

Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile

Une des nombreuses conséquences de la pandémie de COVID-19 est d'avoir mis en lumière les effets pervers du recours aux agences de placement de personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux : roulement de personnel, détérioration de la qualité des services, explosion des coûts et tarification abusive, conflits d'intérêts (ex. : propriétaires d'agences détenant des postes de cadre dans le réseau), iniquités dans les conditions de travail et salariales, déstabilisation des équipes de travail, etc. Le drame vécu dans les milieux d'hébergement lors de la première vague remet aussi à l'avant-plan la nécessité de revoir en profondeur l'offre de soins de longue durée pour la recentrer sur les services de soutien à domicile.

À la croisée de ces deux enjeux majeurs se trouve une industrie en plein développement : celle des agences de placement en services à domicile.

ANNE PLOURDE, chercheuse

Faits saillants

01. Le secteur de la santé et des services sociaux est un marché majeur pour l'industrie des agences de placement, les dépenses en location de main-d'œuvre des établissements publics du réseau ayant représenté l'équivalent de 28,9 % des revenus totaux de cette industrie en 2020.

02. Les services d'aide à domicile sont un des secteurs du réseau de la santé et des services sociaux où la dépendance structurelle à l'égard des agences de placement est la plus forte : en 2019-2020, ce sont 27,9 % des heures travaillées en aide à domicile qui ont été assurées par de la main-d'œuvre indépendante, contre 2,9 % dans l'ensemble du réseau.

03. Le coût horaire de la main-d'œuvre indépendante augmente beaucoup plus rapidement que celui des employées du réseau dans les services de soutien à domicile, avec pour résultat que l'avantage financier d'y avoir recours a diminué de 60 % entre 2015-2016 et 2020-2021.

04. Le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante pour la prestation de l'aide à domicile varie grandement d'une région et d'un établissement à l'autre, passant de 0 % des heures travaillées dans certains établissements à plus de 70 % dans certains autres.

05. Ce sont avant tout des choix politiques et gestionnaires, et non la supposée pénurie de personnel en santé et services sociaux, qui expliquent le recours à la main-d'œuvre indépendante en services de soutien à domicile.

Les « pratiques douteuses » des agences de placement ainsi que les conséquences du recours à leurs services par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont été largement documentées durant la pandémie¹, qui a également stimulé plusieurs propositions pour favoriser le développement des services de soutien à domicile (SAD) et réduire le recours à l'hébergement². Ces constats et ces propositions s'inscrivent dans un contexte historique de sous-financement des SAD, de désengagement de l'État dans ce secteur et de privatisation accélérée et multiforme de l'offre de SAD, qui est bien connu³. Dans cette note socioéconomique, nous montrons le rôle central joué par les agences privées de placement de personnel dans ces processus^a.

Après avoir défini les agences de placement et présenté le contexte général de cette industrie^b, nous proposons un bref historique du recours aux agences de placement dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous présentons ensuite une analyse du recours à la « main-d'œuvre indépendante ^c » (MOI) par les établissements sociosanitaires publics dans le secteur des services de soutien à domicile. Dans un contexte où le gouvernement affiche une volonté de réduire radicalement le recours aux agences de placement en santé et services sociaux^d, nous démontrons que, pour y parvenir, une attention particulière devra impérativement être accordée au secteur des SAD, qui est un de ceux où l'utilisation des services d'agences de placement est la plus importante au sein du RSSS.

a L'autrice remercie Audrey Laurin-Lamothe, professeure associée à l'Université York, et Louise Boivin, professeure à l'Université du Québec en Outaouais, qui co-supervisent le projet postdoctoral dans lequel s'inscrit cette recherche. L'IRIS remercie également Mitacs et ses bailleurs de fonds pour leur contribution financière au projet.

b Un portrait plus détaillé de certains acteurs de l'industrie des agences de placement actifs en santé et services sociaux est présenté en annexe.

c C'est ainsi qu'on désigne les travailleuses d'agences de placement dans le langage administratif des gestionnaires des établissements du réseau. Précisons par ailleurs que, considérant la forte prédominance de femmes parmi les employé·e·s du RSSS et pour alléger le texte, la féminisation des termes sera utilisée pour désigner les travailleuses et les travailleurs du secteur.

1. Définition et contexte général

Le Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires définit une agence de placement comme « une personne, société ou autre entité dont au moins l'une des activités consiste à offrir des services de location de personnel en fournissant des salariés à une entreprise cliente pour combler des besoins de main-d'œuvre⁵ ». Autrement dit, la fonction principale des agences de placement est de « louer » des travailleuses et des travailleurs à des entreprises clientes, qui paient les agences pour répondre à leurs besoins de main-d'œuvre.

Comme l'indique cette définition, un des traits distinctifs des agences de placement est que, dans les agences, les relations de travail sont « tripartites » ou « triangulaires », car elles impliquent le ou la salarié·e, l'agence qui l'embauche et l'entreprise cliente qui « achète » les services de l'agence en payant pour la location du personnel. Or, le droit du travail a été structuré pour des relations bipartites typiques entre employeurs et salarié·e·s, ce qui limite son effectivité pour les employé·e·s d'agences.

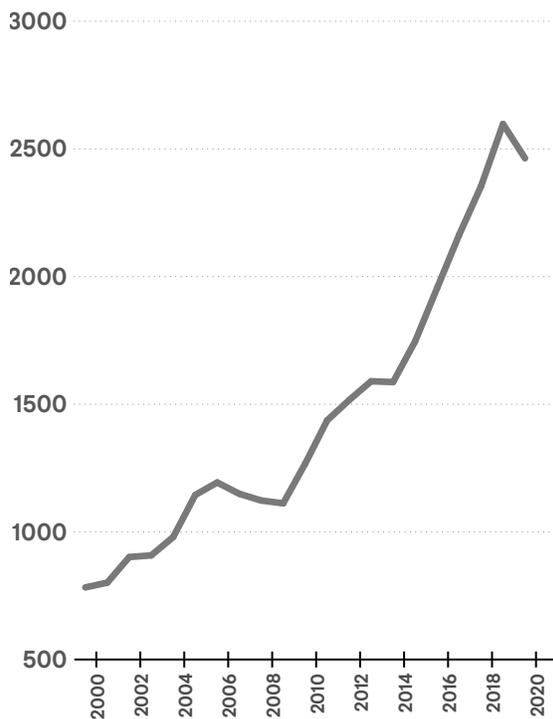
Il n'est pas dans notre propos d'exposer les conséquences bien documentées que cette relation de travail atypique suppose pour les employé·e·s d'agences, notamment en ce qui concerne la (dé)responsabilisation des employeurs en matière de santé et sécurité au travail⁶. Précisons néanmoins que l'émergence des agences de placement comme acteur important du marché du travail s'inscrit dans un processus de « flexibilisation » et de précarisation de l'emploi tout en le nourrissant, une dynamique qui s'inscrit elle-même dans le contexte plus large – et non exclusif au Québec – du virage néolibéral des dernières décennies⁷.

Au Québec, à la faveur d'un encadrement juridique pratiquement inexistant^d, l'industrie des agences de placement a connu, tous secteurs d'activité confondus, une croissance importante depuis le début des années 2000. Avec des revenus d'exploitation qui atteignaient globalement 2,6 G\$ en 2019 contre 782 M\$ en 2000, l'industrie des « services d'emploi^e » a plus que triplé durant la période (graphique 1).

d Ce n'est qu'en janvier 2000 qu'est entré en vigueur le règlement cité plus haut, sur lequel nous reviendrons plus loin.

e Selon le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN), l'industrie des services d'emploi « comprend les établissements dont l'activité principale consiste à lister les postes vacants et à choisir, à référer et à placer les candidats en emploi, de façon permanente ou temporaire ; et les établissements dont l'activité principale consiste à fournir des travailleurs pour des périodes limitées en vue de compléter la main-d'œuvre du client ». STATISTIQUE CANADA, *Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN) Canada 2017 version 3.0*, https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=get-VD&TVD=1181553&CVD=1181680&CPV=5613&CST=01012017&CLV=3&MLV=5 (consulté le 2 septembre 2021).

Graphique 1
Revenus d'exploitation de l'industrie des services d'emploi au Québec, 2000-2020 (M\$)

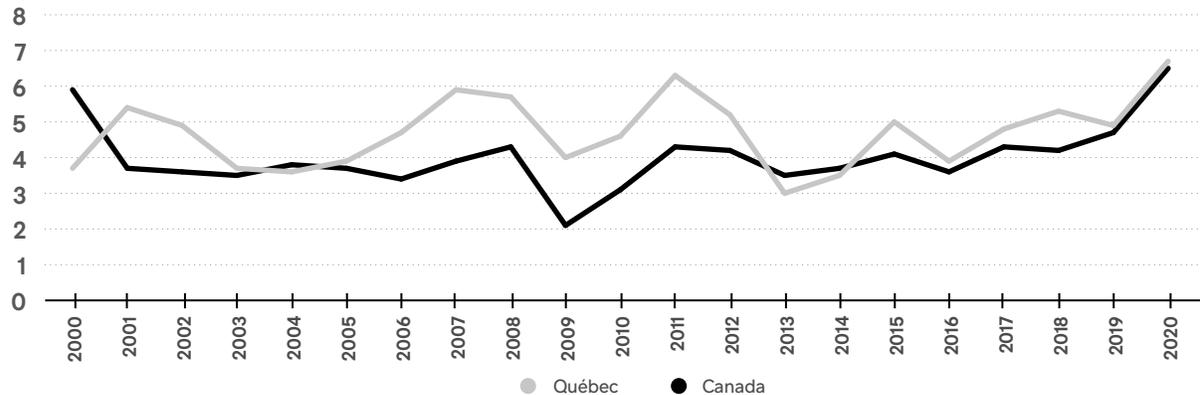


SOURCE : STATISTIQUE CANADA, *Services d'emploi, statistiques sommaires*, Tableau 21-10-0063-01, <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=2110006301> (consulté le 2 septembre 2021); STATISTIQUE CANADA, *Archivé – Services d'emploi, statistiques sommaires, selon le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN), inactif*, Tableau 21-10-0118-01, <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=2110011801> (consulté le 20 octobre 2021).

Si cette croissance est presque identique à celle qu'a connue cette même industrie dans l'ensemble du Canada, il est intéressant de souligner que le secteur est plus profitable au Québec, avec des marges bénéficiaires d'exploitation qui sont, à quelques exceptions près, supérieures dans la province depuis 20 ans (graphique 2). Soulignons également que, malgré la baisse des revenus d'exploitation subie par l'industrie en 2020 (probablement en raison de la pandémie), sa marge bénéficiaire d'exploitation a bondi la même année, pour atteindre un sommet de 6,7% au Québec et de 6,5% au Canada.

