent ces postes sont des femmes, des personnes racisées ou des personnes migrantes, souvent à statut d'immigration précaire ou « irrégulier ». Ainsi, au Québec, 88 % des individus s'identifiant au métier d'aide familial résident, d'aide pour maintien à domicile ou de personnel assimilable à ce type de tâches sont des femmes, et à Montréal, 46 % s'identifient à la catégorie « minorité visible » (2,3 fois le taux de l'ensemble des

professions), selon les données du recensement de 2016 de Statistique Canada. Pour des tâches similaires d'assistance personnelle, par exemple, la qualification reconnue varie largement selon le type d'employeur : chez les auxiliaires du secteur public, en 2018, la formation exigée est passée de 975 à 870 heures; chez le personnel de l'économie sociale, elle est de 120 heures. Pour le personnel embauché via le programme Chèque emploi-service, elle est souvent minimale (15-20 heures).

### Une gestion publique à la pièce

La pandémie met tous les jours en lumière la dangerosité des politiques publiques menées ces 30 dernières années et de la méthode *Lean*<sup>2</sup> qui s'est imposée dans l'organisation des services d'aide à domicile de longue durée. Elle révèle bien les problèmes que pose cette organisation fragmentée des soins entre divers segments publics et privés d'emploi mis en concurrence entre eux. Les travailleuses et les travailleurs précarisés du secteur privé sont ainsi souvent liés à plusieurs employeurs et œuvrent dans divers domiciles et milieux de vie institutionnels, multipliant les risques de contagion à la COVID-19.

Certes, la pandémie a amené le gouvernement québécois à hausser le budget pour endiguer la pénurie de personnel dans les services d'aide à domicile, mais il le fait de manière superficielle en finançant de minces augmentations salariales ici et là, souvent pour une durée temporaire, sans vision d'ensemble et sans jamais mettre en cause les politiques et l'organisation des services et du travail à la source de la précarisation des emplois.

En juin 2020, par exemple, Québec a annoncé la création d'une formation rémunérée pouvant conduire à un emploi de préposée aux bénéficiaires en CHSLD à 26 \$ l'heure, annonce faite sans tenir compte du fait que des hausses salariales dans ce seul secteur accentueraient aussitôt la pénurie de personnel qui affecte les personnes en situation de handicap, âgées ou proches aidantes recourant au programme Chèque emploi-service, moins généreux. Des témoignages font état de bris de services dont les effets vont du manque d'accès aux toilettes pendant de longues périodes à l'obligation de passer la nuit dans son fauteuil roulant. De pair avec des organismes communautaires, ces personnes revendiquent avec raison auprès des autorités une hausse de la rémunération liée au programme Chèque emploi-service.

### Renouer avec l'approche communautaire en santé

Nombre de voix convergent pour demander une augmentation du financement public des services de soutien à domicile, tant auprès du gouvernement québécois que du gouvernement fédéral, qui a récemment refusé de hausser les transferts fédéraux en santé et services sociaux. Ces voix

divergent toutefois à propos des réformes de l'organisation des services et du travail à réaliser.

La proposition la plus médiatisée est celle d'une « assurance autonomie » portée par Réjean Hébert, professeur titulaire à l'École de santé publique de Montréal. Elle a déjà été présentée dans un Livre blanc en 2013, alors qu'il était ministre de la Santé et des Services sociaux sous le gouvernement de Pauline Marois, mais elle est morte au feuilleton avec le déclenchement des élections de 2014. Cette proposition de création d'une assurance publique dédiée aux services d'hébergement de longue durée et d'aide à domicile séduit encore aujourd'hui parce qu'elle est défendue comme un garde-fou pour éviter que les budgets qui leur sont destinés ne soient utilisés par les hôpitaux pour combler leurs déficits, comme l'a dévoilé la Protectrice du citoyen en 2012. Or, le regretté militant et analyste Jacques Fournier a déjà rétorqué qu'il suffisait de ne pas fusionner les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux pour créer une telle « barrière ». Mais cette formule plaît aussi à plusieurs parce qu'elle promet aux personnes usagères le « libre choix » tant de leur milieu de vie (hébergement collectif ou domicile) que du type de prestataire de services (privé ou communautaire), les établissements publics se restreignant à la prise en charge des cas les plus lourds dans le Livre blanc de 2013. Ce que l'on ne dit pas assez, cependant, c'est que ce modèle s'inscrit à nouveau dans une logique de privatisation des services et qu'il inclut leur tarification partielle, sauf pour les personnes à faible revenu. Des organisations communautaires et syndicales l'ont d'ailleurs déploré lors des audiences publiques sur le Livre blanc. Ce qui fut moins souligné, par contre, c'est la persistance de la division et de la dévalorisation du travail de soins selon le genre, la racisation et la classe induites par un tel modèle<sup>3</sup>.

