



LRG
NEXT
2021

L'AVENIR DES
SERVICES PUBLICS
LOCAUX



La Dimension **TERRITORIALE** des Services **SOCIAUX** et de **SOINS à la PERSONNE**

Note de synthèse N° 9

Série sur le réseau des travailleurs.es des
administrations locales et régionales de l'ISP



LRG NEXT2021

Note de synthèse N° 9

La Dimension **TERRITORIALE** des Services **SOCIAUX** et de **SOINS** à la **PERSONNE**

Contenu

1.	Contexte	3
2.	Services sociaux et de soins à la personne locaux	4
3.	Privatisation ou remunicipalisation des services de soins sociaux ?	7
4.	Droits du travail et conditions de travail des travailleurs.es des services sociaux et de soins à la personne	11
5.	Les femmes, les services sociaux et de soins à la personne et la ville	15
6.	L'avenir des services sociaux de proximité	20
7.	Conclusions	22

Ce dossier a été préparé par Daria Cibrario (PSI) en novembre 2021.
Illustration de couverture : Agents de santé communautaires, Népal
© Internationale des Services Publics



1. CONTEXTE

Les services sociaux et de soins à la personne apportent un soutien vital aux individus, aux ménages et aux communautés locales en assurant la santé, l'éducation, le bien-être, la dignité et l'inclusion socio-économique des personnes les plus vulnérables de nos sociétés. Qu'il s'agisse de soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, d'assistance à domicile, de soins à domicile 24 heures sur 24 ou de foyers résidentiels de longue durée, de soutien aux revenus ou de services de logement public ou social, les services sociaux sont parmi les formes les plus complexes et les plus diversifiées de services publics. Leur organisation, leur fourniture et leurs systèmes de financement reflètent les différentes voies de développement économique de chaque pays, les cadres institutionnels et juridiques, les choix sociétaux/éthiques, ainsi que les attentes culturelles. Dans les pays en développement - et dans certaines économies développées également - l'emploi dans les services sociaux est en grande majorité informel, peu rémunéré et fortement féminisé. Dans certains cas, il découle d'une tradition religieuse/caritative plutôt que d'un droit fondé sur les droits humains, une approche qui a façonné son organisation sociale et les formes de prestation de services en conséquence.

Qu'ils soient publics, privés ou qu'ils impliquent le secteur «non lucratif» (par exemple, les coopératives, les organisations

communautaires, les travailleurs.es «volontaires», etc.), les services de soins à la personne sont souvent fournis, financés/subventionnés et réglementés par les administrations locales et régionales (ALR) dans le cadre de politiques nationales. Au cours des dernières décennies, des opérateurs privés et des investisseurs financiers sont entrés dans le domaine de la prestation de services sociaux, un secteur qui répond à des besoins vitaux liés aux soins et pour lequel il existe une demande mondiale croissante. La pandémie de Covid-19 a révélé et amplifié les lacunes, l'inégalité et l'exploitation dont sont victimes les usager.e.s et les travailleurs.es des services lorsque les systèmes de services sociaux sont gérés dans un but lucratif et reposent sur des principes patriarcaux et de ségrégation genrée. Étant donné qu'ils répondent à plusieurs besoins collectifs étroitement liés et qu'ils apportent une valeur socio-économique aux ménages, aux communautés, aux sociétés et aux économies, toutes les formes de services sociaux doivent être reconnues comme des services publics à part entière et être financées de manière adéquate et dûment réglementées afin de garantir un accès équitable à des services de qualité pour les usager.e.s et des conditions décentes pour les travailleurs.es, qu'ils soient formels ou informels, fournis par des prestataires publics, privés ou communautaires.