Quant à l'industrie des agences de placement en santé et services sociaux, il est très difficile d'en brosser un portrait clair. D'une part, des demandes d'accès à l'information faites auprès des établissements du réseau quant à leurs liens contractuels avec des agences n'ont permis de recueillir que des informations très incomplètes. D'autre part, très peu d'entreprises du secteur étant cotées en Bourse, il existe peu de données publiques, et celles qui sont disponibles et que nous présentons ci-dessus ne concernent pas précisément les agences actives dans le secteur sociosanitaire. Par exemple, on ne sait pas exactement quelle proportion des 2,6 G\$ de revenus générés au Québec en 2019 par l'ensemble de l'industrie des services d'emploi est attribuable aux agences du secteur de la santé et des services sociaux.

Graphique 2
Marges bénéficiaires d'exploitation de l'industrie des services d'emploi au Québec et au Canada, 2000-2020 (%)



SOURCE : STATISTIQUE CANADA, *Services d'emploi, statistiques sommaires*, Tableau 21-10-0063-01, <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=2110006301> (consulté le 2 septembre 2021); STATISTIQUE CANADA, *Archivé – Services d'emploi, statistiques sommaires, selon le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN), inactif*, Tableau 21-10-0118-01, <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=2110011801> (consulté le 20 octobre 2021).

On sait néanmoins que ces agences pèsent très lourd dans cette industrie puisque, cette année-là, le réseau de la santé et des services sociaux a dépensé 478 M\$ en location de main-d'œuvre indépendante⁸. On peut soustraire de ce montant les 95,3 M\$ dépensés pour la location de main-d'œuvre dans la catégorie d'emploi des « agent-e-s de sécurité », puisque le plus probable est que ces dépenses considérables ont été faites auprès d'agences de sécurité et non d'agences de placement. On se retrouve avec une somme de 383,5 M\$, ce qui représente 15 % des revenus totaux de l'industrie des services d'emploi en 2019.

Cette proportion a presque doublé pour atteindre 28,9 % durant l'année pandémique qui a suivi. Alors qu'en 2020 les revenus totaux de l'industrie des services d'emploi ont légèrement diminué pour se situer à 2,5 G\$, les dépenses du RSSS en location de personnel ont explosé pour atteindre le sommet inégalé de 1,1 G\$, ou 723 M\$ si on soustrait les 344 M\$ dépensés pour la location de services d'agent-e-s de sécurité⁹. À ces revenus empochés par les agences du secteur sociosanitaire grâce aux achats de services effectués par les établissements publics du réseau, il faut ajouter des revenus provenant d'autres sources, puisque les agences en santé et services sociaux vendent aussi leurs services à des organismes privés (par exemple, à des centres d'hébergement privés) et à des individus^f.

Autrement dit, le secteur de la santé et des services sociaux représente un marché majeur pour l'industrie des agences de placement, qui loue du personnel aux établissements sociosanitaires dans la presque totalité des catégories d'emploi existant au sein du réseau public^g. Voyons maintenant comment a évolué le recours aux services de ces entreprises par le réseau public de santé et de services sociaux durant les dernières décennies au Québec.

f Par exemple, Synergie Hunt International, qui est une des entreprises multinationales de location de personnel actives au Québec, offre ses services d'aide à domicile aux particuliers par l'entremise de sa filiale Compasoins. À l'instar des résidences privées pour aîné-e-s (RPA), elle utilise le crédit d'impôt pour maintien à domicile des aîné-e-s comme argument de vente, faisant valoir qu'il permet le remboursement de 35 % des frais engagés pour l'achat de services à domicile. « Montant du crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés », *Compasoins*, <https://www.compasoins.ca/credits-dimpots/> (consulté le 19 novembre 2021). Au sujet de ce crédit d'impôt comme mode de financement indirect (mais majeur) des RPA, voir Anne PLOURDE et Colin PRATTE, *Les résidences privées pour aîné-e-s au Québec. Portrait d'une industrie milliardaire*, Étude, IRIS, juin 2021, <https://iris-recherche.qc.ca/publications/residences-privées-pour-aîné-e-s-portrait-industrie-milliardaire>.

g Pour un portrait plus détaillé – mais parcellaire – des principaux acteurs de l'industrie des agences de placement en santé et services sociaux, voir l'analyse présentée en annexe. Les données sur la location de main-d'œuvre indépendante par catégorie d'emploi sont tirées de MSSS, *Demande d'accès à l'information*, N/Réf. : 1847 00/2020-2021.472, https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/decisions-et-documents-transmis-dans-le-cadre-d-une-demande-deacces/. Nous reviendrons sur ces données dans la suite de la note.

2. Historique du recours aux agences en santé et services sociaux

Un survol historique du recours aux agences de placement en santé et services sociaux par les établissements publics du réseau mène à deux constats : 1) cette pratique ne date pas d'hier ; 2) elle est rythmée par l'évolution du cadre juridique, des directives ministérielles et des réformes au sein du RSSS, ce qui indique qu'elle dépend en bonne partie de la volonté politique des gouvernements en place.

Un article de *La Presse* datant de 1986 nous apprend que le phénomène était déjà dénoncé par les syndicats d'infirmières à l'époque^h. En ce qui concerne plus précisément l'utilisation des services d'agences pour la prestation de services de soutien à domicile, un rapport publié en 2003 situe le début de cette pratique vers la fin des années 1980, avec une intensification à partir du virage ambulatoire du milieu des années 1990, qui a eu pour effet d'augmenter considérablement la demande en SAD sans que des ressources suffisantes soient injectées pour embaucher le personnel nécessaire pour y faire face¹⁰.

La réforme du RSSS lancée en 2003 par Philippe Couillard, alors ministre de la Santé et des Services sociaux dans le gouvernement libéral de Jean Charest, a aussi eu pour conséquence une augmentation marquée du recours aux agences de placement (et à d'autres prestataires privés) pour la prestation des SAD : entre 2005-2006 et 2009-2010, les sommes dépensées pour la location d'auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS) auprès d'agences ont augmenté de 84 % à Montréal, passant de 12 M\$ à 22 M\$ⁱ.

À partir de 2010-2011 s'amorce une tendance à la baisse dans le recours aux agences en santé et services sociaux, tous secteurs confondus (graphique 3)^j. Cette baisse est notamment le résultat d'une volonté politique allant en ce sens : en 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a officiellement inscrit une cible de réduction de 25 % du pourcentage des heures travaillées par de la MOI entre 2010 et 2015 dans son *Plan stratégique de l'époque*¹¹, ce qui s'est traduit par l'inscription d'objectifs ciblés dans les ententes annuelles de gestion et d'imputabilité conclues par le MSSS avec les établissements du réseau et par l'adoption d'un nouvel indicateur de gestion visant à mesurer l'atteinte de ces cibles¹². Dans le cas des infirmières, cette cible a été rehaussée à 40 %

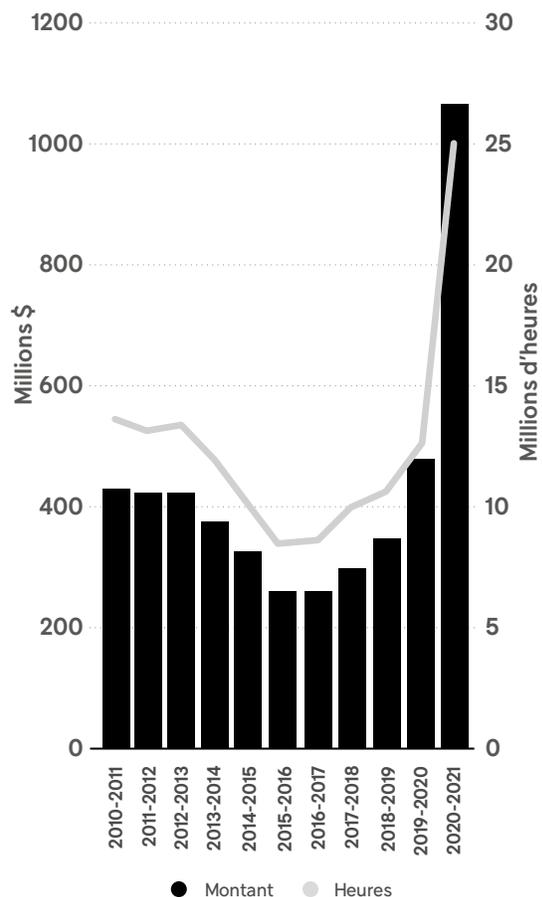
h Je remercie Camille Robert d'avoir porté cet article à mon attention : Lisa BINSSE, « Les infirmières : l'enjeu le plus difficile », *La Presse*, 18 octobre 1986, p. B7, <https://diffusion.banq.qc.ca/pdfjs-1.6.210-dist-banq/web/pdf.php?iV1rdbWJWna1pywQBnGZrw.pdf>.

i Les ASSS (autrefois auxiliaires familiales et sociales) sont les travailleuses du réseau spécialisées dans la prestation des services d'aide à domicile. Louise BOIVIN, « La représentation collective au travail en contexte d'externalisation des services publics d'aide à domicile au Québec », *Relations industrielles*, vol. 73, n° 3, 2017, p. 506-508.

j Précisons que les données présentées dans ce graphique incluent les sommes et les heures pour la catégorie d'emploi des agent-e-s de sécurité.

à la suite d'une lettre d'entente signée avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec dans le cadre de la convention collective négociée en 2011¹³.

Graphique 3
Évolution des sommes versées en MOI et des heures travaillées par la MOI dans le RSSS public entre 2010-2011 et 2020-2021, tous secteurs confondus



SOURCE : MSSS, Demande d'accès à l'information, N/Réf. : 1847 00/2020-2021.472, https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/decisions-et-documents-transmis-dans-le-cadre-d-une-demande-deacces/. Données compilées par Yves Lévesque.

La nouvelle réforme du RSSS lancée en 2015 par Gaétan Barrette, alors ministre libéral de la Santé et des Services sociaux, et l'adoption d'objectifs beaucoup plus modestes en matière de réduction du recours à la MOI à partir de cette même année ont mis un terme à cette tendance à la baisse^k. Rappelons que la Fédération des chambres

^k Le Plan stratégique 2015-2020 prévoyait une réduction de 5,5 % du pourcentage des heures travaillées par de la MOI durant la période, et l'indicateur de gestion qui servait auparavant à mesurer l'atteinte des cibles a été abandonné en 2015 pour être remplacé par un nouvel

de commerce du Québec est une des rares organisations à avoir appuyé la réforme de 2015, notamment parce qu'elle y voyait de nouvelles ouvertures vers l'élargissement du rôle du secteur privé dans le réseau¹⁴.

Le graphique 3 montre qu'après la diminution qui s'est produite entre 2010-2011 et 2015-2016, le recours à la MOI a recommencé à augmenter, tant en matière de sommes dépensées que du nombre d'heures travaillées. En 2019-2020, les sommes versées en achats de services auprès des agences atteignaient près de 500 M\$, et la MOI cumulait 10,7 millions d'heures travaillées au sein du réseau public, dépassant dans les deux cas le niveau de 2010-2011. Sous l'effet de la pandémie, ces chiffres ont doublé l'année suivante, dépassant respectivement 1 G\$ et 20,8 millions d'heures^l.

