

# **CAHIERS DU CRISES**

*Collection Études théoriques*

**No ET0209**

**Rapport de recherche sur les entreprises  
d'économie sociale en aide domestique**

par Maude Bélanger,  
sous la direction de Paul R. Bélanger

juin 2002

**Note d'auteur :**

Maude Bélanger est diplômée en sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle a travaillé au Centre de recherche sur les innovations sociales dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats (CRISES) durant plus d'un an. Elle y occupait un poste d'assistante de recherche auprès de M. Paul R. Bélanger, directeur adjoint. Ses principales recherches ont porté sur la réforme du système de santé des années 1990, sur la transformation du réseau des CLSC dans le contexte du virage ambulatoire ainsi que sur les enjeux posés par l'émergence et la prolifération des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) dans le champ des services à domicile. Ces enjeux font d'ailleurs l'objet du présent rapport de recherche. Maude Bélanger est actuellement inscrite à la maîtrise en sociologie de l'Université du Québec à Montréal.

## **RÉSUMÉ**

Dans ce rapport de recherche, nous avons exploré les enjeux posés par l'émergence et la prolifération des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) dans le vaste champ des services à domicile. Cette exploration nous a conduit à traiter du désengagement de l'État, des pressions en faveur de la privatisation des services, de la situation précaire des services à domicile ainsi que du vieillissement de la population, car ces enjeux sont tous liés d'une quelconque façon à l'émergence de ces entreprises. Nous avons ensuite été amené à traiter du contexte particulier d'émergence des EÉSAD, à situer le secteur de l'économie sociale par rapport aux autres secteurs offrant des services de santé et des services sociaux, puis à dresser le portrait de ces entreprises. Cette mise en situation nous a alors permis d'explorer les principaux enjeux auxquels les EÉSAD font face, soit l'instauration de mesures gouvernementales tel que le crédit d'impôt et les allocations directes, qui sèment la confusion et favorisent l'achat de services privés qui viennent concurrencer les services de ces entreprises, l'éventualité de l'élargissement de leur mission à des services autres que les services d'aide domestique, les pressions en faveur de l'extension de leur marché aux ménages actifs et l'épineuse question de la tarification de leurs services.

Nous espérons que cette synthèse, par moments très critique, permettra d'éclairer la recherche ou de nourrir le débat sur les enjeux posés par l'émergence de ces entreprises.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. CONTEXTE DE LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>2</b>
1.1. LES PRESSIONS EN FAVEUR DE LA PRIVATISATION .....	2
1.2. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION .....	4
1.3. LA SITUATION DES SERVICES À DOMICILE .....	6
1.3.1. <i>Quelques définitions et principes.....</i>	<i>6</i>
1.3.2. <i>Les services à domicile : un exemple de privatisation passive.....</i>	<i>8</i>
<b>2. L'ÉMERGENCE DES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE EN AIDE DOMESTIQUE.....</b>	<b>10</b>
2.1. CONTEXTE D'ÉMERGENCE ET FACTEURS D'EXPANSION.....	11
2.1.1. <i>Sous-financement et délestage de ce secteur de services par les CLSC.....</i>	<i>11</i>
2.1.2. <i>Le sommet sur l'économie et l'emploi de 1996 .....</i>	<i>12</i>
2.1.3. <i>Le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.....</i>	<i>12</i>
2.2. LA PARTICULARITÉ DE L'ÉCONOMIE SOCIALE .....	14
2.3. UN PORTRAIT DES EÉSAD.....	15
2.3.2. <i>Viabilité des entreprises.....</i>	<i>17</i>
<b>3. LES PRINCIPAUX ENJEUX QUE SOULÈVENT LES EÉSAD .....</b>	<b>18</b>
3.1. LE CRÉDIT D'IMPÔT .....	18
3.2. LES ALLOCATIONS DIRECTES.....	19
3.3. L'INCLUSION DES SERVICES D'ASSISTANCE PERSONNELLE ET DE SUPPORT AUX PROCHES DANS LE PEFSAD.....	21
3.4. L'EXTENSION DU MARCHÉ DES EÉSAD AUX MÉNAGES ACTIFS.....	26
3.5. LA TARIFICATION DES SERVICES .....	26
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>32</b>

## Introduction

Le présent rapport vise à faire le point sur les enjeux posés par l'émergence et la prolifération récente d'entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) dans le vaste champ des services à domicile. Ces enjeux ont récemment fait l'objet de discussions dans le cadre de la *Commission d'étude sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux (Commission Clair)*, présidée par M. Michel Clair. Ils ont par ailleurs été soulevés lors de la révision de la *Politique des services à domicile* par M. Hervé Anctil et son équipe. Les recommandations de la *Commission Clair* ainsi que les nouvelles orientations de la *Politique des services à domicile* auront sans doute un impact décisif quant à l'avenir du système québécois de santé et de services sociaux.<sup>1</sup> Est-il nécessaire de rappeler que ces deux événements se sont déroulés alors que les transformations majeures du réseau public, amorcées lors de la dernière décennie, n'avaient pas encore été pleinement consolidées faute d'avoir subi de fortes compressions budgétaires.

Actuellement, le vieillissement de la population et les fulgurants progrès de la technologie sont les nouvelles armes de l'État pour légitimer la remise en question de sa fonction d'assureur principal, mais plus particulièrement encore, celle de dispensateur de services. Depuis la publication en 1999 du Rapport Arpin sur *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec* (MSSS, 1999), il n'est plus à démontrer que l'État souhaite favoriser, nettement plus systématiquement que par le passé, de nouvelles formes de coopération entre le privé et le public en ce qui concerne la dispensation des services, allant même jusqu'à envisager la complète désassurance de certains services ou leur tarification.

C'est donc sous la pression d'une mise en valeur des forces du secteur privé dans la réponse aux besoins croissants de services de santé et de services sociaux que s'est déroulée la consultation publique sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux, pour laquelle bon nombre d'organismes ont déposé des mémoires concernant le dossier spécifique des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD). Rappelons l'importance de ce dossier dans le contexte évoqué, car ces entreprises font l'objet d'une controverse. La seule existence de ces entreprises, puisqu'elles répondent à une demande de services qui aurait initialement dû faire l'objet d'une réponse de la part du réseau public des services de santé, soulève de nombreuses inquiétudes. Cet exemple de désengagement de l'État, qui apparaît aux

---

<sup>1</sup> Ce rapport de recherche a été rédigé alors que le rapport final de la *Commission Clair* ainsi que celui du *Comité Anctil* n'avaient pas encore été publiés.

yeux de certains comme une percée de l'idéologie néo-libérale dans le champ des services à domicile, est effectivement à l'origine du développement de ces entreprises et contribue certainement à alimenter les craintes quant aux conséquences éventuelles d'un élargissement du mandat de ces entreprises à des services autres que l'aide domestique. Or, cette éventualité fut justement au cœur du débat sur la place du secteur privé et du secteur communautaire dans les services à domicile, qui a fait partie des questionnements de la *Commission Clair* et du *Comité Anctil*.

Un examen approfondi du dossier des EÉSAD nous permettra de traiter de l'épineuse question du désengagement de l'État en faveur de ces secteurs. Nous pourrions également faire le point sur les questions de désassurance de services et de contribution des usagers, qui font partie des questionnements. Cependant, avant de nous pencher sur les principaux enjeux soulevés par l'existence de ces entreprises comme réponse aux besoins de maintien à domicile de personnes souffrant d'incapacités ponctuelles ou permanentes, deux étapes sont essentielles. Il nous faut traiter du contexte dans lequel s'effectuent l'émergence et la consolidation de ces entreprises (visées de privatisation du système, vieillissement de la population, sous-financement des services à domicile). Il nous faut par ailleurs examiner le cadre qui a permis à ces entreprises de naître et de se multiplier rapidement, situer ces entreprises dans la réponse aux besoins en services de santé et en services sociaux, puis en faire le portrait. Alors seulement nous serons en mesure de situer clairement les différentes positions des acteurs concernés par ce dossier.

## **1. Contexte de la problématique**

### **1.1. Les pressions en faveur de la privatisation**

Nous réalisons que la privatisation du système de santé et de services sociaux est bel et bien amorcée depuis quelques années, et ce dans certains secteurs davantage que dans d'autres. Il serait vain d'élaborer trop longuement sur les exemples de cette percée de la privatisation. Notons seulement qu'elle concerne, comme l'a noté le *Conseil de la santé et du bien-être*, la croissance des dépenses dans des domaines non couverts par l'État, la désassurance de services, le développement d'un marché de services dans certains champs mal occupés par le réseau public et l'augmentation des contributions des usagers exigée par l'État (CSBE, 1997 : 30-33). La privatisation des services ne se limite donc pas à la création d'hôpitaux privés ou à la dispensation de services privés en sous-traitance. Ainsi, il ne suffit pas à l'État de promettre que seuls les services donnés à l'extérieur de l'hôpital pourraient faire l'objet de telles mesures pour

éviter de parler de privatisation. Pourtant, c'est là l'essentiel du discours promulgué par le *Comité Arpin* en 1999, comme nous pouvons en juger par cette citation :

De l'avis du groupe de travail, apporter des ajustements aux diverses contributions des usagers pour des services médicalement non requis ou faire appel au privé pour la production de services pour le bénéfice des usagers dans le cadre du régime public relève de décisions de nature administrative et de considérations essentiellement pragmatiques définies par le contexte. Dans la mesure où leur **financement**, leur **administration** et leur **responsabilité**<sup>2</sup> demeurent publics, ces décisions ne pourraient aucunement être associées à une privatisation du système (MSSS, 1999 : 45).

Analysons un peu cette citation. Tout d'abord, qu'est-ce qui est considéré « médicalement requis » ? Selon le *Conseil du statut de la femme*, il semble que selon la *Loi canadienne sur la santé*, les services médicalement requis ne correspondent qu'à ceux donnés à l'hôpital ainsi qu'à ceux rendus par les médecins. En outre, dans la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec* (article 3), il est écrit que ce sont les services « que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical » qui sont assumés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), ce qui laisse planer une foule d'interrogations. Outre ces services médicalement requis, la *Loi sur l'assurance maladie* énumère d'autres services assumés par l'État, mais ils sont tous limités par règlement (CSF, 1999 : 107-108). Suivant ces lois, il semble donc qu'une privatisation des services médicalement non-requis pourrait être sans limites pour les services donnés à l'extérieur de l'hôpital. Or, cet enjeu est particulièrement crucial en ce qui concerne les services à domicile, notamment depuis le virage ambulatoire. L'association des CLSC et des CHSLD notait en 1998, dans un rapport établissant un bilan des premières années de la transformation du réseau :

Ainsi la notion du « médicalement requis » qui est clairement définie en centre hospitalier est beaucoup moins claire lorsque les mêmes activités se déroulent en dehors du cadre hospitalier. Dans le contexte du virage ambulatoire et de l'orientation vers le maintien à domicile cela pose problème (Association des CLSC et des CHSLD, 1998 : 14).