Pour sortir de cette logique néolibérale, les recherches que nous menons depuis une quinzaine d'années dans ce domaine nous amènent sans cesse à revenir au modèle qui a fait du Québec un précurseur, à la fin des années 1970, avec la création du métier jadis nommé « auxiliaire familiale et sociale » dans les CLSC et la mise en place d'une formation professionnelle. L'approche en santé communautaire<sup>4</sup> à la base de cette professionnalisation du travail exigeait une reconnaissance de sa dimension relationnelle, éducative et préventive – antinomique avec l'actuelle logique comptable de la méthode *Lean* –, tout autant qu'une intégration des auxiliaires dans les équipes multidisciplinaires des CLSC. Cette dernière est impossible dans le présent contexte d'atomisation du rôle du personnel au sein de diverses structures privées et publiques.

Plus encore, pour contrer la précarité d'emploi, un élément indispensable à la reconnaissance économique et sociale

du travail des auxiliaires a été leur accès effectif à la syndicalisation et au pouvoir de négocier collectivement leurs conditions de travail à l'échelle nationale, et ce, dans le cadre du régime applicable aux secteurs public et parapublic. L'idée que la dispensation de soins serait une « vocation naturelle » chez les femmes, si souvent invoquée pour justifier de sous-payer ce travail et réactualisée aujourd'hui par la déqualification des emplois, s'en est trouvée invalidée. Dans le contexte actuel, la reconstruction d'un rapport de force favorable à ces travailleuses nécessite un régime de relations de travail étendu au secteur des services privés d'aide à domicile, ce qui est possible en vertu de la *Loi sur les décrets de convention collective* et revendiqué par certains syndicats affiliés à la Fédération des travailleuses et travailleurs du Québec.

L'absence de volonté politique manifestée par le gouvernement caquiste dans la présente négociation avec les syndicats des secteurs public et parapublic pose certes la question des orientations gouvernementales, mais aussi celle de la démocratisation du pouvoir décisionnel dans le système de santé et de services sociaux. La Coalition Solidarité Santé, dans une déclaration de principes rendue publique il y a un an, prône cette démocratisation par une participation élargie et une représentation équitable des citoyennes et des citoyens, des personnes usagères et des personnels, en donnant la place qui leur revient aux femmes et aux groupes minorisés. Renouer avec l'approche en santé communautaire initiée au Québec dans les années 1970 est une piste d'action centrale pour réussir à améliorer les services de soutien à domicile. Car cette approche reconnaît les liens intrinsèques entre la qualité des conditions de travail et celle des services, lesquels doivent être universels, gratuits et démarchandisés. Elle le fait dans le respect des principes interdépendants de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité qui sont au cœur du droit à la santé, tel que reconnu par le droit international. ■

*Un élément indispensable à la reconnaissance économique et sociale du travail des auxiliaires a été leur accès effectif à la syndicalisation.*

1— Voir le rapport *La place des secteurs public et privé dans la prestation des services d'aide à domicile au Québec depuis la réforme Barrette de 2015*, que nous avons produit en collaboration avec la FSSS-CSN, février 2020 [en ligne].

2— L'approche *Lean* (ou *Lean management*) est une adaptation occidentale d'un modèle japonais d'organisation du travail : le toyotisme ou « méthode Toyota ». D'abord expérimentée dans les usines de production de biens, elle est de plus en plus utilisée dans le secteur des services, dont celui de la santé et des services sociaux.

3— Voir Marie-Hélène Deshaies, *L'action publique québécoise à l'égard des personnes âgées vivant avec une incapacité : une analyse sociologique des discours entourant le partage de la responsabilité des soins (1980-2015)*, thèse de doctorat, Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, 2018.

4— Voir Mireille Audet et Jocelyne Bernier, « La communauté au cœur de la santé », *Relations*, n° 811, hiver 2020-2021, p. 22-23.

La revue *Spiritualitésanté* sur le Web!  
GRATUITE, PRATIQUE et PERFORMANTE

Inscrivez-vous à l'infolettre  
de *Spiritualitésanté*

[www.spiritualitesante.ca](http://www.spiritualitesante.ca)