L'impact de la pandémie de COVID-19 ainsi que des modifications réglementaires récentes pourraient imprimer un nouveau virage dans le recours aux agences en santé et services sociaux. L'entrée en vigueur en janvier 2020 d'un premier règlement pour encadrer les activités des agences de placement^m pourrait diminuer l'attrait financier du recours aux agences pour les établissements publics du RSSS, puisqu'il est désormais interdit aux agences d'«accorder à un salarié un taux de salaire inférieur à celui consenti aux salariés de l'entreprise cliente qui effectuent les mêmes tâches dans le même établissement uniquement en raison de son statut d'emploi¹⁵».

De plus, la lumière crue jetée par la pandémie sur les conséquences négatives du recours aux agences de placement en santé et services sociaux a forcé le gouvernement à s'engager à encadrer, à réduire et même à éliminer ces pratiques au sein du RSSS¹⁶. Certaines mesures ont déjà été mises en œuvre en ce sens : programmes d'embauches massives d'infirmières et de préposées aux bénéficiaires, adoption de nouvelles cibles ambitieuses de réduction du taux de recours à la MOIⁿ, promulgation de décrets (temporaires) limitant les tarifs pouvant être exigés par les agences et restreignant l'exode

indicateur. MSSS, Plan stratégique 2015-2020, mise à jour 2017, 2017, p. 17, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_17-717-orW_MSSS.pdf; MSSS, 3.06.00 – Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante, Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux, https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000055/?&txt=3.06&msss_valpub&date=DESC.

^l Le MSSS a d'ailleurs suspendu l'application de l'indicateur de gestion mesurant l'atteinte des cibles en MOI entre le 31 mars 2020 et le 27 septembre 2021 et a révisé le Plan stratégique 2019-2023 en conséquence. MSSS, Plan stratégique 2019-2023, mise à jour août 2021, p. 22-23, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_20-717-orW_MSSS.pdf; MSSS, 3.06.00 – Taux..., op. cit.

^m Précisons que ce règlement s'applique à toutes les agences de placement en vertu de la Loi sur les normes du travail ainsi qu'aux agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires, et non seulement à celles actives dans le secteur sociosanitaire.

ⁿ Nous y reviendrons.

des employés du réseau vers ces entreprises¹⁷, etc. Des dispositions adoptées dans les conventions collectives négociées durant la pandémie renforcent également ces tendances¹⁸.

Il est encore trop tôt pour savoir si ces développements auront un effet à la baisse – et un effet durable – sur le recours aux agences en santé et services sociaux. Une chose est certaine toutefois : comme nous le verrons dans la prochaine section, l'atteinte de ces objectifs devra nécessairement passer par une révision en profondeur des pratiques dans le secteur des services de soutien à domicile, qui est un de ceux où la MOI pèse le plus lourd au sein du réseau.

3. Le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les services de soutien à domicile

Des travaux réalisés précédemment ont permis de montrer l'ampleur de la privatisation dans le secteur des services de soutien à domicile, en particulier en ce qui concerne les services d'aide à domicile de longue durée (voir encadré 1), à la suite des réformes de 2003 et de 2015¹⁹. Il s'agira ici de mesurer plus précisément la part occupée dans ce processus de privatisation par les agences de placement en brossant un portrait du recours à la main-d'œuvre indépendante pour les services de soutien à domicile par les établissements publics du réseau. Nous porterons une attention particulière aux services d'aide à domicile, où le poids de la MOI est le plus important.

Quelques précisions méthodologiques s'imposent. Les données présentées dans cette section sont pour la plupart tirées des rapports financiers des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) (formulaires AS-471)²⁰, qui comptabilisent les sommes dépensées en MOI et les heures travaillées par cette main-d'œuvre. Il faut savoir cependant que, d'une part, certains de ces établissements incluent dans cette catégorie des achats de services auprès d'entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) (voir encadré 1), bien que ces achats soient la plupart du temps inscrits dans la catégorie « services achetés ». D'autre part, des établissements comptabilisent certains achats de services auprès d'agences de placement dans la catégorie « services achetés » plutôt que dans celle de la MOI. Il est donc possible que les données concernant la MOI incluent en partie des services offerts par des EÉSAD, et qu'elles n'incluent pas tous les services achetés auprès d'agences. Il s'agit néanmoins du meilleur indicateur disponible pour mesurer le recours aux agences privées de placement.

Encadré 1

Services de soutien à domicile : la différence entre l'aide à domicile et les soins et services professionnels à domicile

Au Québec, la catégorie des services de soutien à domicile (SAD) englobe deux grands types de services : les services d'aide à domicile, et les soins et services professionnels offerts à domicile²¹.

Les services d'aide à domicile comprennent « les composantes suivantes : services d'assistance à la personne (soins d'hygiène, assistance pour les déplacements et l'alimentation, etc.), aussi appelés Activités de la vie quotidienne (AVQ) ; services d'aide domestique (entretien ménager, préparation des repas, etc.), aussi appelés Activités de la vie domestique (AVD) ; et, enfin, activité de soutien civique (administration du budget, formalités administratives, etc.)²² ».

Au sein du réseau public, ces services sont assurés par les auxiliaires familiales ou auxiliaires en santé et services sociaux, des travailleuses détenant pour la plupart une formation de niveau secondaire (diplôme d'études professionnelles) variant entre 870 et 975 heures. Une partie grandissante des services d'aide à domicile (y compris des services d'assistance personnelle) est cependant assurée par quatre types de prestataires privés, dont les employés n'ont pas nécessairement la qualification professionnelle des auxiliaires du réseau public : les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), les agences privées de placement de personnel, les résidences privées pour aîné·e·s et les travailleuses du chèque emploi-service (CES), qui est un programme d'allocations directes versées aux usagères et usagers pour acheter des services sur le marché privé²³.

Les soins et services professionnels offerts à domicile correspondent aux soins dispensés par des infirmières, travailleuses sociales, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes et inhalothérapeutes. Une partie grandissante de ces services est également effectuée par des professionnelles employées par des agences de placement, comme nous le verrons plus loin. Toutefois, les EÉSAD et les travailleuses du CES ne sont pas habilitées à offrir ce type de services (bien que les services d'assistance personnelle offerts par les prestataires privés « peuvent, sous certaines conditions, inclure des actes de type médical, réservés au personnel infirmier jusqu'en 2002²² »).

3.1 RECOURS MASSIF ET CROISSANT À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE DANS LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

En théorie, le rôle des agences de placement de personnel devrait être de combler des besoins de main-d'œuvre ponctuels et temporaires. Or, la réalité est tout autre en ce qui concerne les services de soutien à domicile, et en particulier les services d'aide à domicile. Il faut savoir qu'au Québec, contrairement à d'autres endroits, comme la France, les agences évoluent dans un contexte juridique où le « marchandage de main-d'œuvre » n'est pas interdit, « c'est-à-dire qu'il est légal pour une entreprise ou une administration publique de recourir à une agence dans le but de combler des besoins permanents de personnel²⁵ ».

L'usage massif de la MOI par les CISSS et les CIUSSS dans la prestation de services de soutien à domicile – et la croissance extrêmement rapide de cet usage – montre qu'en ce qui concerne les SAD, les pratiques des gestionnaires des établissements du réseau s'inscrivent plutôt dans cette dernière tendance. Les données présentées dans cette section montrent que, dans les SAD plus encore que dans les autres secteurs, on peut véritablement parler d'une *dépendance structurelle* du RSSS à l'égard de la MOI, dépendance qui, loin d'être nouvelle, s'est développée bien avant la pandémie.

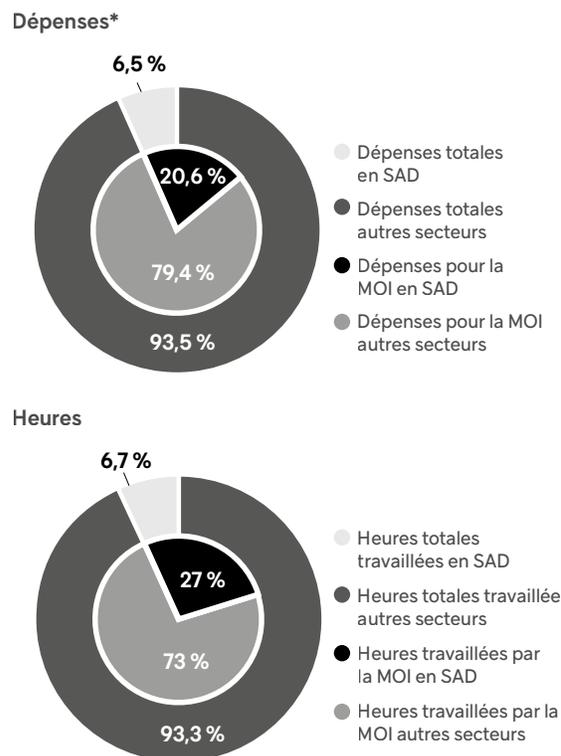
Un premier indicateur du poids disproportionné de la MOI dans les services de soutien à domicile se trouve dans le fait que, sur les 478,8 M\$ de dépenses en MOI faites par les établissements en 2019-2020, 98,4 M\$ sont attribuables à la location de personnel pour la prestation de services de soutien à domicile. Cela représente plus de 20 % de l'ensemble des dépenses en MOI, alors que les dépenses totales en salaires et avantages sociaux pour les SAD ne comptent que pour 6,5 % des dépenses en salaires et avantages sociaux pour l'ensemble des secteurs. De même, si le total des heures travaillées dans le secteur des SAD ne représentait que 6,7 % du total des heures travaillées dans l'ensemble du RSSS en 2019-2020, les heures travaillées par de la MOI dans les SAD représentaient 27 % du total des heures travaillées par de la MOI, tous secteurs confondus (graphique 4).

La croissance du recours à la MOI est aussi deux fois plus rapide dans le secteur des SAD que dans le reste du réseau (graphique 5).

Ainsi, le nombre d'heures travaillées par de la MOI en SAD a crû de 81 % entre 2015-2016 et 2019-2020, alors que, pour l'ensemble du RSSS, cette croissance n'a été que de 48 %. Durant la même période, les dépenses en MOI ont augmenté de 159 % dans le secteur des SAD, contre 82 % tous secteurs confondus. Notons que, dans tous les cas,

la croissance des heures et des dépenses en MOI est beaucoup plus rapide que la croissance totale des heures travaillées et des dépenses en salaires et avantages sociaux⁹.

Graphique 4
Comparaison du poids de la MOI en SAD et dans l'ensemble du RSSS en 2019-2020

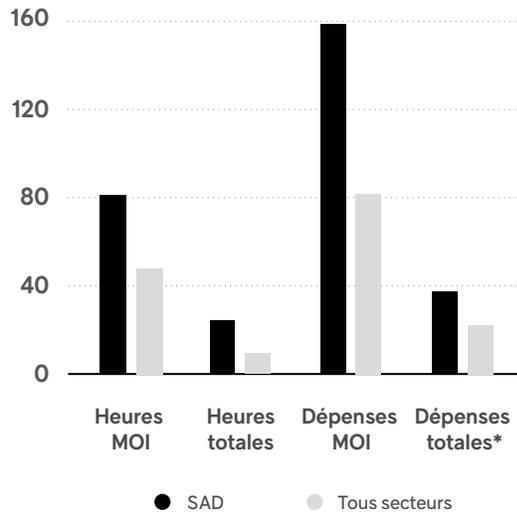


* Les dépenses « totales » incluent uniquement les dépenses en salaires et avantages sociaux.