Par ailleurs, les « décisions de nature administrative et les considérations essentiellement pragmatiques définies par le contexte » qui justifient les ajustements aux contributions des usagers et l'appel au privé pour la production de services « pour le bénéfice des usagers », sont des arguments qui illustrent admirablement l'essentiel du message généralement promulgué par les tenants de la privatisation. Le partenariat avec les entreprises privées est évoqué comme une *nécessité pragmatique* devant l'*impasse* financière à laquelle nous sommes confrontés. Cette impasse est décrite par la pression accrue de certains facteurs sur les dépenses totales de santé, lesquelles dépenses seraient alors démesurées par rapport à la richesse collective, d'autant plus que rien ne garantit que ces dépenses soient créatrices de richesse ni qu'elles soient

proportionnellement liées à l'amélioration de l'état de santé de la population (puisque d'autres facteurs, telles les conditions socio-économiques, les habitudes de vies, etc., entrent en ligne de compte).

Or, ces facteurs qui créent une telle pression économique, ce sont le vieillissement de la population et les progrès technologiques, tous deux présentés comme étant inéluctables et échappant à tout contrôle. Ils seraient donc les grands responsables de cette *impasse* financière à laquelle nous ne saurions échapper.

Évoquant cette impasse, le rapport Arpin souligne l'« inévitabilité » de poser la question de la « réarticulation » du public et du privé (MSSS, 1999 : 51), puis, ayant discuté des différentes stratégies internationales qui reposent autant sur une réorganisation interne des services que sur la recherche de « nouvelles synergies intégrant les forces du public et du privé », le rapport précise que « dans ce contexte, l'adaptation des systèmes de santé aux changements globaux ne pourrait se limiter à des réorganisations internes : elle nécessitera nécessairement, de façon complémentaire, la conclusion de nouveaux rapports et de nouvelles alliances avec des intervenants non gouvernementaux » (ibid. : 56).

## **1.2. Le vieillissement de la population**

Le plus inquiétant, c'est que les personnes âgées font les « frais » (dans tous les sens du terme) des constats « alarmants » dont nous venons de discuter, puisque les progrès technologiques sont perçus comme étant incontestablement productifs et garants de l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires, tandis que les personnes âgées...

Afin d'illustrer ce constat, prenons l'exemple de l'une des orientations du rapport Arpin : « Adapter les programmes de services et le soutien financier s'adressant aux personnes âgées ». Après avoir constaté que la problématique du vieillissement de la population amène des modifications importantes de la demande pour les programmes produits par le réseau ou subventionnés par le gouvernement, le groupe de travail s'est senti « incité » à établir une distinction d'objectifs et de principes d'intervention de l'État, qui se base sur le caractère *universel* des services médico-hospitaliers et le caractère *d'assistance* propre aux services sociaux et aux programmes d'aide financière, s'adressant à cette clientèle :

L'adaptation des programmes gouvernementaux nous semble impliquer une progression naturelle des priorités, allant des services universels d'assurance

---

<sup>2</sup> Noirci dans le texte.



maladie, qui doivent demeurer entièrement publics, aux services d'assistance et aux mesures d'aide financière, qui visent des groupes d'utilisateurs et des objectifs plus limités. Selon les priorités inhérentes à notre système, il nous apparaît que plus on s'éloigne des utilisateurs exigeant des services de santé « lourds » et des groupes d'utilisateurs socialement plus démunis, moins importante doit être la responsabilité *directe* de l'État tant dans le financement et la production de services que dans l'aide financière accordée (ibid., 1999: 75-76).

Selon cette philosophie, la clientèle des personnes âgées pourrait faire l'objet d'un traitement spécifique dans le cadre des futures orientations gouvernementales en matière de dispensation des services de santé et des services sociaux. D'ailleurs, ce même rapport mentionne que « les services aux personnes âgées relèvent, davantage que beaucoup d'autres, de l'économie mixte » (ibid., 1999: 98), sans que cette différence de statut soit justifiée.

En outre, que peut-on penser de cette *responsabilité directe moins importante* en ce qui concerne les services autres que lourds? Les transformations des dernières années n'avaient-elles pas comme objectif de transférer, lorsque cela s'avérait possible, la clientèle **et les ressources** des services lourds vers les services légers? Étant donné le sous-financement dont les services à domicile ont été victimes et cette philosophie de déresponsabilisation à l'égard de certaines clientèles, notamment les personnes âgées (qui, devons-nous le rappeler, représentent la plus importante clientèle des services à domicile), il y a matière à remettre en question les idéaux prônés au cours des dernières décennies. La transformation orientée vers la prévention et les services de première ligne a-t-elle été dénaturée selon une logique de rationalité purement économique, au détriment de l'équité du système ?

Il est vrai que le vieillissement de la population transformera considérablement la demande de services au cours des prochaines années. Nous n'avons qu'à penser à l'accroissement de la demande pour les services à domicile et pour les services d'hébergement. Cependant, il semble qu'il soit nécessaire de nuancer les propos alarmistes largement répandus et de les mettre en perspective par rapport à certaines réalités généralement passées sous silence. Selon André-Pierre Contandriopoulos et Rosario Rodriguez, si le vieillissement de la population ne doit pas être banalisé, les réels changements ayant occasionné la pression accrue sur les coûts du système de santé sont davantage dus au développement technologique. Les nouvelles méthodes de diagnostic et les nouveaux médicaments permettraient en effet d'améliorer la prise en charge des maladies et d'étendre conséquemment le domaine légitime d'intervention de la médecine. « L'augmentation des soins aux personnes âgées résulte du fait que le vieillissement rend légitime l'expansion d'un marché florissant pour l'industrie du médicament et des technologies médicales. » (Contandriopoulos et Rodriguez, 2000: 36).

D'ailleurs, un article d'Isabelle Paré, publié dans *Le Devoir* du 1<sup>er</sup> mai 2000, nous apprendait que le facteur technologique est le principal moteur de l'accélération des dépenses de santé, puisqu'il représente 30 à 40% de la croissance des coûts (p. A5). Et qui a dit que les personnes âgées sont les seules à bénéficier de ces percées technologiques ?

Ainsi, tout est une question de perspective. Le mémoire de l'Association des CLSC et des CHSLD, présenté à la *Commission Clair*, permet également de relativiser l'importance des coûts liés au vieillissement de la population. On y apprend qu'une année en milieu carcéral coûte 80 000 \$ à la société alors qu'un lit en CHSLD coûte environ 45 000 \$ (Association des CLSC et des CHSLD, 2000b: 27). Enfin, il faudrait peut-être questionner davantage la pression accrue des coûts liés aux médicaments, sachant que les compagnies pharmaceutiques échappent quant à elles à tout contrôle.

### 1.3. La situation des services à domicile

#### 1.3.1. *Quelques définitions et principes*

Selon le cadre de référence sur les services à domicile de 1994, les services à domicile de première ligne comprennent:

des services de soins infirmiers et de soins médicaux, des services de réadaptation, des services psychosociaux, des services d'assistance personnelle, d'aide domestique et de soutien civique et enfin des services de support aux proches, dont les services de répit et de gardiennage (MSSS, 1994: 4).

D'après ce même cadre de référence (p. 20-21), les services d'assistance personnelle, d'aide domestique et de soutien civique sont regroupés dans la catégorie « services d'aide ». Les **services d'assistance personnelle** regroupent les soins d'hygiène de base, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts, etc. Les **services d'aide domestique** comprennent pour leur part l'entretien ménager, l'approvisionnement et autres courses, l'entretien des vêtements, etc. Quant aux **services de soutien civique**, ils regroupent les services requis pour compenser un manque de capacité face à certaines exigences de la vie quotidienne (administrer un budget, rédiger des documents, remplir des formulaires, accomplir diverses démarches). Enfin, les **services de support aux proches** comprennent le **gardiennage** (assurer la surveillance du bénéficiaire de façon à prendre la relève des proches), le **répit** (un ensemble de mesures planifiées, telles une fin de semaine de congé ou une semaine de vacances, pour permettre aux proches de se ressourcer) et le **dépannage** (répondre à brève échéance aux besoins particuliers d'une personne qui a une ou des incapacités, et ce dans des situations hors de l'ordinaire, habituellement graves,

imprévisibles et temporaires, afin de résoudre la difficulté des parents ou des proches de répondre à ces besoins à brève échéance).

Ces distinctions sont importantes car pour le moment seuls les services d'aide domestique sont directement concernés par les EÉ SAD. Nous verrons cependant, dans la troisième partie de ce rapport, les enjeux que soulèvent l'élargissement de leur mandat à d'autres services. Pour le moment, notons simplement que les services à domicile (toutes catégories confondues) sont « fournis gratuitement », selon le cadre de référence.

Apparaissant comme un moyen de retarder et, dans certains cas, d'éviter l'institutionnalisation, ils se voient appliquer le principe de la prise en charge collective des coûts à moins que des programmes particuliers n'aient été conçus pour les clientèles externes (MSSS, 1994: 10).

Cependant, ce même cadre de référence ne précise pas de quelle façon les services doivent être partagés entre les différents dispensateurs qu'il reconnaît (CLSC, organismes communautaires, groupes structurés de soutien, agences privées et corporations intermédiaires de travail), si ce n'est qu'il confirme le rôle de premier plan des CLSC comme responsables des services à domicile de première ligne (ibid.:12). Puis, en ce qui concerne l'éventualité d'un partenariat des CLSC avec les agences privées, il est simplement mentionné: « Lorsqu'un Centre local de services communautaires recourt à une agence privée pour sa clientèle, il s'assure de la qualité des services offerts » (ibid.: 12). Rien n'est spécifié en ce qui concerne le mode de financement de ces services. D'autre part, il est précisé que les secteurs de l'aide domestique et du soutien civique doivent être régis par le principe de la *neutralité*, c'est à dire que les personnes qui reçoivent ces services « ne doivent pas en retirer un avantage financier en évitant d'assumer des dépenses qui autrement leur reviendraient» (ibid.). Il est donc précisé que « les personnes continuent d'assumer, dans la mesure de leurs moyens, les obligations normales d'une vie autonome et responsable » (ibid.). Puis, le cadre de référence précise que ce principe ne doit pas être interprété comme donnant ouverture à une tarification des services publics d'aide à domicile et qu'il doit plutôt être vu comme « renforçant la nécessité de concentrer les ressources publiques limitées vers certaines clientèles prioritaires, tout en permettant aux autres clientèles d'avoir accès à des services adéquats dans leur communauté » (ibid.: 11).

