

La réforme des services sociaux et de santé : amplification de la privatisation et de l'exploitation du travail de soins.

Quelles solidarités syndicales et sociales?

Par Louise Boivin, chercheuse au CREATAS (creatas-quebec.org)

Professeure honoraire associée au département de relations industrielles de l'UQO

Journée de réflexion Les ratés de la CAQ: perspectives féministes et appel à l'action. Organisée par les Comités de condition féminine de la FSSS-CSN et de la CSN. Mardi 28 novembre 2023. Évènement en ligne.

Plan de la présentation

- 1. Préambule: définition des services d'aide à domicile (SAD)**
- 2. L'importance du pouvoir collectif de négocier la qualification du travail de soins**
- 3. Brève histoire du pouvoir collectif des travailleuses des soins: cas des SAD**
- 4. La Réforme Dubé: les bases pour l'amplification du processus de privatisation et de dévalorisation du travail de soins**

Conclusion: Quelles solidarités syndicales et sociales ?

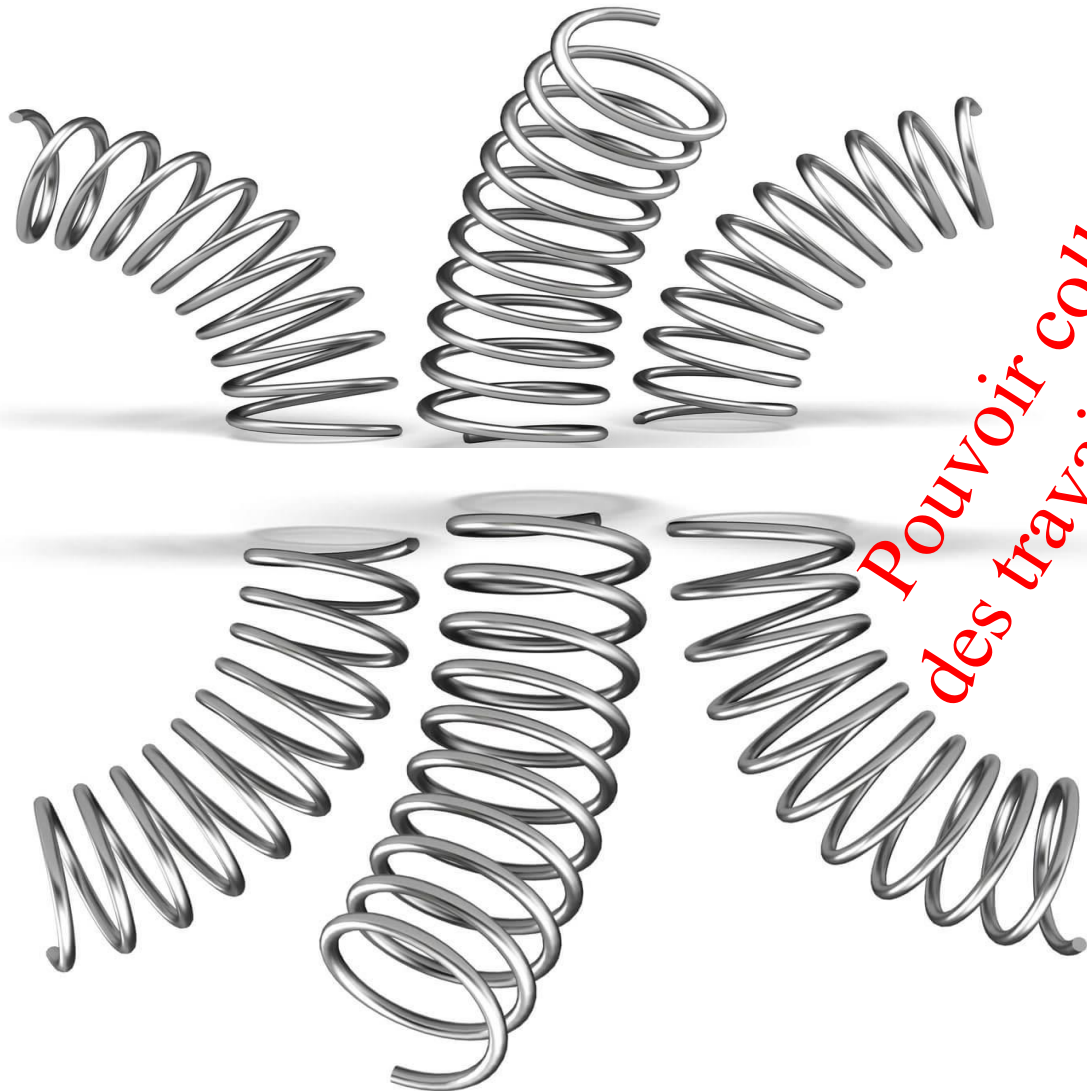
1. Préambule: Quelques définitions

SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE = SAD + services des travailleuses-eurs de professions réglementées (infirmière, médecin, travailleuse-ur social, physio, etc)