SOURCES : CI(U)SSS, *Rapports financiers* (formulaires AS-471), 2019-2020. Calculs IRIS.

○ Les données pour 2020-2021 ne sont pas représentées dans les graphiques 4 et 5 en raison du caractère exceptionnel de la pandémie. Mentionnons tout de même qu'on observe cette année-là une explosion du recours à la MOI dans l'ensemble du réseau, mais une hausse beaucoup moins marquée dans le secteur des SAD. Une des raisons qui expliquent cela est que, durant la crise sanitaire, la quantité totale de services offerts dans ce secteur n'a pas non plus augmenté autant que dans l'ensemble du réseau. Ainsi, le nombre total d'heures travaillées en SAD a augmenté de 8,3 % entre 2019-2020 et 2020-2021, alors que le nombre total d'heures travaillées tous secteurs confondus a bondi de près de 15 % durant la même période.

Graphique 5
Pourcentage d'augmentation des heures travaillées et des dépenses en MOI et totales, par secteur, 2015-2016 à 2019-2020 (%)



* Les dépenses « totales » incluent uniquement les dépenses en salaires et avantages sociaux.

SOURCES : CI(U)SSS, *Rapports financiers* (formulaires AS-471), 2015-2016 à 2019-2020. Calculs IRIS.

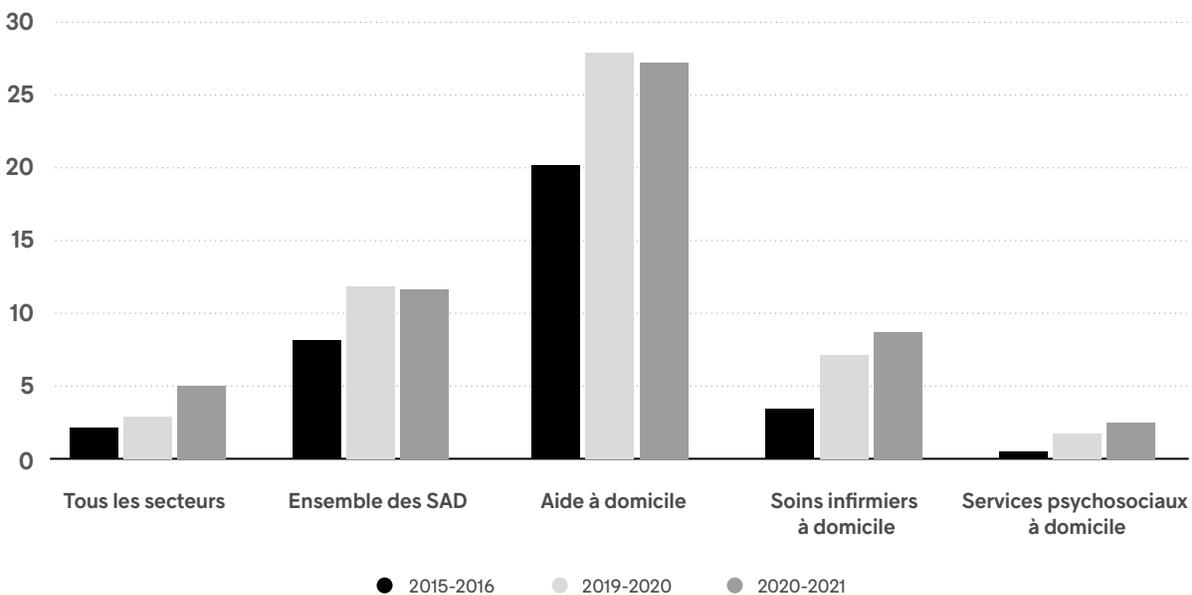
Pour mesurer plus précisément l'ampleur du recours à la MOI en SAD, on peut comparer le « taux de recours à la MOI » en SAD avec les taux cibles du MSSS pour l'ensemble des secteurs. Cet indicateur mesure le pourcentage d'heures travaillées par de la MOI par rapport au total des heures travaillées. Par exemple, un taux de 2 % signifierait que 2 % du total des heures travaillées l'ont été par de la MOI.

Depuis le début des années 2010, les taux cibles du MSSS varient *grosso modo* entre 2 et 4 %. Le *Plan stratégique 2019-2023* du MSSS vise un taux de 2,27 % en 2021-2022, ce qui, dans le contexte de la crise sanitaire, est une cible plutôt ambitieuse : elle représente une baisse de près de 60 % en un an par rapport au sommet historique de 5,3 % atteint durant l'année pandémique 2020-2021. Le *Plan stratégique* vise une nouvelle réduction de plus de 25 % dès l'année suivante, avec une cible de 1,67 % pour 2022-2023^p. Les données présentées ci-dessous montrent que l'atteinte de ces cibles ne pourra passer que par une révision en profondeur de l'offre de SAD.

Le graphique 6 compare les taux de recours à la MOI réellement atteints dans l'ensemble des secteurs avec ceux atteints dans celui des SAD (et dans certaines sous-catégories de ce secteur) depuis la réforme de 2015.

^p Rappelons que les cibles du début des années 2010 visaient une réduction de 25 % en 5 ans (40 % dans le cas des infirmières).

Graphique 6
Taux de recours à la MOI par secteur (%)



SOURCES : CI(U)SSS, *Rapports financiers* (formulaires AS-471), 2015-2016 à 2020-2021. Calculs IRIS.

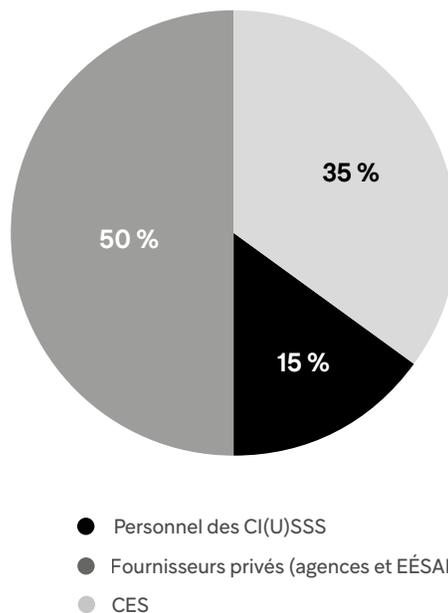
En 2015-2016, alors que le taux de recours à la MOI atteignait un creux de 2,16 % dans l'ensemble des secteurs (le plus bas taux depuis 2010-2011), la proportion des heures travaillées par de la MOI était de 8,13 % dans les SAD. Entre 2015-2016 et 2019-2020 (soit avant la pandémie), le taux de recours à la MOI en SAD a bondi de 46 % pour atteindre 11,84 % (il est resté à peu près stable l'année suivante, malgré l'arrivée de la COVID-19). Durant la même période, le taux de recours à la MOI tous secteurs confondus est passé de 2,16 à 2,92 %, une hausse de 35 %, qui a été suivie d'une hausse de 72 % durant l'année pandémique.

On constate que, parmi l'ensemble des services de soutien à domicile, c'est dans la catégorie de l'aide à domicile que le recours à la MOI pèse le plus lourd : en 2015-2016, ce sont plus de 20 % des heures d'aide à domicile qui étaient effectuées par de la MOI, et ce taux a atteint un sommet de 27,9 % en 2019-2020, pour reculer à 27 % l'année suivante. Ce sont donc désormais plus du quart des heures d'aide à domicile qui sont assurées par de la MOI.

Précisons qu'en ce qui concerne l'aide à domicile, la proportion d'heures travaillées par des employés du secteur privé est ici largement sous-estimée puisque les données présentées n'incluent pas les services offerts par les résidences privées pour aîné-e-s, par les entreprises d'économie sociale en aide à domicile et par les travailleuses du chèque emploi-service (CES), dont les heures ne sont pas comptabilisées dans les rapports financiers des CISSS et des CIUSSS. Or, des données obtenues auprès du MSSS en vertu d'une demande d'accès à l'information et présentées dans le graphique 7 indiquent qu'en 2020-2021, seuls 15 % des heures d'aide à domicile longue durée ont été effectuées par des employés des établissements publics, 35 % l'ont été par des travailleuses du CES et 50 % par des « fournisseurs privés », c'est-à-dire des agences ou des EÉSAD^q.

Par ailleurs, si on revient au graphique 6, on constate également que le recours à la MOI est moins marqué dans les soins et services professionnels à domicile que dans l'aide à domicile. Il n'en demeure pas moins très élevé dans le cas des soins infirmiers à domicile, où les taux de recours à la MOI dépassent largement les cibles visées par le MSSS depuis 2010. Dans cette catégorie, la MOI a assuré 7,12 % des heures de services en 2019-2020, en hausse de 107 % depuis 2015-2016 (ce taux a de nouveau bondi de 23 % l'année suivante pour atteindre 8,74 % en 2020-2021).

Graphique 7
Nombre d'heures d'aide à domicile longue durée par catégorie de prestataires, 2020-2021



SOURCE : MSSS, Demande d'accès à l'information, N/Réf. : 1847 00/2020-2021.789, https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/decisions-et-documents-transmis-dans-le-cadre-d-une-demande-deacces/.

Dans les autres catégories de services professionnels à domicile (services psychosociaux, nutrition, physiothérapie, ergothérapie, etc.), les taux de recours à la MOI sont beaucoup moins élevés, se situant sous ou dans les cibles du MSSS. Néanmoins, ils ont connu une croissance spectaculaire depuis 2015-2016. Le cas des services psychosociaux à domicile, illustré dans le graphique 6, est assez représentatif à cet égard. Dans cette catégorie, le taux de recours à la MOI est passé de 0,5 % en 2015-2016 à 1,7 % en 2019-2020, une croissance de plus de 230 %, et il a atteint 2,5 % durant l'année pandémique, une hausse de près de 400 % par rapport à 2015-2016.

^q Notons que les données de 2019-2020 sont à peu près identiques à celles de 2020-2021 (17 % pour les employés des CISSS et des CIUSSS, 34 % pour les travailleuses du CES et 49 % pour les agences et les EÉSAD).

3.2 UNE MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE DE PLUS EN PLUS CHÈRE

Une enquête effectuée en 2003 auprès de gestionnaires du RSSS responsables des SAD a permis de relever leurs principales motivations pour recourir à la MOI²⁶. Sans surprise, la réduction des coûts permise par l'achat de services auprès des agences de placement figurait alors en bonne place parmi celles-ci, malgré les conséquences négatives connues des gestionnaires sur la qualité des services et la sécurité des usagères et usagers²⁷.

Or, le tableau 1, qui compare le coût horaire moyen de la MOI à celui des employées du RSSS par catégorie de SAD, montre que l'avantage financier de recourir à la MOI pour la prestation des SAD a fortement diminué depuis 2015-2016. En fait, il a même disparu pour certaines catégories de SAD.