Encore une fois, c'est la rareté des ressources qui est le critère permettant d'établir des distinctions entre certains services et certaines clientèles « prioritaires ». Or, toujours selon le cadre de référence sur les services à domicile, ce sont le degré d'urgence de la réponse aux besoins (le plus souvent des situations ponctuelles qui impliquent une intervention de courte durée), le degré de support des proches et le niveau socio-économique, qui constituent les critères de priorité (ibid.).

En 2000, dans un document intitulé *Urgence... Services à domicile!*, l'Association des CLSC et des CHSLD reconnaissait qu'en raison du sous-financement des services à domicile, ce sont les critères d'urgence qui sont devenus les critères d'accès aux services. Le document précise qu'à l'exception de certains cas où les besoins sont reliés à une phase aiguë de traitement de la maladie, la personne ne sera admise que si:

- 1) la personne ou sa famille ne peut se procurer les services sur le marché privé;
  - 2) aucune ressource bénévole, communautaire ou autre ne peut donner le service;
  - 3) la sécurité psychologique de la personne (risque de négligence ou d'abus) ou sa sécurité physique (chutes) sont menacées;
  - 4) le rétablissement est compromis en l'absence de services de réadaptation.
- (Association des CLSC et des CHSLD, 2000, 13).

Il est également mentionné que « même si la situation est considérée prioritaire, la personne recevra un minimum de services, telle l'aide au bain, au lever et au coucher et un minimum de services sociaux et de réadaptation » (ibid.). Puis, « pour celle dont la famille est présente, l'intervenant va négocier avec la famille un minimum de services fournis par le CLSC jusqu'au moment où les membres de la famille s'épuisent » (ibid.). De tels critères de priorité conduisent inévitablement à des références accrues au privé pour les mieux nantis et à l'abandon progressif de certains services considérés moins prioritaires, comme ce fut le cas pour l'aide domestique.

### ***1.3.2. Les services à domicile : un exemple de privatisation passive***

Nous venons de constater que les services à domicile sont sous-financés. Pourtant, non seulement ces services sont de plus en plus nécessaires, en raison du virage ambulatoire et du vieillissement de la population, mais en plus, ils répondent efficacement à la sixième stratégie de la *Politique de la santé et du bien-être*, qui vise à faire appel aux solutions les plus efficaces et les moins coûteuses. En ce sens, leur sous-financement devient paradoxal en contexte d'« impasse » financière, puisque la rentabilité de ces services n'est plus à démontrer. N'oublions pas qu'ils permettent de diminuer les coûts reliés aux séjours hospitaliers ou en hébergement, en permettant d'éviter ces séjours ou de les écourter. En cela, les coûts des services à domicile devraient être vus non plus comme une dépense, mais comme un investissement. D'ailleurs, bien qu'il faille tenir compte de leur sous-financement, ces services ne sont responsables que de 2,4% à 3,3% des dépenses totales de santé du Québec.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Santé Canada, *Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : une synthèse pour le Canada*, juin 1999, dans MSSS, 2000, p. 10.

Nous constatons cependant que ces services n'ont pas fait l'objet d'un tel investissement. En effet, si l'on compare avec le reste du Canada, les dépenses publiques du Québec pour les soins à domicile apparaissent nettement inférieures. Ainsi, en 1997-1998, les dépenses publiques par habitant, au Québec, ont été évaluées à 37,80\$, comparativement à 79,20\$ pour le reste du Canada et à 91\$ pour l'Ontario (Association des CLSC et des CHSLD, 2000: 21).

Ce manque de ressources pour répondre aux besoins de la population renforce l'idée que les CLSC sont incapables de répondre à la demande et contribue à laisser croire que les différents partenaires de ces derniers sont en meilleure position pour développer ces services. L'Association des CLSC et des CHSLD s'est inquiétée de l'évolution d'une certaine fragmentation des services dans la réponse aux besoins mal couverts par le réseau public ; une tendance qui pourrait s'avérer être une étape vers la privatisation (ibid.: 15). Elle a mentionné à titre d'indices de cette fragmentation des services, la propension des hôpitaux à offrir des soins à domicile en duplication aux services des CLSC, le développement du secteur privé des assurances personnelles couvrant des services d'aide et des soins professionnels, la position publique de certaines coopératives de services de santé, qui revendiquent et offrent déjà des services d'assistance, de gardiennage et des services personnels<sup>4</sup>, la volonté d'introduire une efficacité accrue par le recours à des fournisseurs de services (privés à but lucratif, coopératifs, etc.) - comme le préconisent les auteurs du Rapport Arpin - et enfin, l'instauration d'un crédit d'impôt pour les services à domicile, dont nous parlerons dans la troisième partie de ce rapport (Association des CLSC et des CHSLD, 2000: 15).

Ce qu'il faut savoir, c'est que malgré l'existence de ces indices permettant de présumer d'une percée de la privatisation dans les services à domicile, une telle tendance n'est pas explicitement encouragée par des mesures gouvernementales (sauf en ce qui concerne le crédit d'impôt). Le recours à des agences privées de services à domicile est toutefois admis (sans être encouragé) dans le cadre de référence sur les services à domicile (MSSS, 1994: 12). Ce cadre de référence n'est cependant pas une politique sur les services à domicile. Au moment où ce rapport a été rédigé, la véritable politique, adoptée en 1979, se voyait révisée par le *Comité Anctil*.

La privatisation dont il est question ici est une privatisation *passive*, c'est-à-dire qu'elle n'est pas encouragée par des mesures gouvernementales visant délibérément l'augmentation du recours aux ressources privées. Cette forme de privatisation passive est plus insidieuse, puisqu'elle légitime ce recours en tant qu'« alternative incontournable » , à partir d'arguments reposant sur les contraintes budgétaires et l'épuisement du système. Ce changement d'orientation n'est donc

pas endossé clairement par les décideurs et s'opère, en définitive, sous la forme d'une complémentarité non réglementée, dite «souhaitable » par les différents partenaires, en vue d'assurer la continuité des soins et des services hors institution.

La percée de la privatisation des services à domicile découle donc du sous-financement, qui a contribué à rendre ces services difficilement accessibles. Et nous savons que ce problème d'accessibilité des services est bien réel. L'association des CLSC et des CHSLD a estimé de façon très conservatrice que 39 128 personnes ont été privées des soins nécessaires de services à domicile au Québec, pour l'année 1996-1997 (Association des CLSC et des CHSLD, 2000: 22). Cependant, le sous-financement n'est pas le seul facteur expliquant cette percée de la privatisation. En l'absence de règles claires déterminant les limites de l'utilisation des ressources privées pour les services octroyés à l'extérieur du cadre médico-hospitalier, l'on comprend que le terrain ait été favorable à l'éclosion de cette offre de services.

C'est ici que le bât blesse. L'accroissement de l'écart entre l'offre et la demande équivaut à une forme de désassurance des services qui, combinée à cette absence de règles explicites concernant le développement des ressources privées, s'est traduite par une privatisation passive des services à domicile. La corrélation entre le sous-financement des services et l'explosion du marché privé dans ce secteur, si elle néglige de prendre en compte cette ouverture laissée par l'absence de règles, s'avère incomplète. La responsabilité de l'État dans ce dossier est fonction de sa négligence dans l'établissement de règles claires quant aux responsabilités dévolues aux divers intervenants du vaste champ des services à domicile. La seule incapacité de l'État à diriger les ressources financières nécessaires vers ce secteur ne saurait expliquer l'expansion des ressources privées dans la réponse aux besoins. Cette incapacité pourrait d'ailleurs être nuancée car elle se rapporte davantage à une question de calcul des priorités, en faveur des services médico-hospitaliers.

## **2. L'émergence des entreprises d'économie sociale en aide domestique**

Avant d'effectuer l'analyse des différents enjeux que représentent l'émergence et la prolifération des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) dans le champ des services à domicile, il nous faut évoquer le contexte de leur émergence et les facteurs de leur rapide croissance, s'attarder sur leur particularité et dresser le portrait de ces entreprises.

---

<sup>4</sup> Il sera question de ces enjeux dans la troisième partie de ce rapport.

## 2.1. Contexte d'émergence et facteurs d'expansion

Considérant les propos soulevés précédemment, nous ne saurions nier que les entreprises d'économie sociale en aide domestique sont nées dans le contexte du sous-financement des services à domicile. Cependant, nous verrons que leur création s'est effectuée sur la base d'un compromis auquel bon nombre de groupes sociaux ont souscrit, tandis que leur mission se voit définie par des règles sociales explicites. Leur émergence est donc certainement moins controversée que celle des agences privées de services à domicile, ce qui n'exclut pas que leur mode d'institutionnalisation puisse être encore fragile, en vertu des tensions auxquelles ces entreprises sont soumises.

### 2.1.1. Sous-financement et délestage de ce secteur de services par les CLSC

Plusieurs raisons expliquent que les CLSC aient délesté le secteur de l'aide domestique davantage qu'aucun autre service (hormis le soutien civique). D'abord, le sous-financement les a obligés à établir des priorités très restrictives, comme nous l'avons mentionné précédemment, ce qui s'est traduit par une réponse minimum aux besoins faisant partie de la catégorie « services d'aide à domicile » (qui regroupe les services d'assistance personnelle, d'aide domestique et de soutien civique). Les services d'assistance personnelle ont alors fait l'objet d'une priorité. D'autre part, une étude réalisée par Vaillancourt et Jetté, du *Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS)* de l'Université du Québec à Montréal, fait état de l'ambivalence de l'*Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec (AAFSQ)* quant à la place de l'entretien ménager dans les tâches des auxiliaires.