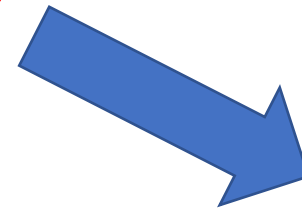
SERVICES D'AIDE À DOMICILE (SAD)

- assistance personnelle: soins d'hygiène, mobilisation, transferts, aide à l'habillement et alimentation
- entretien domestique, courses, préparation des repas
- souvent des actes délégués réservés au personnel infirmier jusqu'en 2004, avec la loi 90 (administration de médicaments, le gavage par voie naso-gastrique ou gastrostomie, aide à l'élimination intestinale par la stimulation anale et le curage rectal, les soins respiratoires ainsi que ceux liés à une trachéotomie)
- activités de soutien civique (budget, formulaires); services de popote, accompagnement, visites d'amitié; appui aux tâches familiales (aide aux devoirs, aide à l'organisation matérielle, etc.)

2. L'importance du pouvoir collectif de négocier la qualification du travail de soins



*Pouvoir collectif
des travailleuses des
soins*



Qualification
(valorisation du
travail) fn des
rapports de
pouvoir (Kergoat,
1982)

Rapport de l'Organisation internationale du travail (OIT), 2018



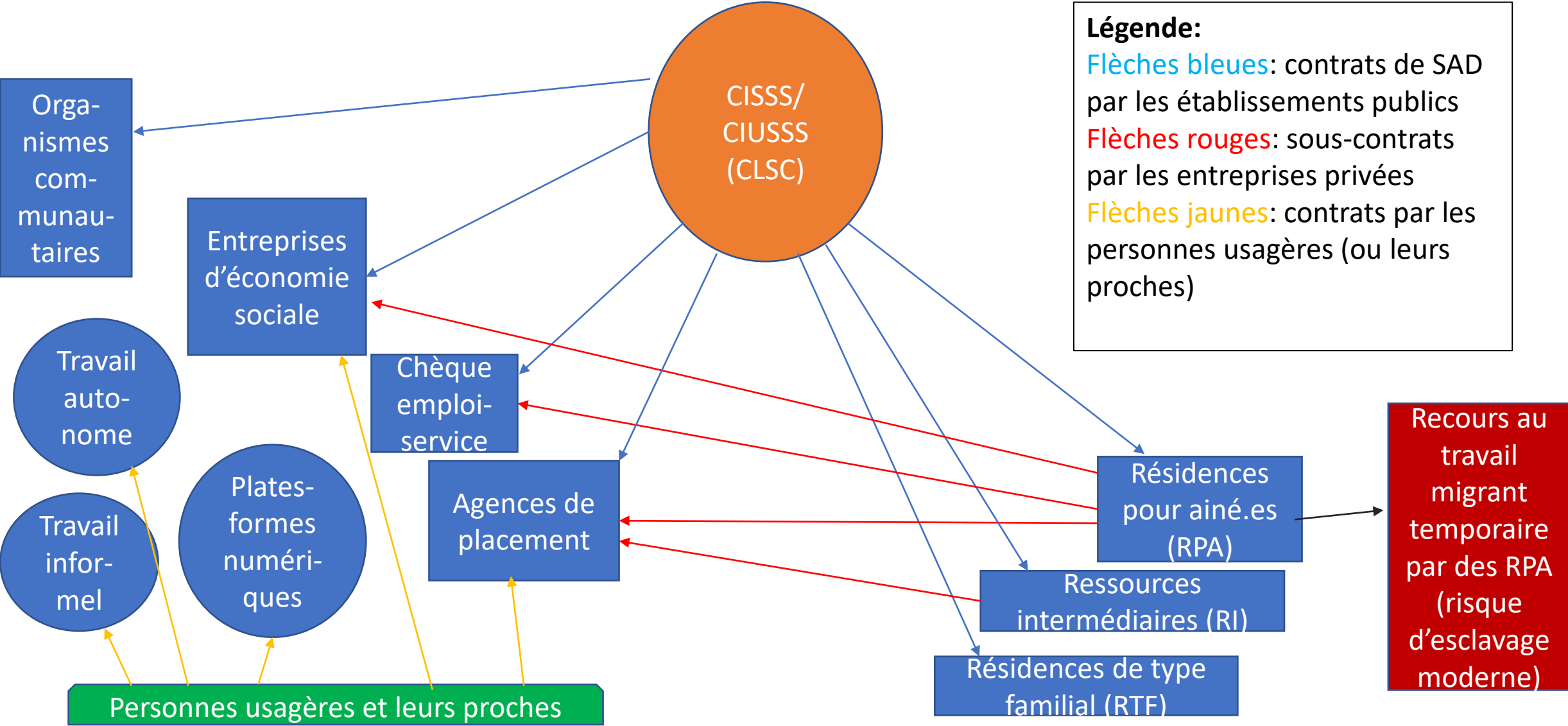
L'une des principaux mécanismes pour des conditions de travail décentes dans le travail de soins:

le regroupement des travailleuses au sein d'organisations représentatives combiné à des mécanismes de négociation collective (OIT, 2018, p.166).