On constate d'abord que, pour l'ensemble des SAD, l'avantage financier du recours à la MOI a diminué de manière considérable depuis 2015-2016. Alors que, cette année-là, le RSSS économisait globalement 21,27 \$ pour chaque heure travaillée par de la MOI en SAD, l'économie n'était plus que de 15,67 \$ en 2019-2020 et de 8,32 \$ en 2020-2021, ce qui représente respectivement une baisse de 26 % et de plus de 60 % par rapport à 2015-2016.

On constate également que l'avantage financier du recours à la MOI est en fait inexistant pour l'ensemble des catégories de soins et services professionnels à domicile, à l'exception des soins infirmiers. Autrement dit, il en coûte considérablement plus cher pour les établissements du réseau d'utiliser de la MOI que d'offrir les services à l'interne dans le cas des services psychosociaux, de nutrition, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'inhalothérapie. On peut penser que ces coûts élevés expliquent au moins en partie le faible recours à la MOI dans ces catégories de SAD.

Dans le cas des soins infirmiers à domicile, qui sont une des catégories de SAD où le taux de recours aux services d'agences est très élevé, l'utilisation de la MOI présentait un léger avantage financier en 2015-2016, avantage qui a perduré jusqu'en 2019-2020, mais qui s'est complètement évanoui en 2020-2021.

On constate en fait que, dans le secteur des SAD, l'essentiel des économies générées par le recours à la MOI sont attribuables à la catégorie de l'aide à domicile. Historiquement, l'avantage financier tiré du recours à la MOI pour l'aide à domicile est étroitement lié à un processus de déqualification, de précarisation et de non-reconnaissance des travailleuses responsables de ce type de services, processus qui contribue probablement à expliquer la détérioration de la qualité des services engendrée par la location de personnel auprès d'agences de placement. C'est notamment parce qu'on a choisi de réduire les exigences de formation et de qualification professionnelles requises pour la prestation des services d'aide à domicile qu'il a été possible de réduire les coûts de main-d'œuvre par l'entremise du recours aux agences (mais aussi aux EÉSAD et au programme du CES)²⁸.

On remarque cependant que, même dans le cas de l'aide à domicile, l'avantage financier d'utiliser les services d'agences de placement a diminué de manière importante depuis 2015-2016, passant de 13,03 \$ l'heure à 7,88 \$ en 2019-2020 (une baisse de 40 %), puis à 4 \$ durant l'année pandémique (une diminution de près de 70 % par rapport à 2015-2016). De fait, depuis la réforme de 2015, les dépenses en MOI pour l'aide à domicile ont augmenté beaucoup plus rapidement que le nombre d'heures effectuées par de la MOI dans ce secteur (graphique 8, p. 12).

Alors que les heures travaillées par de la MOI sont passées de 1,3 million en 2015-2016 à 2,3 millions en 2019-2020 (une augmentation de 67 %), les dépenses ont connu une croissance de 142 % durant la même période, passant de 26,4 M\$ à 63,9 M\$. Entre 2019-2020 et 2020-2021, les dépenses ont de nouveau bondi de 25 % à 80,1 M\$, alors que les heures ont quant à elles reculé de 1 %, à 2,2 millions.

Tableau 1

Comparaison du coût horaire moyen de la MOI et de celui des employés du RSSS pour les SAD

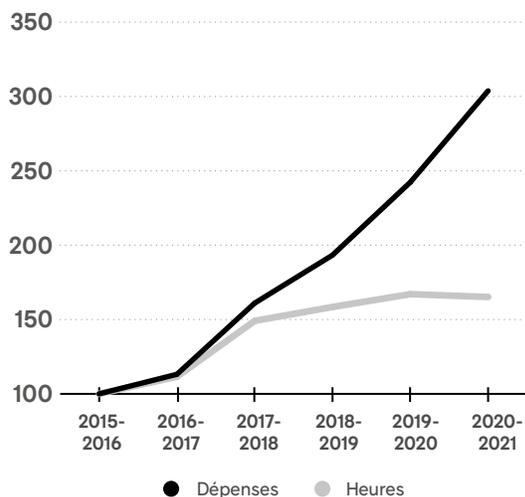
| Services | Années | MOI* | Employés RSSS* | Différentiel de coût horaire MOI vs employés du RSSS** |
|-----------------------------------|-----------|----------|----------------|--|
| Aide à domicile | 2015-2016 | 19,55 \$ | 32,58 \$ | (13,03) \$ |
| | 2019-2020 | 28,36 \$ | 36,24 \$ | (7,88) \$ |
| | 2020-2021 | 35,97 \$ | 39,98 \$ | (4,01) \$ |
| Soins infirmiers à domicile | 2015-2016 | 51,26 \$ | 52,80 \$ | (1,55) \$ |
| | 2019-2020 | 56,46 \$ | 58,66 \$ | (2,20) \$ |
| | 2020-2021 | 74,80 \$ | 63,52 \$ | 11,27 \$ |
| Services psychosociaux à domicile | 2015-2016 | 70,75 \$ | 50,20 \$ | 20,55 \$ |
| | 2019-2020 | 67,56 \$ | 52,65 \$ | 14,91 \$ |
| | 2020-2021 | 73,99 \$ | 56,00 \$ | 17,98 \$ |
| Nutrition à domicile | 2015-2016 | 74,80 \$ | 49,61 \$ | 25,18 \$ |
| | 2019-2020 | 78,55 \$ | 54,53 \$ | 24,02 \$ |
| | 2020-2021 | 74,63 \$ | 57,66 \$ | 16,97 \$ |
| Ergothérapie à domicile | 2015-2016 | 75,72 \$ | 55,60 \$ | 20,11 \$ |
| | 2019-2020 | 80,08 \$ | 61,44 \$ | 18,64 \$ |
| | 2020-2021 | 81,83 \$ | 65,21 \$ | 16,63 \$ |
| Physiothérapie à domicile | 2015-2016 | 69,07 \$ | 49,68 \$ | 19,39 \$ |
| | 2019-2020 | 68,09 \$ | 52,35 \$ | 15,74 \$ |
| | 2020-2021 | 70,95 \$ | 55,98 \$ | 14,97 \$ |
| Inhalothérapie à domicile | 2015-2016 | 61,50 \$ | 47,92 \$ | 13,58 \$ |
| | 2019-2020 | 64,86 \$ | 56,36 \$ | 8,50 \$ |
| | 2020-2021 | 83,17 \$ | 61,80 \$ | 21,37 \$ |
| Total SAD | 2015-2016 | 24,25 \$ | 45,52 \$ | (21,27) \$ |
| | 2019-2020 | 34,61 \$ | 50,28 \$ | (15,67) \$ |
| | 2020-2021 | 46,10 \$ | 54,43 \$ | (8,32) \$ |

* Le coût horaire moyen de la MOI est calculé en divisant les sommes dépensées en MOI par le nombre d'heures effectuées par cette main-d'œuvre, alors que le coût horaire moyen des employés du RSSS est calculé en divisant les sommes totales dépensées en salaires, avantages sociaux et charges sociales (desquels sont soustraits les sommes dépensées en MOI) par le nombre d'heures travaillées par les employés du RSSS (ces heures travaillées excluant les heures comptabilisées dans les avantages sociaux). Ce choix méthodologique permet de rendre compte d'un des avantages financiers importants du recours à la MOI : celui d'éviter de payer pour les avantages sociaux dont bénéficient les employés du RSSS. Précisons par ailleurs que le coût horaire moyen de la MOI ne correspond pas à la rémunération réelle moyenne reçue par les travailleuses d'agences puisqu'une partie des sommes déboursées par les établissements est empochée par les agences.

** Le différentiel est obtenu en soustrayant le coût horaire des employés du RSSS du coût horaire de la MOI. Une valeur négative indique donc que le coût horaire de la MOI est inférieur à celui des employés du RSSS.

SOURCES : CI(U)SSS, *Rapports financiers* (formulaires AS-471), 2015-2016 à 2020-2021. Calculs IRIS.

Graphique 8
Croissance des dépenses et des heures
en MOI pour l'aide à domicile, 2015-2016
à 2020-2021 (2015-2016 = 100)



SOURCES : CI(U)SSS, *Rapports financiers* (formulaires AS-471), 2015-2016 à 2020-2021. Calculs IRIS.

L'augmentation considérable des coûts de la MOI peut s'expliquer en partie par l'entrée en vigueur au début de 2020 du Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires. Comme cela a été mentionné plus haut, ce règlement interdit désormais aux agences de verser à leurs employé·e·s un salaire inférieur à celui des employé·e·s de l'entreprise cliente effectuant le même type de tâches. On peut penser également que l'explosion des coûts pour l'année 2020-2021 s'explique partiellement par les pratiques de tarification abusives dénoncées durant la pandémie²⁹.

Ces explications ne sont toutefois pas suffisantes puisque, comme on le constate à la lumière des données présentées ici, l'augmentation importante des coûts de la MOI pour les SAD précède l'année 2020-2021. En fait, le cas des agences de placement suggère que les réductions de coûts immédiates promises par la privatisation des services tendent à s'amenuiser – voire à disparaître – sur le long terme, au fur et à mesure que les services publics augmentent leur dépendance à l'égard des entreprises privées.

De même, l'explosion des coûts durant la pandémie ne devrait pas surprendre : ce qu'on a qualifié de tarification abusive est en fait un type de pratique inhérent au fonctionnement de l'économie capitaliste. Il s'agit d'ailleurs là d'un des désavantages importants d'avoir recours à des entreprises privées à but lucratif pour la prestation de services publics essentiels : soumises aux impératifs de compétition, de rentabilité et de profit du marché, ces entreprises vont nécessairement tendre à augmenter leurs prix en même temps qu'augmente la demande.

3.4 LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE EN AIDE À DOMICILE COMME CHOIX POLITIQUE ET GESTIONNAIRE

Outre son moindre coût, une des raisons mises de l'avant pour justifier le recours à la MOI est la supposée pénurie de personnel en santé et services sociaux. Or, si les établissements du réseau recourent massivement à la MOI, c'est bien parce que cette main-d'œuvre existe ; elle n'est tout simplement pas employée par le RSSS. Pour expliquer cela, il faut d'abord comprendre que la réalité de la MOI en santé et services sociaux n'est pas homogène et qu'il existe en quelque sorte deux « classes » de travailleuses d'agences, qui sont d'ailleurs bien illustrées par les données présentées dans les sections précédentes.

Parmi les employées d'agences actives dans le secteur sociosanitaire, il y a, d'une part, les professionnelles dotées d'une formation collégiale ou universitaire (infirmières, travailleuses sociales, ergothérapeutes, etc.) qui bénéficient généralement de conditions salariales comparables, voire supérieures, à celles des employées du secteur public. On a d'ailleurs vu que l'avantage financier du recours à ce type de MOI en SAD pour les CISSS et CIUSSS est très faible. En fait, on constate même que la location de personnel d'agence coûte beaucoup plus cher aux établissements pour presque toutes ces catégories professionnelles. Dans ces cas-là, la « pénurie » de personnel au sein du réseau public s'explique au moins partiellement par la dégradation des conditions de travail qui y sont offertes, puisque c'est notamment la recherche de meilleures conditions (par exemple, en matière de conciliation travail-famille) qui pousse ce type de main-d'œuvre vers les agences de placement³⁰.