D'un côté, pour elle [l'AAFSQ], l'aide domestique et le gardiennage font partie de la liste des « besoins parfois très diversifiés » auxquels répond l'auxiliaire, au même titre que des activités d'« éducation et de formation », d'« urgence (ex.: sortie de l'hôpital) », de « support », de « soins de base (bain, etc.) », de « soins particuliers (ce qui se rattache à des actes délégués précis) » et d'« orientation (ce qui se rattache à l'information communautaire) ». [...] De l'autre côté, pour l'Association, « l'entretien ménager n'est pas au cœur des services à domicile mais une porte d'entrée permettant d'identifier ou de confirmer d'autres besoins; si le besoin se limite à l'entretien ménager, il n'est pas nécessaire qu'il soit dispensé par l'auxiliaire familiale et sociale en CLSC ». <sup>5</sup>

Vaillancourt et Jetté croient par ailleurs que le refus historique des syndicats d'envisager la création d'un titre d'emploi autre que celui d'auxiliaire pour l'aide domestique en CLSC (ce qui aurait justifié des niveaux de rémunération inférieurs), combiné au manque d'intérêt des auxiliaires d'effectuer elles-mêmes ces tâches, aurait incité les responsables du maintien à

domicile dans les CLSC et les régies à ne pas utiliser le personnel du secteur public et à se tourner vers les ressources de l'économie marchande et de l'économie sociale (Vaillancourt et Jetté, LAREPPS, 1997, : 133).

Enfin, le principe de *neutralité* appliqué au financement des services d'aide domestique, dont nous avons déjà parlé, a renforcé la croyance à l'effet que ces services étaient secondaires par rapport aux autres services à domicile.

Quels que soient les facteurs à l'origine de leur délestage, « ces services ne sont à peu près plus disponibles en CLSC », comme l'a remarqué l'Association des CLSC et des CHSLD en 1998 (Association des CLSC et des CHSLD, 1998, : 9).

### ***2.1.2. Le sommet sur l'économie et l'emploi de 1996***

Le mémoire présenté par le CLSC Longueuil-Ouest à la *Commission Clair* rappelle que c'est l'idée promulguée par la Marche des femmes de 1995 qui a été transformée lors du Sommet sur l'économie et l'emploi de l'automne 1996, pour donner naissance au *Chantier de l'économie sociale*, dont l'un des projets était de créer 6 000 emplois d'aide domestique (CLSC Longueuil-Ouest, 2000: 3). Conséquemment, le gouvernement du Québec s'est engagé à mettre sur pied un programme d'exonération financière, qui a vu le jour en 1997. La majorité des EÉSAD ayant été accréditées au programme provenait du secteur communautaire. Certaines d'entre-elles fournissaient déjà des services d'entretien ménager aux personnes âgées, via l'utilisation des programmes Extra; une pratique qui était dénoncée par de nombreux organismes, en raison des conditions de travail déplorables qui caractérisaient ces programmes.<sup>6</sup>

### ***2.1.3. Le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique***

Le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique a été mis en place en 1997, grâce à un budget de 79,4 M\$ réparti sur trois ans. En 2000, il a été reconduit pour un an, grâce à un budget de 30 M\$. Ce programme est administré par le *Service d'aide financière d'hébergement et d'aide domestique* (SAFHAD) de la *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ). Seules les entreprises du secteur de l'aide domestique, reconnues sous l'appellation

---

<sup>5</sup> AAFSQ, *Point de vue de l'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec sur les services de soutien à domicile*, Montréal, AAFSQ, 1992, p. 5, dans Vaillancourt et Jetté, 1997, pp. 132, 133.

<sup>6</sup> Ces programmes Extra employaient des femmes bénéficiaires de l'aide sociale pour une période de neuf mois, après quoi elles revenaient à la case départ, n'ayant pu bénéficier d'une formation suffisamment solide pour attirer le marché privé ou pour postuler le titre d'auxiliaire familiale en CLSC. Pendant cette période, leur prestation



« économie sociale » par la *Régie régionale* de leur région et par le *Chantier de l'économie sociale*, peuvent être accréditées par le programme d'exonération. Ce programme couvre alors uniquement les services suivants:

- l'entretien ménager léger (lessive et entretien général de la résidence);
- l'entretien ménager lourd (déneigement de l'entrée principale et grand ménage);
- l'approvisionnement en nourriture et autres courses;
- l'entretien des vêtements;
- la préparation des repas sans diète.

Ces services ont été décrits dans une circulaire du ministère, qui précisait cependant que « le mandat de reconnaissance confié au comité bipartite<sup>7</sup> ne l'autorise à se prononcer que sur cette catégorie de services même si l'entreprise est appelée à fournir des services autres que ces services d'aide domestique, dans le cadre d'ententes prises en dehors du PEFSAD» (circulaire en annexe de RRSSS de Montréal-Centre, 2000). Or, cette dernière remarque est fort importante, car elle signifie qu'une EÉSAD n'est pas tenue de se limiter à offrir ces seuls services pour être accréditée au PEFSAD. Une fois accréditée, cependant, seuls ces services pourront être subventionnés par ce programme.

Toute personne de 18 ans et plus qui réside au Québec selon la *Loi sur l'assurance-maladie*, est admissible au programme. Le programme fonctionne selon deux volets: le volet « aide financière » et le volet « allocation directe ». Dans le cadre du volet « aide financière », un montant d'aide fixe établi à 4\$ par heure de service, est accordé à *tous* les bénéficiaires. Un montant d'aide variable peut s'ajouter par la suite, en fonction du revenu. Toutes les personnes de 65 ans et plus ainsi que les personnes âgées entre 18 ans et 65 ans, référées par un CLSC, et qui répondent aux paramètres financiers<sup>8</sup> spécifiés dans le programme, sont admissibles à l'aide variable. Le montant d'aide variable accordé se situe entre 0,20\$ et 6\$ l'heure. En somme, les personnes bénéficient d'un montant d'aide fixe et variable qui se situe entre 4\$ (pour ceux qui ne bénéficient que de l'aide fixe) et 10\$ l'heure (pour ceux qui bénéficient du montant maximal d'aide variable de 6\$, plus l'aide fixe). Ce montant leur permet de financer une part variable des services des EÉSAD, qui sont évalués à 14\$ l'heure. À ce montant global d'aide s'ajoute une prime de ruralité de 2\$ pour les heures livrées en milieu rural, évaluées quant à elles à 16\$ l'heure. Les ménages actifs<sup>9</sup> paient pour leur part le montant maximal de 10\$ l'heure, en plus de

---

mensuelle était bonifiée de 150\$ par mois pour 20 heures par semaine d'entretien ménager (CLSC Longueuil-Ouest, 200: 3).

<sup>7</sup> Il s'agit de l'ancienne structure d'accréditation des EÉSAD.

<sup>8</sup> Consultez l'annexe I pour plus de détails concernant ces paramètres financiers.

<sup>9</sup> Cette catégorie est apparue suivant la volonté de certains promoteurs de l'économie sociale d'élargir le marché des EESAD afin de contrer le travail au noir. Elle n'est jamais très bien définie dans les documents officiels. Elle désigne la clientèle du PEFSAD constituée des adultes de moins de 65 ans qui ne sont pas désignés par les CLSC et qui n'ont droit qu'à l'aide fixe de 4\$.

la taxe de vente (2,18\$), calculée d'après le montant total de 14\$. Le PEFSAD ne leur verse que la différence de 4\$ (aide fixe).

Quant au volet « allocation directe », il a été prévu afin que certains services d'aide domestique, déjà entièrement payés par les CLSC à des travailleurs engagés de gré à gré par les usagers, puissent être également offerts par les EÉSAD. Le CLSC verse alors un montant qui varie entre 7,60\$ et 9,72\$ l'heure. Le PEFSAD paie le montant fixe de 4\$ et les services sont entièrement gratuits pour les bénéficiaires. Puisque le montant total alors généré est inférieur au montant établi à 14\$, le CLSC ou la régie régionale doit déboursier la différence à l'entreprise (MSSS, 2000: 5-6).

## **2.2. La particularité de l'économie sociale**

Les grands objectifs des entreprises d'économie sociale en aide domestique, qui ont fait consensus lors du Sommet sur l'économie et l'emploi, sont les suivants :

- mobiliser les partenaires du milieu pour offrir des services de qualité répondant aux besoins d'aide des personnes en perte d'autonomie, notamment pour assurer leur maintien à domicile ;
- s'assurer de l'accessibilité de ces services aux plus démunis par une tarification appropriée ;
- créer de l'emploi durable sans se substituer aux CLSC, tout en luttant contre le travail au noir (Chantier de l'économie sociale, 2000b : 14).

Voici par ailleurs les principaux éléments permettant de distinguer les particularités du secteur de l'économie sociale, d'après le *Chantier de l'économie sociale*.

Ce secteur regroupe l'ensemble des activités et organismes, issus de l'entrepreneuriat collectif, qui s'ordonnent autour des principes et règles de fonctionnement suivants :

- l'entreprise de l'économie sociale a pour finalité de servir ses membres ou la collectivité plutôt que de simplement engendrer des profits et viser le rendement financier ;
- elle a une autonomie de gestion par rapport à l'État ;
- elle intègre dans ses statuts et ses façons de faire un processus de décision démocratique impliquant usagères et usagers, travailleuses et travailleurs ;
- elle défend la primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition de ses surplus et revenus ;
- elle fonde ses activités sur les principes de la participation, de la prise en charge et de la responsabilité individuelle et collective (ibid. : page non numérotée).

D'après ces caractéristiques, il est possible de catégoriser l'économie sociale comme faisant partie d'un troisième secteur parmi quatre grands secteurs offrant des services de santé et des services sociaux, tel que le préconisent Vaillancourt et Jetté (1997: 54-55)

- 1) premier secteur: les ressources du marché ;
- 2) deuxième secteur: les ressources de l'État et du réseau des organismes et établissements publics et parapublics ;
- 3) troisième secteur: les ressources rémunérées d'entreprises ou d'organismes communautaires, coopératifs, privées à but non lucratif qui appartiennent ni au premier, ni au deuxième secteur ;
- 4) quatrième secteur: le secteur informel; les ressources qui apportent une aide sur une base informelle à des personnes ayant des problèmes de santé et de bien-être, sans être rémunérées.

La plupart des documents gouvernementaux, ou autres documents en provenance d'organismes divers, ne font pas de distinction entre les troisième et quatrième secteurs. L'ensemble des ressources qui s'y retrouvent tient alors dans la catégorie générale « privé à but non lucratif ». Quelles que soient ces différences, il est important de retenir que les ressources de l'économie sociale diffèrent de celles du secteur marchand, puisqu'elles ne sont pas axées sur la recherche de profit, même si la rentabilité économique de ces entreprises est essentielle à leur fonctionnement. D'ailleurs, la mission sociale de ces entreprises implique des orientations nettement différentes de celles des entreprises du secteur marchand. Cette mission renvoie au concept de « rentabilité sociale », qui est évalué par les promoteurs de ce secteur en fonction de l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être de la population, suivant l'augmentation de l'offre de services et la création d'emplois.