3. Brève histoire du pouvoir collectif des travailleuses des soins: cas des SAD

Périodes	Organisation des services	Pouvoir collectif des travailleuses pour négocier leur qualification
Pré-étatisation des SAD <i>(Jusqu'à fin 1970s)</i>	Non existence des services publics (femmes de la famille ou substitut - religieuses; travailleuses domestiques rurales ou migrantes)	- Pouvoir nul, non syndicalisation - Travail de soins = vocation naturelle des femmes (Bourque, 1991)
Étatisation des SAD <i>(1970s-1980s)</i>	Étatisation partielle dans les CLSC (gestion participative à leurs débuts, conception des soins basée sur l'approche communautaire, inégalités socio-économiques)	- Syndicalisation 100% en CLSC, négo collective de la qualification (enrichissement des tâches); - Asso des auxiliaires familiales et sociales (formation professionnelle); - Mouvements sociaux (féministes, pop, PH, ainé.e.s, etc.)
Réformes successives <i>(1990-2015)</i>	Privatisation croissante: prestation privée (agences, économie sociale/EÉSAD, Chèque emploi-service/CES, RPA) + gestion toyotiste (appauvrissement des tâches et des condns de travail-salaires /contrôle accru du travail /perte de sens/risque de maltraitance institutionnelle)	Affaiblissement du pouvoir collectif: 1) Fragmentation des structures et du travail : Syndicalisation 0% en agences & CES et autour de 20% en EÉSAD & RPA (éval. approx.) et faible effectivité (contrats publics, gros proprios RPA); 2) fusion des accréditations (secteur public), alourdissement du travail syndical

Fragmentation des structures et du travail (cas SAD)



Distribution des hrs de SAD de longue durée au Québec (mars 2022)

Source:

Répertoire des indicateurs de gestion du MSSS 2021-2022, Données obtenues par demande d'accès à l'information au MSSS (décision du 12 octobre 2022).

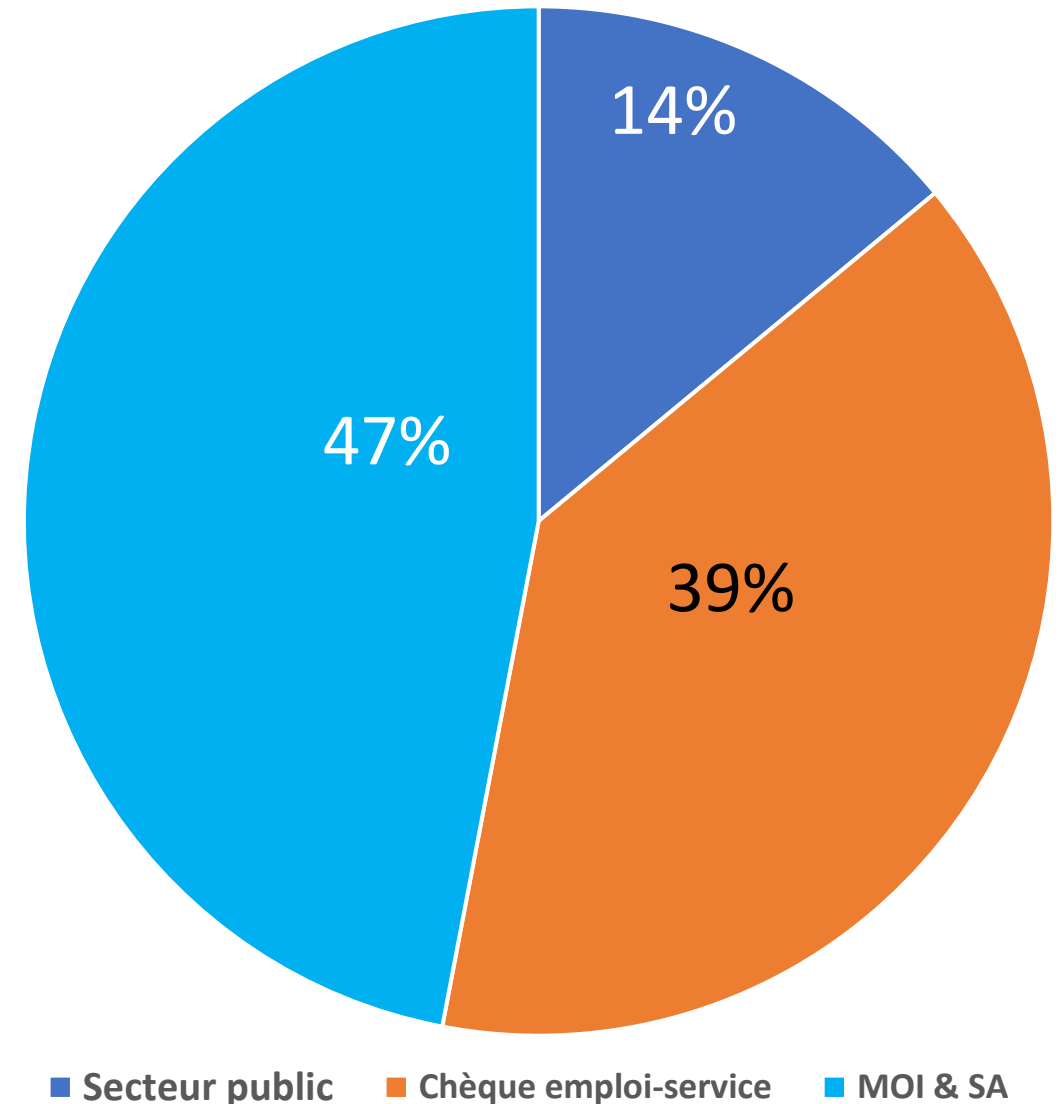
Légende:

MOI & SA =

main-d'œuvre indépendante (agences de placement)

et

autres services achetés (auprès d'entreprises d'économie sociale, de résidences pour aîné.es, etc.)



4. La Réforme Dubé: les bases pour l'amplification du processus de privatisation et d'exploitation du travail de soins

Période	Organisation des services	Pouvoir collectif des travailleuses
Réforme Dubé (2023-2024) i.e. Plan Santé et PL 15	<p>Bases pour une privatisation accrue: L'agence Santé Québec : le pouvoir à des « top guns » du secteur privé (conseil d'administration nommé par le gouvernement remplaçant les 34 C.A. des établissements actuels);</p> <p>Le Ministre va déterminer l'offre la plus « efficace » entre les secteurs public et privé (conception économique)</p> <p>L'organisation des services et du travail selon la logique toyotiste risque de s'accroître.</p>	<p>1) Bases pour une fragmentation accrue de l'ensemble des services de santé et sociaux, du travail et du pouvoir collectif (les cliniques privées et autres entités privées, pas ou peu syndiquées)</p> <p>2) Méga-fusion des accréditations (secteur public), grand alourdissement du travail syndical : de 136 syndicats à 4; employeur unique.</p> <p>3) De plus: affaiblissement des gains syndicaux: Le gouvernement de la CAQ souhaite « flexibiliser le travail », en restreignant les droits collectifs pouvant être négociés syndicalement. Le ministre Dubé: « On doit changer le droit syndical pour un droit personnel » (La Presse 23 nov. 2023)</p>

Conclusion: Quelles solidarités syndicales et sociales ?

- ❑ La réforme Dubé, si elle est adoptée, va créer un **vaste marché** pour les investisseurs privés à la recherche de profit, **basé sur une dévalorisation/exploitation accrue du travail rémunéré de soins réalisé majoritairement par des femmes** (dans les secteurs public, privé, communautaire);
- ❑ Cette **dévalorisation accrue du travail rémunéré de soins** aurait un **impact majeur** sur les femmes comme **travailleuses** (et plus encore sur celles doublement discriminées), mais aussi comme **personnes aspirant à l'égalité sociale** ayant besoin de services collectifs pour ne pas avoir à compenser dans la sphère privée, et aussi comme **usagères** des soins;
- ❑ La **concentration du pouvoir selon une logique de profit qu'induirait la réforme Dubé appelle à la défense du droit à la santé et des services publics, la démocratisation de leur gestion et la valorisation du travail de soins**. La pandémie a mis en lumière le caractère essentiel de ce travail et les effets catastrophiques de la privatisation au point que la coroner Géhane Kamel a publié sans son rapport sur les décès dans la 1^{ère} vague l'extrait suivant, avec lequel je terminerai.

CONCLUSION

« Sans avoir la prétention de m'avancer sur des modèles de prise en charge, il y a certainement lieu de tendre vers une déprivatisation du système, car monnayer la lourde perte d'autonomie de nos aînés peut conduire à une exploitation mercantile de leurs conditions de vie. »

Extrait du rapport de la coroner Kamel sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la 1^{re} vague de la pandémie de COVID-19. Mai 2022.