D'autre part, il y a les travailleuses déqualifiées^r, souvent précaires et vulnérables, recrutées pour occuper à moindre coût, et donc pour une rémunération inférieure à celle des travailleuses du secteur public, des emplois ayant eux-mêmes subi un processus de déqualification. On pense ici particulièrement aux emplois de préposées aux bénéficiaires et d'auxiliaires en santé et services sociaux, cette dernière catégorie étant au cœur des services d'aide à domicile. Dans ces cas, la conjonction de discriminations systémiques raciales et basées sur le sexe favorise la non-reconnaissance des compétences et des qualifications professionnelles requises pour offrir des services de qualité, ce qui permet aux décideurs politiques et aux gestionnaires du réseau public d'abaisser les exigences de formation et de sous-traiter la prestation de services au secteur privé³¹.

En ce qui concerne ces catégories d'emploi, l'insuffisance du personnel au sein du réseau public décriée pendant la pandémie n'est donc pas non plus, du moins pas uniquement, le résultat d'une quelconque pénurie de main-d'œuvre. Elle est plutôt le fruit de décisions politiques et gestionnaires délibérées visant une réduction des coûts par la privatisation des services. Or, cette réduction des coûts se fait au détriment de la qualité des services, mais également au prix de la précarisation et de la surexploitation d'une main-d'œuvre largement féminine et en bonne partie racisée.

Ainsi, lorsqu'on analyse les données sur l'évolution des effectifs du RSSS, on constate que, depuis le début des années 2000, malgré les discours récurrents sur la nécessité de prioriser les SAD dans l'offre de soins de longue durée, le nombre d'ASSS employées par des établissements publics n'a jamais dépassé le sommet de 6 422 atteint en 2020, alors que l'on comptait la même année environ 80 000 infirmières et 42 000 préposées aux bénéficiaires³². En «équivalent temps complet» (ETC), le nombre d'auxiliaires a atteint 5329 en 2019-2020, contre 64 189 pour les infirmières et 31 476 pour les préposées aux bénéficiaires³³.

^r Les travailleuses déqualifiées sont des travailleuses dont les qualifications, les compétences et le savoir-faire ne sont pas reconnus à leur juste valeur. Un exemple typique est celui des travailleuses dont les compétences sont associées à la sphère domestique ou au travail relationnel. La non-reconnaissance des diplômes de travailleuses et de travailleurs immigrant-e-s est un autre exemple classique de déqualification. Voir Carole YEROCHEWSKI (dir.) et autres, *Travailleuses et travailleurs pauvres, discrimination systémique et recours aux agences de placement par le secteur public et parapublic québécois : une revue de la littérature*, Cahier de recherche du GIREPS n° 7, septembre 2015, http://www.gireps.org/wp-content/uploads/2016/02/2017_Cahier-de-recherche-Bordeleau-Rivest-Pre%CC%81fontaine.output.output.pdf; Manuel Salamanca CARDONA, «Les agences de placement à Montréal et le travail immigrant : une composante du racisme systémique au Québec?», *Sociologie et sociétés*, vol. 50, n° 2, 2018, p. 49-76, <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2018-v50-n2-socsoco5087/1066813ar.pdf>; 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, 2013, p. 44-56, <https://www.cairn.info/revue-nouvelles-questions-feministes-2013-2-page-44.htm>.

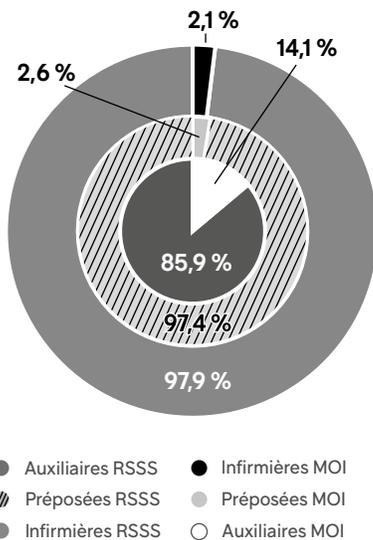
Or, la comparaison de ces données avec celles sur le recours à la MOI par catégorie d'emploi montre clairement que, si on a systématiquement maintenu aussi bas le nombre d'auxiliaires employées par le réseau, ce n'est pas parce que les besoins en aide à domicile n'existaient pas. C'est plutôt parce qu'on a choisi de recourir massivement à la MOI dans cette catégorie d'emploi, et donc d'externaliser les services d'aide à domicile vers le secteur privé plutôt que d'embaucher des travailleuses à l'interne. Ainsi, sur une liste comptant près de 50 catégories d'emploi^s, c'est dans celle des ASSS que le recours à la MOI est le plus important en nombre absolu d'heures travaillées, à l'exception des infirmières et des agent-e-s de sécurité.

Autrement dit, malgré le poids très modeste des auxiliaires dans les effectifs du RSSS, la catégorie d'emploi des ASSS arrive depuis 2010-2011 en troisième place pour le nombre d'heures travaillées par de la MOI, devant la catégorie des préposées aux bénéficiaires et derrière celles des infirmières et des agent-e-s de sécurité. En 2019-2020, ce sont 1,6 million d'heures qui ont été travaillées par de la MOI dans la catégorie d'emploi des auxiliaires, contre 1,5 million pour les préposées aux bénéficiaires et 2,5 millions pour les infirmières. Ce nombre d'heures correspond à environ 876 auxiliaires, 842 préposées et 1 361 infirmières à temps complet^t. En «équivalent temps complet», nos estimations indiquent donc que la MOI représentait cette année-là autour de 14,1 % du total des ASSS (effectifs du RSSS et MOI inclus), alors qu'elle représentait à peine 2,6 % des préposées et 2,1 % des infirmières (graphique 9).

^s Précisons qu'il s'agit des catégories d'emploi existant au sein du RSSS. Cette liste, qui indique le nombre d'heures travaillées par de la MOI et les dépenses en MOI par catégorie d'emploi, a été obtenue auprès du MSSS en vertu d'une demande d'accès à l'information (N/Réf. : 1847 00/2020-2021.472, https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/decisions-et-documents-transmis-dans-le-cadre-d-une-demande-deacces/).

^t Nous reprenons ici la mesure de 1 819 heures par année pour un «équivalent temps complet». Il s'agit de la mesure retenue dans ces deux rapports de recherche : Greg HERMUS et autres, *Home and Community Care in Canada : An Economic Footprint*, Conference Board of Canada, mai 2012, https://www.conferenceboard.ca/temp/caa71e5f-497f-4f3b-a479-c3d4a56849fd/12-306_HomeandCommunityCare_PRT.pdf; Guillaume HÉBERT, *L'armée manquante au Québec : les services à domicile*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), octobre 2017, <https://iris-recherche.qc.ca/publications/larmee-manquante-au-quebec-les-services-a-domicile/>.

Graphique 9
Comparaison des effectifs du RSSS et de la MOI en équivalent temps complet, pour trois catégories d'emploi, 2019-2020



SOURCES : MSSS, Demande d'accès à l'information, N/Réf. : 1847 00/2020-2021.472, https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/decisions-et-documents-transmis-dans-le-cadre-d-une-demande-deaccess/; MSSS, *Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux, 2019-2020*. Calculs IRIS.

L'analyse du recours à la MOI en aide à domicile par établissement tend également à montrer que des choix gestionnaires – plus que des impératifs liés à une pénurie de personnel – président à ces pratiques (tableau 2).

On constate d'abord que les données globales concernant le recours à la MOI en aide à domicile présentées dans la section précédente cachent en fait une très grande variabilité des pratiques d'un établissement à l'autre. Ainsi, alors que la proportion des heures d'aide à domicile assurées par de la MOI était de 28 % en 2019-2020 pour l'ensemble du Québec, la moitié des établissements avaient la même année un taux de recours à la MOI de moins de 3,5 % en aide à domicile, quatre d'entre eux ayant même un taux nul. On constate également que si, à l'échelle provinciale, la location de personnel dans ce secteur a globalement permis en 2019-2020 des réductions de coût de 7,88 \$ l'heure, le recours à la MOI était plus dispendieux – et dans certains cas très dispendieux (jusqu'à 65 \$ de l'heure en dépenses supplémentaires) – pour 10 établissements.

On remarque par ailleurs que c'est la région de Montréal qui est la principale responsable du taux élevé de recours à la MOI en aide à domicile. Dans 4 des 5 CIUSSS de la métropole, ces taux frôlent et même dépassent les 50 % depuis 2015-2016 et, dans tous les cas, le recours à la MOI permet une réduction considérable des coûts de main-d'œuvre (quoique cet avantage financier se soit notablement amoindri avec l'arrivée de la pandémie).

On peut certainement faire l'hypothèse que ces pratiques, loin d'être attribuables à une pénurie de main-d'œuvre en aide à domicile à Montréal, s'expliquent au contraire en partie par la plus grande disponibilité d'une main-d'œuvre précaire et vulnérable dans la région. C'est en effet à Montréal que se concentre la population immigrante et racisée du Québec, largement surreprésentée parmi les employés d'agences de placement ainsi que dans le secteur de l'aide à domicile, notamment en raison des processus de discrimination systémique et de déqualification mentionnés plus haut. Ainsi, « 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 » alors que ce taux est de 20 % pour l'ensemble des professions³⁴ ».

De plus, le fait que le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal utilise la MOI en aide à domicile de manière beaucoup plus modérée que les autres établissements de la métropole montre bien que ce sont des choix gestionnaires davantage qu'une pénurie de personnel qui expliquent les pratiques de location de personnel auprès d'agences : on voit difficilement pourquoi le CIUSSS du Centre-Sud ferait face à une pénurie moins sévère que les autres CIUSSS de l'île de Montréal.

Le même genre de disparité intrarégionale s'observe en Montérégie. Alors que les CISSS de la Montérégie-Est et de la Montérégie-Centre ont des taux de recours à la MOI largement inférieurs à la moyenne provinciale, le CISSS de la Montérégie-Ouest se distingue comme l'établissement avec le taux le plus élevé du Québec : durant la pandémie, celui-ci a atteint le sommet faramineux de 73 % des heures en aide à domicile assurées par du personnel d'agence de placement, un taux à peine supérieur aux 69 % atteints en 2019-2020, soit avant la pandémie. Ces chiffres sont d'autant plus spectaculaires qu'en 2015-2016, ce même établissement avait un taux de recours à la MOI nul ! On est ici de toute évidence face à un changement radical de pratiques gestionnaires, impossible à expliquer uniquement par une variation dans la disponibilité de la main-d'œuvre.