D'autre part, les ressources de l'économie sociale se différencient de celles du réseau public. Les entreprises sont autonomes et ne souhaitent pas qu'un rapport de sous-traitance s'établisse entre elles et le réseau public. Or, cet élément est important car un éventuel élargissement de leur mandat à des services actuellement desservis par les CLSC risquerait de les y placer, en plus de compromettre leur mission sociale, comme nous le verrons bientôt.

### **2.3. Un portrait des EÉSAD**

Dans le secteur de l'économie sociale, deux types d'organismes offrent des services d'aide domestique : les organismes à but non lucratif et les coopératives. Depuis le Sommet socio-économique de 1996, 103 entreprises ont vu le jour, d'après la dernière mise à jour du site du SAFHAD, au début de janvier 2001 ([www.ramq.gouv.qc.ca/cit/contr/eesr.htm](http://www.ramq.gouv.qc.ca/cit/contr/eesr.htm)). Elles offrent

des services à plus de 35 000 personnes un peu partout au Québec et elles ont créé 3 800 nouveaux emplois (Chantier de l'économie sociale, 2000: 10). Cependant, la dispensation des services est inégale, selon les régions, alors que le programme d'exonération financière est un programme gouvernemental universel. Cette situation est donc pour le moment inéquitable, en plus d'être susceptible d'entraîner des références accrues au privé à but lucratif, lorsqu'un territoire ne bénéficie pas de la présence d'une de ces entreprises, ou que celles-ci ne parviennent pas à faire face à la demande.

**Répartition du nombre d'entreprises d'économie sociale en aide domestique, selon la région administrative (janvier 2001) :**

<b>Région</b>	<b>EÉSAD</b>
01- Bas-Saint-Laurent	8
02- Saguenay-Lac-Saint-Jean	6
03- Québec	8
04- Mauricie-Bois-Francs	12
05- Estrie	6
06- Montréal	11
07- Outaouais	4
08- Abitibi Témiscamingue	7
09- Côte-Nord	4
10- Nord-du-Québec	1
11- Gaspésie-Île-de-la-Madeleine	6
12- Chaudière-Appalaches	8
13- Laval	1
14- Lanaudière	5
15- Laurentides	5
16- Montérégie	11
<b>Total</b>	<b>103</b>

RAMQ ([www.ramq.gouv.qc.ca/cit/contr/eesr.htm](http://www.ramq.gouv.qc.ca/cit/contr/eesr.htm))

**2.3.1. Profil de la clientèle**

La clientèle des entreprises se divise en 4 catégories:

- 1) les personnes de 65 ans et plus qui reçoivent d'autres services des CLSC dans le cadre du maintien à domicile;
- 2) les personnes de moins de 65 ans référées, après évaluation par les CLSC, qui reçoivent ou non d'autres services des CLSC;
- 3) les personnes de 65 ans et plus qui s'adressent directement à l'entreprise pour acheter des services et ne reçoivent aucun service des CLSC;
- 4) les ménages actifs, personnes de moins de 65 ans, qui achètent eux-mêmes des services à l'entreprise (Corbin, 2000: 12).

Le tableau suivant nous démontre que la grande partie de la clientèle des EÉSAD est constituée de personnes âgées de 65 ans et plus, notamment des femmes vivant seules.<sup>10</sup>

<b>PROFIL DE LA CLIENTÈLE AU 29 FÉVRIER 2000</b>	
Personnes de - de 65 ans	27%
Personnes de 65 ans et +	73%
Personnes de 75 ans et +	49%
Femmes	81%
Adultes seuls	87%

SAFHAD, février 2000, dans Corbin, 2000, p. 7.

Le ministère évalue pour sa part à 9,4% le pourcentage des ménages actifs pris au sens strict, d'après une étude portant sur 55 entreprises (MSSS, 2000 :18).

### **2.3.2. Viabilité des entreprises**

Une analyse du *Regroupement des entreprises d'économie sociale en aide domestique du Québec* (REÉSADQ), réalisée en septembre 1999 auprès des EÉSAD qu'il représente, démontre que le coût de revient moyen d'une heure de service dispensée dans le cadre du PEFSAD a été de 21\$ en 1998-1999. En 2000, ce coût est tombé à 16\$, en raison d'une croissance de 270% du volume d'heures, ainsi que des gains de productivité en gestion et en administration (REÉSADQ, 2000: 7). Ce coût de 16\$ dépasse quand même de 2\$ le coût établi à 14\$ par le PEFSAD. Les entreprises sont donc déficitaires de 2\$ par heure de services rendu. Elles tiennent le coup grâce à de nombreuses subventions (subventions de démarrage provenant du MSSS, subventions salariales offertes par Emploi-Québec, contributions du Fonds de lutte contre la pauvreté, etc.). La viabilité à long terme de ces entreprises n'est donc pas assurée, d'autant plus qu'elles sont concurrencées par les agences privées et les travailleurs autonomes, qui offrent beaucoup plus que des services d'aide domestique car ils ne sont pas tenus de restreindre leurs champs d'activités, contrairement aux EÉSAD. Rappelons le consensus qui s'est établi entre tous les partenaires présents au Sommet socio-économique en 1996, visant la création d'emplois durables *ne se substituant pas aux emplois du secteur public*.

Pour le moment, étant donné la précarité de leur rendement, les EÉSAD n'ont pas rencontré leurs objectifs de qualité d'emploi. Le mémoire du REÉSADQ à la Commission Clair précise que « les conditions de développement des entreprises et le manque à gagner dû au tarif horaire,

---

<sup>10</sup> Dans ce tableau, les personnes de 75 ans et plus représentent 67% des personnes âgées de 65 ans et plus. Ces données concernent seulement les entreprises de l'Île de Montréal. La plupart des autres sources consultées corroborent cependant ces faits, pour l'ensemble de la province, avec toutefois moins de précision.

n'ont pas permis aux entreprises d'assurer les conditions de travail convenues lors du Sommet sur l'économie et l'emploi, particulièrement en ce qui a trait au travail à temps plein» (REÉSADQ, 2000: 30). On y apprend que « les conditions de travail sont gelées presque partout depuis 1998 » (ibid.: 21) et que « si aucune entreprise n'a fait faillite dans ces conditions, c'est au prix d'une gestion très serrée des coûts et du maintien de conditions de travail minimales» (ibid.: 18). Le mémoire ne précise cependant pas ce qu'il faut entendre par «conditions de travail minimales ou par le « gel» des conditions de travail. Nous savons cependant que le salaire horaire de 8,30 \$, considéré comme étant une norme minimale, est un objectif atteint.

Les solutions généralement avancées afin de contrer ce problème de viabilité à long terme sont de trois ordres. Si les EÉSAD ne parviennent pas à accroître davantage leur volume de services en aide domestique ou si elles ne bénéficient pas d'une bonification de l'aide fixe du PEFSAD, elles devront:

- 1) augmenter leur tarification auprès de la clientèle;
- 2) briser le consensus établi lors du Sommet socio-économique de 1996 et élargir leur gamme de services aux activités de répit-gardiennage et d'assistance personnelle;
- 3) accroître leurs services à un plus grand pourcentage de ménages actifs.

Or, chacune de ces solutions soulèvent de nombreuses questions qu'il est essentiel de faire ressortir.

### **3. Les principaux enjeux que soulèvent les EÉSAD**

Avant d'entamer la réflexion sur ces enjeux, il est essentiel d'examiner la problématique du crédit d'impôt et des allocations directes pour les services à domicile.

#### **3.1. Le crédit d'impôt**

Le Crédit d'impôt est une mesure qui permet aux personnes âgées de plus de 70 ans d'acheter des services d'assistance, d'aide domestique et de soutien civique à n'importe quel fournisseur, en utilisant le chèque emploi-service, et de recevoir 23% du coût des services en crédit d'impôt. La personne paie donc de sa poche 77% du coût de ces services. Cette mesure est entrée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, et elle est vivement critiquée par un grand nombre d'organismes. C'est une mesure qui encourage l'achat de services à domicile auprès d'agences

privées et auprès de travailleurs autonomes (via le chèque emploi-services)<sup>11</sup>, sans réglementation ni contrôle de qualité, pour des services qui font parfois encore partie des services couverts par le réseau public (les services d'assistance).

Ce faisant, cette mesure légitime la concurrence entre les services privés, les services publics et les services en provenance des EÉSAD, en ouvrant le champ des activités autres que l'aide domestique, alors même que les entreprises d'économie sociale ont choisi de ne pas dispenser ces services pour ne pas concurrencer le réseau public ni contribuer à la substitution d'emplois. Rappelons par ailleurs que le PEFSAD ne couvre pas ces services. Le crédit d'impôt est donc une mesure pouvant être considérée comme un exemple de *privatisation active* des services à domicile, vivement dénoncée:

Le Crédit d'impôt [...] vient augmenter l'incohérence gouvernementale dans le financement de l'aide à domicile et favoriser la croissance d'un régime « à deux vitesses » pour les soins autres que les soins médicaux et hospitaliers. **Nous recommandons au gouvernement d'abolir le crédit d'impôt et de concentrer ses efforts financiers sur le soutien à une offre structurée qui se positionne clairement dans le cadre de l'intérêt général**<sup>12</sup> (Chantier de l'économie sociale, 2000 : 22).

Avec le nouveau crédit d'impôt, la brèche vers la privatisation des soins personnels est bel et bien ouverte (CSF, 1999 : 106).

Le danger d'une telle mesure est manifeste, depuis que certaines EÉSAD revendiquent l'extension du PEFSAD aux services d'assistance et de gardiennage afin de concurrencer les travailleurs autonomes qui offrent ces services au moyen du chèque emploi-services. Enfin, ce crédit d'impôt encourage la consommation de services à domicile à la charge des individus.

### 3.2. Les allocations directes

Les allocations directes sont en grande partie responsables de la confusion qui règne auprès des différents dispensateurs de services. Au départ, elles répondaient à la demande des personnes handicapées, qui souhaitaient pouvoir acheter elles-mêmes différents services (tant des services d'aide domestique que des services d'assistance personnelle et de gardiennage), auprès de

---

<sup>11</sup> Le chèque emploi-services (CES) est utilisé dans le cadre des allocations directes et du crédit d'impôt. Il remplit un rôle assimilable à un service de traitement de la paie, avec la particularité que le gestionnaire du CES s'engage envers le ministre du Revenu, par la voie d'un contrat, à remplir, à l'égard des salaires versés dans le cadre de ce mécanisme, les différentes obligations qui devraient, en vertu de la législation et de la réglementation fiscales québécoises, être assumées par les employeurs relativement à ces salaires. La législation fiscale est modifiée pour que les diverses pénalités et amendes prévues pour sanctionner un manquement aux différentes obligations d'employeur ne soient pas applicables à un particulier, relativement aux salaires qu'il aura payés au moyen du mécanisme du CES, dans la mesure où les renseignements qu'il aura transmis au gestionnaire pour traiter ce paiement sont exacts (RRSSS de Montréal-Centre, 2000, annexe 2, p. 4).

<sup>12</sup> Noirci dans le texte.

travailleurs engagés de gré à gré. Elles ont d'abord été gérées par l'Office des personnes handicapées du Québec, puis transférées aux CLSC. Les CLSC versent les allocations directes aux personnes handicapées, afin que celles-ci puissent acheter elles-mêmes les services aux personnes de leur choix. Avant 1997, cette mesure avait le défaut de favoriser le travail au noir. Depuis 1997, le chèque emploi-services a été introduit, permettant d'enrayer ce problème. Les allocations directes sont offertes depuis quelques années à d'autres clientèles que celle des personnes handicapées, notamment pour du gardiennage. Un montant qui varie entre 7,60 \$ et 9,72 \$ l'heure est versé par les CLSC, directement aux bénéficiaires, selon le même processus. Ce montant génère des salaires ridiculement bas aux travailleurs engagés de gré à gré (entre 6,90 \$ et 8,30 \$ ou un peu plus, selon les régions), tel que constaté dans le mémoire du CLSC Longueuil-Ouest (CLSC Longueuil-Ouest, 2000: 4).

Les allocations directes peuvent également être versées aux entreprises d'économie sociale en aide domestique, comme nous l'avons déjà mentionné, dans le cadre du volet « allocation directe » du PEFSAD. L'argent des allocations directes sert alors à acheter des *services d'aide domestique* à une EÉSAD, plutôt qu'à un travailleur engagé de gré à gré. Le PEFSAD ajoute aux tarifs de l'allocation directe le montant fixe de 4\$ et les services demeurent gratuits pour l'usager (puisque le CLSC ou la Régie régionale fournit la différence afin d'atteindre le montant de 14 \$ nécessaires pour rencontrer les coûts de fonctionnement des EÉSAD) (MSSS, 2000 : 6). Cette pratique est étrange, pour plusieurs raisons. D'abord parce que le MSSS décrit cette pratique comme faisant partie intégrante du fonctionnement du PEFSAD, servant à financer des services d'aide domestique. Or, les allocations directes servent surtout à l'achat de services de gardiennage, généralement pour des personnes handicapées de moins de 65 ans, et ces services ne sont pas inclus dans le PEFSAD. Le MSSS reconnaît toutefois que des heures de gardiennage (et même des heures d'assistance personnelle) sont parfois facturées illégalement au PEFSAD, sous la forme de travaux domestiques, sans toutefois préciser si cette fraude est généralement facturée au volet « aide financière » ou au volet « allocation directe » (MSSS, 2000 : 13-17).

Le MSSS évoque par ailleurs qu'une pratique de certains CLSC consiste à imputer des frais au volet « aide financière », plutôt qu'au volet « allocation directe », de façon à pouvoir offrir des services gratuits aux plus défavorisés, puisque ces personnes ont alors également droit à l'aide variable (MSSS, 2000: 15-16). La part que les CLSC déboursent est alors inférieure à celle qu'ils auraient eu à déboursier dans le cadre de l'allocation directe (entre 7,60 \$ et 9,72 \$), puisqu'ils n'ont qu'à payer le montant que le bénéficiaire devrait normalement déboursier (entre 4 \$ et 10 \$). Ils peuvent donc offrir plus de services avec le même budget. Le rapport du



ministère ne précise pas quels types de services sont financés de cette façon. Le *Chantier de l'économie sociale* prétend qu'il s'agit de gardiennage (Chantier de l'économie sociale, 2000: 13).

Toutes ces pratiques sèment la confusion et donnent à penser que les CLSC ont de plus en plus de mal à offrir les services qu'ils devraient offrir, en plus de laisser croire que les EÉSAD devraient offrir elles-mêmes ces services de gardiennage et d'assistance personnelle. C'est du moins la position affirmée dans le mémoire du CLSC Longueuil-Ouest, qui rappelle par ailleurs que selon les conventions collectives des employés des CLSC, l'établissement ne peut payer directement une EÉSAD pour qu'elle effectue des tâches (services d'assistance, par exemple) qui peuvent être effectuées par ses propres auxiliaires familiales et sociales. Les allocations directes, puisqu'elles s'adressaient au départ aux personnes handicapées, faisaient l'objet d'un plan particulier de services intégrés aux personnes handicapées qui incluait ces services d'assistance. Plus tard elles ont été offertes au programme de Soutien à la famille et au programme de Services intensifs de maintien à domicile (SIMAD), en particulier pour du gardiennage (CLSC Longueuil-Ouest, 2000: 8). L'élargissement de ce principe d'allocation directe dans le cadre du PEFSAD ne consistait-il pas à ouvrir une brèche permettant la fraude, étant donné que ces allocations servent habituellement à couvrir des services de gardiennage et que leurs tarifs ne rencontrent pas du tout les coûts de fonctionnement des EÉSAD?

### **3.3. L'inclusion des services d'assistance personnelle et de support aux proches dans le PEFSAD**

Actuellement, les agences privées et les travailleurs autonomes offrent l'ensemble des services qui se retrouvent dans la catégorie des services à domicile (autant les soins infirmiers et de réadaptation que les services d'aide et de soutien aux proches). Ces services sont d'ailleurs couverts par plusieurs assurances privées. Certains promoteurs de l'économie sociale se demandent alors pourquoi les EÉSAD devraient se limiter au marché des services d'aide domestique. D'ailleurs, la Régie régionale de Montréal-Centre, dans son document de travail sur l'aide domestique en économie sociale, a ouvertement décrété que « les entreprises devraient pouvoir diversifier leurs activités et offrir d'autres services en dehors de ceux couverts par le programme d'exonération, ce qui leur permettrait entre autres de desservir la clientèle bénéficiant d'un crédit d'impôt » (Corbin, 2000: 12). Il est essentiel de rappeler que la dispensation de services autres que l'aide domestique n'est pas interdite à ces entreprises. Cependant, en raison des objectifs sociaux qu'elles se sont fixés, leur mission risquerait d'être dénaturée dans l'éventualité d'un élargissement de leur gamme de services.

Les conséquences de cet élargissement, qui concernent généralement les services d'assistance personnelle et de support aux proches (gardiennage, répit), sont nombreuses. D'abord, ces services sont offerts gratuitement en CLSC, bien que leur accessibilité soit remise en cause. Les services d'assistance font partie des services fournis par les auxiliaires familiales et ils demandent généralement une formation plus élaborée que celle qui est actuellement fournie par les entreprises d'économie sociale. Quant aux services de répit et de gardiennage, ils sont le plus souvent financés par le mécanisme des allocations directes, qui transite par les CLSC pour l'achat de services auprès de travailleurs engagés de gré à gré par les bénéficiaires. Ces deux catégories de services demeurent donc gratuites pour les usagers. Dans l'éventualité de leur dispensation par les EÉSAD, ces services seraient dorénavant tarifés.

D'autre part, l'offre des services d'assistance personnelle par les EÉSAD serait susceptible de porter atteinte au principe de non substitution des emplois du secteur public. Pour le moment, il semble que les emplois du secteur public n'ont pas été menacés par l'émergence des EÉSAD. Malgré le contexte de sous-financement global des services à domicile publics, la très forte demande pour ces services a permis que la moyenne annuelle d'augmentation du nombre d'auxiliaires familiales et sociales en CLSC se maintienne, en dépit de la création des EÉSAD.

Selon les statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux, tirées des publications annuelles du MSSS depuis 1992-1993, le nombre de postes d'auxiliaires familiales et sociales en CLSC est passé de 1980 à 2417 équivalents temps plein, soit une augmentation moyenne de 3% par année et ce, malgré les réductions budgétaires et les mises à la retraite. Depuis la création des entreprises d'économie sociale en aide domestique en 1997 (...), le nombre d'auxiliaires familiales en CLSC a augmenté de 148 postes équivalents temps plein, continuant ainsi de croître selon la même augmentation annuelle moyenne d'un peu plus de 3%! (Chantier de l'économie sociale, 2000b: 14)

Le rapport du ministère sur la place des EÉSAD précise par ailleurs que « quelles que soient les décisions des CLSC relativement au renvoi des usagers aux entreprises ou au recours à des travailleurs engagés de gré à gré pour l'aide domestique, nous n'avons pas constaté, jusqu'ici, d'effet sur le nombre d'auxiliaires dans les CLSC » (MSSS, 2000: 20). De l'avis de la majorité des organismes concernés ou préoccupés par l'émergence des EÉSAD, cette tendance pourrait cependant être renversée si les EÉSAD s'immisçaient davantage sur le marché des services d'assistance personnelle. D'autre part, cette situation contribuerait à créer deux niveaux d'emplois pour des fonctions identiques. D'un côté, les services d'assistance personnelle seraient dispensés par les auxiliaires familiales en CLSC, avec tous les avantages que cela comporte du point de vue des conditions de travail et des salaires (lesquels varient entre 13 \$ et 14 \$ de l'heure). De l'autre côté, ces services seraient dispensés par les travailleurs des EÉSAD, qui

bénéficient de conditions de travail nettement moins avantageuses, sans parler des conditions salariales (8,30 \$/heure).

Bien que le respect du consensus de 1996 soit prôné par la grande majorité des représentants des EÉSAD, certaines pratiques frauduleuses sont exercées par ces entreprises à l'égard du PEFSAD. Ainsi, d'après le MSSS, certaines entreprises offrent déjà des services d'assistance personnelle et de gardiennage, qu'elles facturent au PEFSAD sous la forme de travaux d'aide domestique (MSSS, 2000: 15). D'autres utilisent, de concert avec les CLSC, le volet « allocation directe » du PEFSAD pour financer davantage d'heures de services en profitant de l'aide fixe du programme. Or, nous avons déjà spécifié que le Chantier de l'économie sociale croit que ces heures servent au gardiennage (Chantier de l'économie sociale, 2000: 13).