Tableau 2

Le recours à la MOI en aide à domicile et son coût par rapport à celui des employées du RSSS, par établissement

| Établissements | Année | Taux de recours à la MOI (%) | Différentiel de coût horaire MOI vs employées du RSSS* |
|---|-----------|------------------------------|--|
| C.R.S.S.S. Baie-James | 2015-2016 | 6,22 | (12,01) \$ |
| | 2019-2020 | 4,30 | 20,90 \$ |
| | 2020-2021 | 14,41 | 14,81 \$ |
| CISSS des Îles | 2015-2016 | 0,09 | (8,24) \$ |
| | 2019-2020 | 25,90 | 23,12 \$ |
| | 2020-2021 | 55,05 | 37,46 \$ |
| CISSS du Bas-Saint-Laurent | 2015-2016 | 0,24 | (5,94) \$ |
| | 2019-2020 | 0,00 | N/A |
| | 2020-2021 | 2,23 | 65,49 \$ |
| CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 0,00 | N/A |
| | 2020-2021 | 0,47 | (6,82) \$ |
| CIUSSS de la Capitale-Nationale | 2015-2016 | 0,40 | (8,70) \$ |
| | 2019-2020 | 1,33 | (4,35) \$ |
| | 2020-2021 | 4,56 | 17,91 \$ |
| CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec | 2015-2016 | 0,01 | (5,73) \$ |
| | 2019-2020 | 10,58 | (6,42) \$ |
| | 2020-2021 | 9,65 | (5,36) \$ |
| CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 1,88 | (2,69) \$ |
| | 2020-2021 | 2,04 | 6,42 \$ |
| CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal | 2015-2016 | 52,56 | (13,40) \$ |
| | 2019-2020 | 56,55 | (12,70) \$ |
| | 2020-2021 | 49,03 | (9,91) \$ |
| CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal | 2015-2016 | 50,28 | (12,70) \$ |
| | 2019-2020 | 55,26 | (11,92) \$ |
| | 2020-2021 | 44,24 | (6,28) \$ |

| Établissements | Année | Taux de recours à la MOI (%) | Différentiel de coût horaire MOI vs employées du RSSS* |
|---|-----------|------------------------------|--|
| CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal | 2015-2016 | 17,11 | (10,75) \$ |
| | 2019-2020 | 9,43 | (10,78) \$ |
| | 2020-2021 | 22,56 | (3,20) \$ |
| CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal | 2015-2016 | 51,90 | (10,58) \$ |
| | 2019-2020 | 48,35 | (11,07) \$ |
| | 2020-2021 | 38,29 | (6,06) \$ |
| CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal | 2015-2016 | 46,23 | (13,08) \$ |
| | 2019-2020 | 48,21 | (11,32) \$ |
| | 2020-2021 | 49,07 | (8,51) \$ |
| CISSS de l'Outaouais | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 0,00 | N/A |
| | 2020-2021 | 0,98 | (10,95) \$ |
| CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 7,44 | 50,37 \$ |
| | 2020-2021 | 15,81 | 56,26 \$ |
| CISSS de la Côte-Nord | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 1,73 | 52,91 \$ |
| | 2020-2021 | 3,77 | 55,58 \$ |
| CISSS de la Gaspésie | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 0,66 | 65,65 \$ |
| | 2020-2021 | 0,36 | 100,63 \$ |
| CISSS de Laval | 2015-2016 | 0,02 | 1,99 \$ |
| | 2019-2020 | 0,66 | (2,49) \$ |
| | 2020-2021 | 0,36 | 6,37 \$ |
| CISSS de Lanaudière | 2015-2016 | 0,00** | 24,92 \$ |
| | 2019-2020 | 0,31 | (8,03) \$ |
| | 2020-2021 | 0,26 | (12,81) \$ |
| CISSS des Laurentides | 2015-2016 | 0,82 | (5,23) \$ |
| | 2019-2020 | 3,11 | 3,94 \$ |
| | 2020-2021 | 1,04 | 5,16 \$ |
| CISSS de la Montérégie-Centre | 2015-2016 | 1,04 | (9,11) \$ |
| | 2019-2020 | 8,73 | 1,45 \$ |
| | 2020-2021 | 7,27 | (1,19) \$ |

| Établissements | Année | Taux de recours à la MOI (%) | Différentiel de coût horaire MOI vs employées du RSSS* |
|--|-----------|------------------------------|--|
| CISSS de la Montérégie-Est | 2015-2016 | 0,42 | (5,49) \$ |
| | 2019-2020 | 5,66 | (4,29) \$ |
| | 2020-2021 | 10,27 | (3,06) \$ |
| CISSS de la Montérégie-Ouest | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 68,64 | 2,01 \$ |
| | 2020-2021 | 73,34 | (1,27) \$ |
| CISSS de Chaudière-Appalaches | 2015-2016 | 0,01 | (13,33) \$ |
| | 2019-2020 | 2,20 | 6,26 \$ |
| | 2020-2021 | 6,32 | 9,93 \$ |
| Centre de santé Tulattavik de l'Ungava | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 4,88 | 4,42 \$ |
| | 2020-2021 | 9,96 | (7,71) \$ |
| C.C.S.S.S. de la Baie-James | 2015-2016 | 1,18 | 308,34 \$ |
| | 2019-2020 | 0,00 | N/A |
| | 2020-2021 | 0,40 | 53,51 \$ |
| Centre de santé Inuulitsivik | 2015-2016 | 0,00 | N/A |
| | 2019-2020 | 0,46 | (27,95) \$ |
| | 2020-2021 | 0,00 | N/A |

* Le différentiel est obtenu en soustrayant le coût horaire des employées du RSSS du coût horaire de la MOI. Une valeur négative indique donc que le coût horaire de la MOI est inférieur à celui des employées du RSSS.

** La donnée précise est 0,004

SOURCES : CI(U)SSS, *Rapports financiers* (formulaires AS-471), 2015-2016 à 2020-2021. Calculs IRIS.

Conclusion

Comme on a pu le constater, les agences de placement de personnel jouent un rôle central dans le processus de privatisation des SAD, et en particulier dans le secteur de l'aide à domicile, où près de 30 % des heures travaillées sont assurées par de la MOI. Si la dépendance structurelle du RSSS à l'égard de ce type de main-d'œuvre est profitable pour l'industrie des agences de placement, elle est de moins en moins avantageuse sur le plan financier pour les établissements du réseau, en plus d'avoir les conséquences négatives que l'on sait sur la qualité des services et les conditions de travail des travailleuses.

L'utilisation de longue date de la MOI en santé et services sociaux, le recours différencié à cette main-d'œuvre en fonction des qualifications professionnelles reconnues et les grandes disparités régionales dans les pratiques de location de personnel en aide à domicile tendent à montrer que ce sont avant tout des choix politiques et gestionnaires qui expliquent la place grandissante dévolue aux agences de placement dans la prestation des SAD. Malgré les discours fatalistes sur les contraintes imposées par la supposée pénurie de personnel, le gouvernement a donc tous les outils en main pour atteindre l'objectif qu'il s'est donné de sevrer le RSSS de sa dépendance à l'égard des agences de placement.

Toutefois, pour atteindre cet objectif dans le secteur des SAD, il sera impératif de réaffirmer clairement la responsabilité de l'État dans la prestation de ces services et de renverser la tendance forte des dernières décennies au désengagement étatique dans ce secteur. Plus de 40 ans après l'adoption de la première politique de soutien à domicile au Québec, dans laquelle on prévoyait de confier à des établissements publics – les centres locaux de services communautaires (CLSC) – un rôle central à cet égard³⁵, il est temps de revoir en profondeur le modèle de prestation des SAD.

Plusieurs des propositions avancées au cours des dernières années reposent sur des modèles comme celui de l'assurance autonomie, qui laissent la part belle au secteur privé et, par le fait même, aux agences de placement offrant ce type de services³⁶. Si le meilleur modèle reste encore à définir, il est clair qu'il devra concilier qualité des services et conditions de travail décentes, et fermer définitivement la porte aux entreprises privées à but lucratif, qui n'ont pas leur place dans ce secteur³⁷.

ENCADRÉ VERT

Crise climatique : les services de soutien à domicile comme « antennes » du réseau public auprès des plus vulnérables

On sait que les personnes vulnérables seront les premières victimes des conséquences sanitaires de la crise climatique. Les vagues de chaleur mortelles qu'a connues le Québec au cours des dernières années montrent en fait que c'est déjà le cas. Ainsi, entre 2015 et 2020, la moyenne d'âge des personnes décédées en raison de canicules était de 66 ans, et 52 % des victimes avaient des problèmes de santé mentale ou de dépendance³⁸. Dans ce contexte, la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à déterminer où se trouvent les personnes vulnérables, à les joindre facilement et à développer un lien de confiance avec elles sera cruciale pour prévenir les effets délétères de la crise climatique. À cet égard, les SAD sont appelés à jouer un rôle vital puisque, lorsque les travailleuses qui les offrent sont intégrées aux équipes multidisciplinaires du réseau public, elles représentent en quelque sorte autant d'antennes des établissements sur le terrain auprès des plus vulnérables³⁹.

Or, le recours aux agences de placement de personnel, qui fragmente les services, complique la transmission de l'information du terrain vers les établissements et induit un important roulement de personnel auprès des personnes soignées, nuit à tous ces objectifs⁴⁰. Considérant que la crise climatique est désormais à nos portes, une refonte majeure du modèle de services de soutien à domicile est non seulement incontournable, mais urgente.