L'essentiel des doléances en faveur de l'élargissement de la mission des EÉSAD concerne la nécessité de concurrencer les différents dispensateurs de services, notamment les agences privées et les travailleurs autonomes. Non seulement l'extension de la mission des EÉSAD permettrait, croit-on, d'assurer la rentabilité des entreprises et de concurrencer l'offre privée à but lucratif, mais résoudrait par le fait même les problèmes que soulève la question de la qualité des services offerts par ce dernier secteur. L'achat par les CLSC de services en provenance des agences privées et des travailleurs autonomes fait effectivement l'objet de vives critiques, puisque la qualité de ces services n'est pas systématiquement contrôlée par les CLSC. En outre, cette absence de contrôle de la qualité est encore plus alarmante lorsque l'utilisateur doit acheter lui-même ces services, en bénéficiant du fameux crédit d'impôt. Plusieurs évoquent que les EÉSAD, si elles étaient financées pour ces services par le PEFSAD, pourraient constituer une offre structurée de services, répondant à des normes de qualité prédéfinies, etc.

Le principal promoteur d'un élargissement de la mission des EÉSAD se trouve être la *Fédération des coopératives de services à domicile du Québec* (FCSDQ), qui regroupe 31 coopératives (accréditées au PEFSAD) comme membres réguliers et 2 OBNL à titre de membres auxiliaires (FCSDQ, 2000 : 2). Sous prétexte que les services de gardiennage et ceux reliés aux activités de la vie quotidienne (dont les services d'assistance personnelle font partie), sont mal couverts par le réseau public, la FCSDQ évoque le principe de satisfaction des besoins propre au mouvement coopératif pour réclamer l'élargissement de la couverture du PEFSAD afin d'y inclure davantage de services. Le *CLSC Longueuil-Ouest* critique sévèrement les requêtes de cette Fédération, dans son mémoire présenté à la Commission Clair. Il rappelle que la FCSDQ s'en prend aux syndicats, aux groupes communautaires, aux groupes de femmes, etc., qui ont été partie prenante du consensus de 1996. Il dénonce également la demande faite par la

FCSDQ au ministère des Finances dans le cadre des discussions pour le renouvellement du PEFSAD, à l'effet que le Programme d'exonération puisse couvrir tout le champ des services d'aide à la personne, incluant les bains et les soins d'hygiène (CLSC Longueuil-Ouest, 2000: 8). Or, cette proposition est renouvelée discrètement dans le mémoire de la FCSDQ soumis à la Commission Clair. Elle recommande que les activités de la vie quotidienne soient considérées dans les services ouverts à des entreprises coopératives ayant établi des protocoles d'entente avec le CLSC de leur territoire (FCSDQ, 2000: 25).

À ces critiques, le CLSC Longueuil-Ouest ajoute qu'en ce qui concerne la question de la rentabilité des entreprises, un élargissement des tâches des employés des EÉSAD nécessiterait en toute logique une augmentation de leurs salaires. En bout de ligne, les entreprises seraient-elles réellement plus rentables? Le CLSC est donc clair : il privilégie la consolidation des EÉSAD dans leur mission initiale (CLSC Longueuil-Ouest, 2000 : 10 et 15).

Le *Conseil du statut de la femme* partage également cette opinion, dans son mémoire soumis à la *Commission Clair*. Après avoir écrit que « les entreprises d'économie sociale qui opèrent dans le secteur de l'aide à domicile présentent un intérêt pour les travailleuses et les travailleurs tout en offrant des services d'aide domestique que les CLSC n'arrivent plus à rendre disponibles» , le CSF recommande que le financement de ces entreprises soit bonifié afin d'assurer de meilleures conditions de travail à leur personnel tout en offrant des services de qualité à des coûts abordables, puis il précise sa conviction à l'effet que ces entreprises doivent limiter leurs activités à l'entretien ménager (CSF, 2000 : 54).

Le *Regroupement des entreprises d'économie sociale en aide domestique du Québec* (REÉSADQ), qui compte pour sa part 60 OBNL et 12 coopératives (REÉSADQ, 2000 : 4), ne semble pas partager l'avis de la FCSDQ concernant l'éventualité d'un élargissement de la mission des entreprises qu'il représente. D'abord le REÉSADQ réaffirme très clairement la nécessité de respecter le consensus de 1996, dans le souci d'assurer le maintien de la relation de confiance entre les CLSC et les EÉSAD (REÉSADQ, 2000 : 20). Ensuite, le REÉSADQ s'oppose à ce que les services actuellement gratuits soient dorénavant facturés. Or, cela vaut autant pour les services de gardiennage que pour l'assistance personnelle. En précisant l'impossibilité des EÉSAD de s'engager à offrir à perte les services actuellement gratuits dans le réseau public, le REÉSADQ recommande que « toute ouverture des champs d'activité aux EÉSAD soit accompagnée de budgets suffisants pour assurer accessibilité, équité et *gratuité*<sup>13</sup> pour les personnes démunies ou en perte d'autonomie qui bénéficient actuellement de services

gratuits» (REÉSADQ, 2000 : 21 et 25). Les deux grands principes qui font hésiter le REÉSADQ concernent la tarification des services et le respect du consensus de 1996. Pourquoi le gouvernement financerait-il *gratuitement* les services actuellement offerts en CLSC ou via l'allocation directe aux usagers des services des EÉSAD, alors que l'achat des services des EÉSAD est tarifé depuis l'origine et que le gouvernement en est à financer des mesures telles que le crédit d'impôt, qui encouragent l'achat de services à domicile à la charge des individus ? La prudence du REÉSADQ est de mise.

Le *Chantier de l'économie sociale* manifeste également une grande prudence dans ce dossier. Dans les recommandations soumises à la *Commission Clair*, le Chantier évite de se prononcer clairement sur la question de l'élargissement du mandat des EÉSAD. Il s'en prend davantage aux mesures telles que les allocations directes (en recommandant d'en limiter l'utilisation autant que possible) et le crédit d'impôt (qu'il souhaite voir abolir) (Chantier de l'économie sociale, 2000 : 15 et 22). En outre, devant l'éventualité de l'inclusion des services de gardiennage au PEFSAD, le Chantier se montre conscient du problème de la tarification qui se poserait alors :

Après le dépôt du Rapport Anctil sur les services de maintien à domicile, s'il s'avérait nécessaire d'inclure le service de répit gardiennage dans le Programme d'exonération, un processus de consultation auprès de nos partenaires ainsi qu'une juste évaluation de la tarification d'un tel service devront être amorcés (ibid. : 16).

Quant à la possibilité d'inclure dans le PEFSAD les services d'assistance personnelle, le Chantier demeure vigilant :

L'inclusion des services d'assistance personnelle dans le Programme d'exonération soulève des problèmes de fond. Ces services font partie de la mission des CLSC, car il s'agit de l'aide à des personnes avec des problèmes lourds, qui exigent le soutien intégré d'un personnel formé. Ce type de services exigerait une formation appropriée des travailleurs des entreprises d'économie sociale afin de garantir la qualité de services ainsi que la réévaluation du cadre financier (ibid. : 14).

Cette prudence témoigne de la volonté du Chantier de respecter le compromis initial qui a vu naître les entreprises, en dépit des pressions de rentabilité auxquelles elles font face.

---

<sup>13</sup> L'italique est nôtre.

### **3.4. L'extension du marché des EÉSAD aux ménages actifs**

Jusqu'à présent, la clientèle des ménages actifs est très peu présente, au sein des EÉSAD. Les inquiétudes concernant la viabilité des entreprises à long terme, identifiées précédemment, donnent à penser que la solution se retrouve au sein des ménages actifs. Le fait de cibler davantage cette clientèle permettrait en effet de résoudre les problèmes de rentabilité des entreprises, puisque cela aurait comme conséquence d'augmenter sensiblement la clientèle. C'est du moins l'une des pistes de solution envisagées par le MSSS dans son *Rapport d'évaluation sur la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile* (MSSS, 2000: 31) Or, cette orientation n'est certainement pas souhaitable du point de vue de l'équité, puisque comme le souligne le REÉSADQ, il y a alors danger que les personnes ayant le plus besoin de services, les plus démunies, âgées, malades, etc., soient délaissées graduellement (REÉSADQ, 2000: 13). L'objectif initial de l'extension des services aux ménages actifs, qui n'était pas prévue au départ, visait à contrer le travail au noir. Elle est cependant susceptible de donner lieu à une distinction de clientèle en faveur des cas moins lourds ou mieux nantis, ce qui irait à l'encontre de la mission sociale des EÉSAD.

### **3.5. La tarification des services**

Nous avons vu que les services en provenance des EÉSAD sont facturés aux bénéficiaires, pour un montant qui varie entre 4\$ et 10\$ l'heure. Cette tarification est-elle susceptible de porter préjudice aux bénéficiaires? Dans un rapport de la *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*, portant sur *Les inégalités sociales de la santé*, nous pouvons lire:

Les personnes âgées à faible revenu ont plus de problèmes de santé que les autres et les limitations fonctionnelles dont elles souffrent risquent d'être plus pénalisantes si elles ne peuvent se payer certains services d'aide domestique (RRSSS de Montréal-Centre, 1998: 74).

Cette situation est préoccupante, d'autant plus que le MSSS, dans son rapport sur *La place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile*, signale que les coûts des services d'aide domestique semblent rapidement devenir trop élevés pour plusieurs personnes.

Le fait que les personnes qui n'ont droit qu'à leur pension de la sécurité de la vieillesse, et donc à des montants réduits d'aide variable ou seulement l'aide fixe, font relativement moins appel au programme d'exonération, nous amène à supposer que les tarifs deviennent rapidement trop élevés pour ces personnes.

Elles préfèrent probablement continuer d'obtenir des services au noir ou encore doivent s'en passer même si elles en ont besoin (MSSS, 2000: 19).

Le REÉSADQ mentionne à cet effet que le tarif minimum de 4\$ est un obstacle qui limite l'accessibilité des services aux personnes les plus démunies et suggère que le gouvernement finance cet accès (REÉSADQ, 2000: 20).

Quant à la possibilité d'augmenter la tarification pour rentabiliser le manque à gagner de 2\$ par heure de services, le REÉSADQ souligne qu'une telle pratique équivaldrait à renoncer à être compétitif avec le privé et le travail au noir et à rompre définitivement avec l'objectif qui consiste à fournir le service à la clientèle plus démunie (ibid.: 11).

Enfin, l'élargissement de la mission des EÉSAD aux services d'assistance personnelle et de gardiennage, qui se traduirait par la tarification de ces services actuellement gratuits en CLSC, doit faire l'objet d'une attention particulière. Le *Conseil du statut de la femme* résume bien la pensée des différents acteurs qui se positionnent contre cette perspective, en décrétant que « l'accès à ces services ne doit pas être conditionné par le revenu des bénéficiaires, mais bel et bien par leurs besoins » (CSF, 2000: 54).

## **Conclusion**

Dans ce rapport de recherche, nous avons exploré les enjeux posés par l'émergence et la prolifération des entreprises d'économie sociale en aide domestique dans le champ des services à domicile. Cette exploration nous a conduit à traiter du désengagement de l'État, des pressions en faveur de la privatisation des services, de la situation précaire des services à domicile ainsi que du vieillissement de la population, car ces enjeux sont tous liés d'une quelconque façon à l'émergence de ces entreprises. Nous avons ensuite été amené à traiter du contexte particulier d'émergence des EÉSAD, à situer le secteur de l'économie sociale par rapport aux autres secteurs offrant des services de santé et des services sociaux, puis à dresser le portrait de ces entreprises. Cette mise en situation nous a permis d'explorer les principaux enjeux auxquels les EÉSAD font face, soit l'instauration de mesures gouvernementales telles que le crédit d'impôt et les allocations directes, qui sèment la confusion et favorisent l'achat de services privés qui viennent concurrencer les services de ces entreprises, l'éventualité de l'élargissement de leur mission à des services autres que les services d'aide domestique, les pressions en faveur de l'extension de leur marché aux ménages actifs et l'épineuse question de la tarification de leurs services.

Les différents enjeux liés à l'émergence des entreprises d'économie sociale en aide domestique dans le champ des services à domicile nous indiquent qu'un nouveau compromis tend à émerger entre les différents acteurs de ce secteur de services. Ce compromis est encore fragile et les acteurs concernés doivent constamment être vigilants s'ils veulent préserver certaines valeurs mises de l'avant lors de son élaboration. Nos recherches ont permis de mettre à jour les différentes tensions qui émergent dans le secteur des services à domicile, avec l'arrivée de ce nouveau dispensateur de services. Une étude plus approfondie permettrait d'analyser les répercussions de ces tensions sur l'ensemble de la transformation du système de santé et de services sociaux. L'objectif limité de ce rapport de recherche ne permettait pas d'aller au-delà de la description de ces différentes tensions.



## BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2000), *Urgence... Services à domicile!*, Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 28 pages.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2000b), *Mémoire de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 41 pages.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (1998), *Une transformation à consolider... Une réforme à continuer*, mémoire présenté dans le cadre de la consultation ministérielle sur le bilan et les perspectives de la transformation du réseau, Montréal, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, janvier, 26 pages.

BÉLANGER, Jean-Pierre (1992), *Le développement des soins primaires au Québec : le cas des CLSC*, Montréal, Association pour la Santé Publique du Québec, mai, 45 pages.

CHANTIER DE L'ÉCONOMIE SOCIALE (2000), *Mémoire du Chantier de l'économie sociale à la commission sur l'organisation des services de santé et des services sociaux*, Montréal, Chantier de l'économie sociale, 24 pages.

CHANTIER DE L'ÉCONOMIE SOCIALE (2000b), *De nouveau, nous osons... Document de positionnement stratégique*, Montréal, Chantier de l'économie sociale, 26 pages.

CLSC LONGUEUIL-OUEST (2000), *Le contenu du panier de services publics au aide à domicile*, Mémoire présenté à la Commission d'étude sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux, Longueuil, CLSC Longueuil-Ouest, 21 pages.

CESSS (2000), *Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux. Guide d'animation*, Québec, Commission d'étude sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux, 10 pages.

CSBE (1997), *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être. Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux, 60 pages.

CSF (2000), *Mémoire du Conseil du statut de la femme à la Commission d'étude sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux*, Québec, Conseil du statut de la femme, 62 pages.

CSF (1999), *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, Québec, Conseil du statut de la femme, 121 pages.

CONTANDRIOPOULOS, Pierre-André et Rosario RODRIGUEZ (2000), « Mythes et réalités dans le système de soins, *Cité libre*, vol. 28, no. 2, printemps 2000, pp. 32-37.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (1998), *La régulation d'un système de soins sans murs*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, février, 24 pages.

CONTANDRIOPOULOS, Pierre-André (1996), « Transformer le système de santé », *Ruptures*, vol. 3, no. 1, p. 10-17.

CONTANDRIOPOULOS, Pierre-André (1994), « Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible », *Ruptures*, vol. 1, no. 1, 1994, p. 8-26.

CORBIN, Lise (2000), *Document de réflexion : Économie sociale - aide domestique*, Montréal, RRSSS de Montréal-Centre, 16 pages.

FCLSCQ (1995), *Le réseau CLSC... : Partie prenante dans la transformation du système de santé et de services sociaux et dans le virage ambulatoire*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, coll. La transformation du Réseau, volet 1, 13 pages.

FCLSCQ (1996), *Pour assurer l'avenir des services publics de première ligne au Québec*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, mai, 21 pages.

FCLSCQ (1995), *Virage ambulatoire : introduction générale*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, coll. La transformation du Réseau, volet 2, 15 pages.

FCLSCQ (1995), *Virage ambulatoire : Services à domicile*, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, coll. La transformation du Réseau, volet 3, 27 pages.

FCSDQ (2000), *Mémoire présenté devant la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, Fédération des coopératives de services à domicile du Québec, 26 pages.

FOURNIER, Jacques (2000), *Aide à domicile : pour que l'économie sociale demeure de l'économie sociale*, conférence au colloque organisé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière et les Centres d'action bénévole de Lanaudière, Joliette, 3 mai 2000, 18 pages.

FOURNIER, Jacques (1996), « Splendeurs et misères du virage ambulatoire », *Possible*, 20, no. 3, été 1996, p. 66-83.

JETTÉ, Christian et al. (1999), *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être : une recension des écrits*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Cahiers du LAREPPS, no. 99-02, 145 pages.

LEMIEUX, Diane et Yves VAILLANCOURT (1997), « L'économie sociale et la transformation du réseau des services sociaux et de la santé : définitions, état de la situation et enjeux », *Cahiers du LAREPPS*, Montréal, Université du Québec à Montréal, mars, 30 pages.

LEMIEUX, V., BERGERON, P., CLERMONT, B. et BÉLANGER, G. (dir.) (1994), *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Presses de l'université Laval, 370 pages.

LES CLSC DE L'ÎLE DE MONTRÉAL (2000), *Les propositions des CLSC de la région de Montréal, présentées à la Commission d'étude sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux*, Montréal, Les CLSC de l'Île de Montréal, 16 pages.

LÉVESQUE, Benoît et Yves VAILLANCOURT (1998), « Les services de proximité au Québec : de l'expérimentation à l'institutionnalisation », *Cahiers du CRISES*, Montréal, Université du Québec à Montréal, août, 23 pages.

MSSS (2000), *Rapport d'évaluation sur la place des entreprises d'aide domestique du secteur de l'économie sociale dans les services à domicile : État de situation et pistes de solution*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier, 54 pages.

MSSS (2000), *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux. Santé au Québec : quelques indicateurs*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 77 pages.

MSSS (2000), *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux. Financement : état de situation et perspectives*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 10 pages.

MSSS (2000), *Financement et organisation des services de santé et des services sociaux. Organisation : état de situation et perspectives*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 11 pages.

MSSS (1999), *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Rapport du groupe de travail*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 107 pages.

MSSS (1994), *Les services à domicile de première ligne. Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 21 pages.

PARÉ, Isabelle (2000), « Le privé, un prétexte à l'absence de changement », *Le Devoir*, 1<sup>er</sup> mai 2000, p. A5.

REÉSADQ (2000), *Mémoire sur le financement de la santé*, Regroupement des entreprises d'économie sociale en aide domestique, 32 pages.

RRSSS de Montréal-Centre (1998), *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population. Les inégalités sociales de la santé*, Montréal, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 92 pages.

VAILLANCOURT, Yves et Christian JETTÉ (1997), *Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Cahiers du LARREPS, no. 97-05, 302 pages.

VAILLANCOURT, Yves et Benoît LÉVESQUE (1996), « Économie sociale et reconfiguration de l'État-providence », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, no. 1, printemps, pp. 1-13.

## ANNEXE

### PROGRAMME D'EXONÉRATION FINANCIÈRE POUR LES SERVICES D'AIDE DOMESTIQUE

#### Les paramètres financiers déterminant l'aide variable

Pour établir le montant d'aide variable, il faut déterminer la partie du revenu familial qui excède le seuil d'exemption, lequel varie avec la taille de la famille.

Les différents seuils d'exemption sont :

- 8 450 \$ pour une personne seule;
- 12 000 \$ pour un couple;
- 2 400 \$ pour chaque personne à charge (enfant ou adulte).

À titre d'exemple, le seuil d'exemption pour un couple ayant deux enfants sera calculé ainsi :  
 $12\ 000 \$ + 2\ 400 \$ + 2\ 400 \$ = 16\ 800 \$$

Lorsque le revenu familial excède le seuil d'exemption, le montant maximal d'aide variable de 6 \$ est alors réduit de 0,20 \$ par tranche complète de 500 \$ de revenu familial qui excède le seuil d'exemption. La formule suivante permet d'établir ce montant d'aide :

$$6 \$ - \left( \frac{\text{Revenu familial-exemption} \times 0,20 \$}{500 \$} \right)$$

Le tableau qui suit indique le revenu familial donnant droit à une aide variable de 6 \$ et celui ne donnant plus droit à l'aide variable:

	Personne à charge* donnant droit à l'exemption de 2 400 \$	Revenu familial <b>donnant droit</b> à une aide variable de 6 \$	Revenu familial <b>ne donnant plus droit</b> à une aide variable
Personne seule	0	moins de 8 950 \$	23 450 \$ ou plus
Couple sans enfants	0	moins de 12 500 \$	27 000 \$ ou plus
Famille monoparentale	1	moins de 11 350 \$	25 850 \$ ou plus
	2	moins de 13 750 \$	28 250 \$ ou plus
	3	moins de 16 150 \$	30 650 \$ ou plus
	4	moins de 18 550 \$	33 050 \$ ou plus
Famille biparentale	1	moins de 14 900 \$	29 400 \$ ou plus
	2	moins de 17 300 \$	31 800 \$ ou plus
	3	moins de 19 700 \$	34 200 \$ ou plus
	4	moins de 22 100 \$	36 600 \$ ou plus

\* Enfant ou adulte

Source : RAMQ ([www.ramq.qc.ca/cit/contr/aide/htm](http://www.ramq.qc.ca/cit/contr/aide/htm))