Notes

- Philippe TEISCEIRA-LESSARD et Caroline TOUZIN, « Une manne pour des agences aux pratiques douteuses », *La Presse*, 1^{er} octobre 2020, https://plus.lapresse.ca/screens/883fc814-db65-44b2-9f0c-67a175838e6d_7C_o.html;
Philippe TEISCEIRA-LESSARD et Caroline TOUZIN, « Cadres au public, propriétaires au privé », Dossier, *La Presse*, 7 octobre 2020, <https://www.lapresse.ca/actualites/enquetes/2020-10-07/reseau-de-la-sante/cadres-au-public-proprietaires-au-privé.php>;
Daniel BOILY et Davide GENTILE, « Jusqu'à 150 \$ l'heure pour du personnel infirmier d'agences au Québec », *Radio-Canada*, 2 décembre 2020, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1754101/personnel-infirmier-agences-couts-pan-demie-horaires>;
Daniel BOILY et Davide GENTILE, « Infirmières : hausse de 20 % vers les agences privées », *Radio-Canada*, 16 septembre 2021, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1824579/exode-hopitaux-temps-supplementaire-horaires-quebec>; Robert DUTRISAC, « Le cercle vicieux », *Le Devoir*, 15 janvier 2021, <https://www.ledevoir.com/opinion/editoriaux/593347/penurie-d-inhalotherapeutes-le-cercle-vicieux>; Gabrielle DUCHAINE et autres, « Fuite vers le privé », *La Presse*, 8 février 2021, <https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-02-08/infirmieres/fuite-vers-le-privé.php>.
- Alain DUBUC, *Soins à domicile : le statu quo ne sera plus possible*, Institut du Québec, août 2021, <https://institut-duquebec.ca/wp-content/uploads/2021/08/202108-IDQ-Soins-a-domicile.pdf>; Nicholas-James CLAVET et autres, *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins*, Cahier de recherche 21-01, Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels, février 2021, https://creei.ca/wp-content/uploads/2021/02/cahier_21_01_financement_soutien_autonomie_personnes_agees_croisee_chemins.pdf; Josée GRENIER, Isabelle MARCHAND et Mélanie BOURQUE, « Les services de soutien à domicile au Québec. Une analyse des réformes (1980-2000) », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 32, n° 1, 2021, p. 26-46, <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2021-v32-n1-nps06317/1080868ar/>.
- 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, Université du Québec en Outaouais et Fédération de la santé et des services sociaux avec le soutien du Réseau québécois en études féministes, février 2020, https://reqef.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/23/rapport_privatisation_17-02-20.pdf; Guillaume HÉBERT, *L'armée manquante au Québec : les services à domicile*, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), octobre 2017, <https://iris-recherche.qc.ca/publications/larmee-manquante-au-quebec-les-services-a-domicile/>; Guilhème PÉRODEAU et Denyse CÔTÉ (dir.), *Le virage ambulatoire : Défis et enjeux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2002, 216 pages; Denyse CÔTÉ et autres, *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Rapport de recherche, Association féminine d'éducation et d'action sociale, 114 pages.
- Marc-André GAGNON, « Le ministre Christian Dubé veut embaucher massivement des infirmières », *Le Journal de Québec*, 23 novembre 2020, <https://www.journaldequebec.com/2020/11/23/dube-mise-sur-une-grande-operation-dembauche>; Christian DUBÉ, « Le changement de culture dans le réseau de la santé est amorcé », *La Presse*, 28 août 2021, <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2021-08-28/temps-supplementaire-obligatoire-le-changement-de-culture-dans-le-reseau-de-la-sante-est-amorce.php>; Daniel BOILY et Davide GENTILE, « Infirmières... », *op. cit.*
- Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires, chapitre N-1.1, r. o.1, art. 1, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/N-1.1,%20r.%20o.1%20/>.
- À ce sujet, voir notamment Mircea VULTUR et Jean BERNIER (dir.), *Les agences de travail temporaire. Leur rôle et leur fonctionnement comme intermédiaires du marché du travail*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2014, 302 pages; CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, *Les travailleurs invisibles : les risques pour la santé des travailleurs des agences de placement de personnel*, Rapport du directeur de santé publique de Montréal, 2016, 106 pages, https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/Rapports/Rap_Travailleurs_Invisibles_2016_FR.pdf; Carole YEROCHEWSKI (dir.), François BORDELEAU et Louis RIVET-PRÉFONTAINE, *Travailleuses et travailleurs pauvres, discrimination systémique et recours aux agences de placement par le secteur public et parapublic québécois : une revue de la littérature*, Cahier de recherche du GIREPS n° 7, septembre 2015, http://www.gireps.org/wp-content/uploads/2016/02/2017_Cahier-de-recherche-Bordeleau-Rivest-Pre%CC%81fontaine.output.output.pdf; Manuel Salamanca CARDONA, « Les agences de placement à Montréal et le travail immigrant : une composante du racisme systémique au Québec? », *Sociologie et sociétés*, vol. 50, n° 2, 2018, p. 49-76, <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2018-v50-n2-socsoc05087/1066813ar.pdf>.
- Mircea VULTUR et Jean BERNIER, *op. cit.*; Louise BOIVIN, « Entre précarité et flexibilité : réflexion sur la situation des femmes en emploi », *Regards sur le travail*, vol. 8, n° 1, 2012, https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/regards_travail/volo8-01/03_Precarite_flexibilite_-_femmes_en_emploi.pdf; Anne PLOURDE, « Le néolibéralisme contre le droit à la santé », *Revue Droits et libertés*, automne 2020-hiver 2021, <https://liguedesdroits.ca/neoliberalisme-contre-le-droit-a-la-sante/>.

8. MSSS, Demande d'accès à l'information, N/Réf. : 1847 00/2020-2021.472, https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/decisions-et-documents-transmis-dans-le-cadre-d-une-demande-de-access/.
9. Ibid.
10. Hélène DAVID, Esther CLOUTIER et Sara LA TOUR, *Le recours aux agences privées d'aide à domicile et de soins infirmiers par les services de soutien à domicile des CLSC*, Rapport, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2003, p. 8, <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-346.pdf>.
11. MSSS, *Plan stratégique 2010-2015*, 2010, p. 40, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_10-717-02F_MSSS.pdf.
12. MSSS, 3.06 - Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers (Abandonné), Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux, https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000098/?fbclid=IwAR2IzbZPw7HuEo-8j16Z7_Et8W7pAhJ39FYnuZNs-hr6LbIwLIEjSK7WjYVQ.
13. Ibid.
14. FÉDÉRATION DES CHAMBRES DE COMMERCE DU QUÉBEC, *La FCCQ appuie le projet de loi 10 et propose une contribution accrue du secteur privé*, Communiqué de presse, 23 octobre 2016, <https://www.fccq.ca/la-fccq-appuie-le-projet-de-loi-10-et-propose-une-contribution-accrue-du-secteur-prive/>.
15. ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Loi sur les normes du travail*, chapitre N-1.1, art. 41.2, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/n-1.1>. Cet article adopté en 2018 est entré en vigueur en janvier 2020, en même temps que le Règlement..., op. cit.
16. Voir note 4.
17. MSSS, Arrêté numéro 2020-038, 15 mai 2020, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_2020-038.pdf?1589646712; MSSS, Arrêté numéro 2021-017, 26 mars 2021, <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM-2021-017.pdf?1616780924>.
18. Charles LECAVALIER, « Entente avec les infirmières : les agences privées se contenteront des restes », *Le Journal de Québec*, 10 décembre 2020, <https://www.journaldequebec.com/2020/12/10/entente-avec-les-infirmieres-les-agences-privees-se-contenteront-des-restes>.
19. MSSS, *Chez soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile*, 2003, p. 8, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>.
20. Louise BOIVIN, « La représentation collective au travail en contexte d'externalisation des services publics d'aide à domicile au Québec », *Relations industrielles*, vol. 73, n° 3, 2017, p. 506-508., op. cit., p. 505.
21. Ibid., p. 506-508; Anne PLOURDE et Colin PRATTE, *Les résidences privées pour aîné-e-s au Québec. Portrait d'une industrie milliardaire*, Étude, IRIS, juin 2021, <https://iris-recherche.qc.ca/publications/residences-privees-pour-aine-e-s--portrait-industrie-milliardaire>, op. cit.
22. Louise BOIVIN, « La représentation... », op. cit., p. 508.
23. Ibid., p. 509; Louise BOIVIN, *La place...*, op. cit.
24. Ces rapports sont disponibles ici : « Ressources financières », MSSS, <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/ressources-financieres/> (consulté le 8 octobre 2021).
25. Louise BOIVIN, « La représentation... », op. cit., p. 508; Jean BERNIER, Guylaine VALLÉE et Carol JOBIN, *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle*, Rapport final, ministère du Travail, 2003, p. 496-499. Notons que ceci n'a pas été remis en cause par l'adoption récente du Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires.
26. Hélène DAVID et autres, *Le recours aux agences privées...* op. cit., p. 8-9.
27. Ibid., p. 15-19.
28. Louise BOIVIN, « La représentation... », op. cit.
29. Daniel BOILY et Davide GENTILE, « Jusqu'à 150\$... », op. cit.
30. Michel TREMBLAY, Denis CHÊNEVERT et Audrey HÉBERT, « Le rôle des conditions de travail dans la satisfaction et la loyauté des infirmières d'agence au Québec », *Relations industrielles*, vol. 67, n° 3, 2012, p. 477-504; Diane-Gabrielle TREMBLAY et Maryse LARIVIÈRE, « La conciliation emploi-famille dans le secteur de la santé au Québec : le soutien organisationnel fait-il défaut aux infirmières ? », *Genre et diversité en gestion*, Paris, Association francophone de gestion des ressources humaines, 2009, p. 101-118.
31. Carole YEROCHEWSKI, dir., et autres, op. cit. ; Manuel Salamanca CARDONA, op. cit. ; Louise BOIVIN, « Réorganisation... », op. cit.
32. MSSS, *Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux*, 2019-2020; PARTENARIAT DONNÉES QUÉBEC, *Portrait des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux*, Tableau A – Données par catégories et sous-catégories de personnel, 2010-2019; MSSS, *L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux*, 2004-2012; MSSS, *Statistiques sur le personnel syndiqué et le personnel syndicable non syndiqué du réseau de la santé et des services sociaux*, 1999-2000 et 2000-2001.
33. MSSS, *Portrait...*, 2019-2020, op. cit.
34. Louise BOIVIN, « Démarchandisation et démocratisation : une alternative pour les services et soins de longue durée », *Nouveaux Cahiers du socialisme*, n° 25, 2021, p. 113, <https://www.cahiersdusocialisme.org/demarchandisation-et-democratisation-une-alternative-pour-les-services-et-soins-de-longue-duree/>.

35. Guillaume HÉBERT, *op. cit.*, p. 2.
36. Alain DUBUC, *op. cit.* ; Nicholas-James CLAVET et autres, *op. cit.*
37. Myriam LAVOIE-MOORE et Anne PLOURDE, « Pour l'autonomie des personnes âgées, dans le respect des soignantes », *La Presse*, 29 août 2021, https://plus.lapresse.ca/screens/4bb4c422-5574-4588-b63a-0627d712b736_7C_o.html ; Louise BOIVIN, « Démarchandisation... », *op. cit.* ; Louise BOIVIN, « État d'urgence dans les services de soutien à domicile », *Relations*, n° 814, 2021, p. 45-48, <https://cjf.qc.ca/revue-relations/publication/article/etat-durgence-soutien-domicile/>. <https://www.cahiersdusocialisme.org/demarchandisation-et-democratisation-une-alternative-pour-les-services-et-soins-de-longue-duree/>.
38. Annabelle BLAIS et autres, « La chaleur a coûté la vie à des dizaines de Québécois », *Le Journal de Montréal*, 10 juillet 2021, <https://www.journaldemontreal.com/2021/07/10/la-chaleur-a-coute-la-vie-a-des-dizaines-de-quebecois>.
39. Guillaume HÉBERT, *op. cit.*, p. 5 ; Anne PLOURDE, *Le capitalisme, c'est mauvais pour la santé*, Montréal, Écosociété, 2021, p. 268-269.
40. Hélène DAVID et autres, *op. cit.*, p. 33-35.

« [C]e sont avant tout des choix politiques et gestionnaires qui expliquent la place grandissante dévolue aux agences de placement dans la prestation des services de soutien à domicile. Malgré les discours fatalistes sur les contraintes imposées par la supposée pénurie de personnel, le gouvernement a donc tous les outils en main pour atteindre l'objectif qu'il s'est donné de sevrer le réseau de la santé et des services sociaux de sa dépendance à l'égard des agences de placement. »



INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES
1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7
514.789.2409 • iris-recherche.qc.ca

Imprimé ISBN 978-2-925112-31-0
PDF ISBN 978-2-925112-32-7