2. SERVICES SOCIAUX ET DE SOINS À LA PERSONNE LOCAUX

En tant qu'institutions publiques de première ligne devant répondre aux besoins immédiats des résident.e.s dans leurs juridictions, les ALR fournissent, financent, organisent, coordonnent et - dans une certaine mesure - réglementent directement ou indirectement de multiples formes de prestation de services sociaux sur leurs territoires. Ceux-ci peuvent revêtir plusieurs formes et être organisés pour travailler en coordination les uns avec les autres ; ou être intégrés dans des équipes hybrides pour répondre à des objectifs sociaux multiples, parmi lesquels figurent la garantie d'un traitement équitable et la cohésion sociale ; la garantie des droits humains et constitutionnels fondamentaux pour tous les citoyen.ne.s ; et la prise en charge des plus vulnérables. En fonction des dispositions nationales, régionales et municipales spécifiques, la prise en charge sociale peut inclure un large éventail de services, notamment :

- **Garde d'enfants** (c'est-à-dire jardins d'enfants, crèches, en général enfants de 0 à 6 ans, besoins spéciaux et soutien scolaire, etc.)
- **Soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées** (c'est-à-dire les foyers résidentiels de longue durée, les foyers communautaires et intergénérationnels, les services de soins à domicile et de soins infirmiers 24 heures sur 24, etc.)
- **Services de soins à domicile, d'aide ménagère, de transport et de loisirs** (c'est-à-dire restauration, livraisons à domicile, aide administrative à domicile, courses et transport, prise de rendez-vous médicaux, tâches ménagères, compagnie, loisirs et socialisation pour les personnes isolées ou non autonomes, etc.)
- **Services de santé et de soins infirmiers à domicile**
- **Soins aux adultes** (c'est-à-dire assurer et promouvoir l'autosuffisance et l'intégration socio-économique des personnes en situation de chômage de longue durée, sans domicile fixe, de maladie ou de handicap mental ou physique, etc.)
- **Services sociaux** (par exemple, soutien et orientation à domicile pour les nouveaux parents ; pour les parents et les jeunes en situation difficile ; orientation vers des services d'éducation/de réadaptation spécialisés ; accueil et intégration des migrants et des réfugiés ; soutien aux revenus et à l'endettement ; foyers pour les victimes de violences ou d'abus domestiques ; centres de désintoxication de drogues ; etc.)
- **Logement public et social**



Agents de santé communautaires en Afrique sub-saharienne

● Services d'emploi

Ils sont généralement canalisés par des unités de services de santé, de soins, d'éducation, de services sociaux et d'emploi et/ou par des consortiums de services intégrés.

Au cours des cinquante dernières années, la décentralisation a transféré une grande partie des compétences en matière de services sociaux aux ALR sans leur transférer les ressources financières et les pouvoirs nécessaires pour financer et doter en personnel leurs infrastructures physiques et sociales. Par conséquent, les déficits de financement des ALR et les mandats non financés ont joué un rôle clé dans la «commercialisation» et l'«individualisation» des différentes formes de prestation de services sociaux et d'accès à ces services, facilitant l'entrée d'opérateurs privés à but lucratif, d'investisseurs financiers et de capitaux privés. Cette approche s'est accompagnée du passage d'une approche collective et communautaire de la prestation de

services de soins à une approche «axée sur le consommateur» fondée sur les «choix individuels» des usager.e.s parmi les prestataires de services de soins concurrents.

Cette évolution est allée de pair avec l'adoption de réformes législatives nationales qui ont favorisé l'externalisation et la privatisation des services sociaux et de soins à la personne par le biais de mesures telles que l'obligation de lancer des appels d'offres pour les services de soins de longue durée, des réformes fiscales régressives et des subventions publiques accordées aux usager.e.s de services individuels sous la forme d'allocations ou de bons d'aide sociale destinés à payer les prestataires de soins publics ou privés. Aujourd'hui, même les gouvernements, les prestataires publics et les institutions internationales ont communément adopté l'expression «économie des soins» ou «industrie des soins» pour désigner une grande partie du secteur, adoptant ainsi une conception marchandisée de ces services publics vitaux.



Encadré 1 - Inégalité territoriale des services sociaux en Europe

En Europe, la décentralisation avec des mandats non financés et des lois favorables à la privatisation s'est surtout produite en Suède, aux Pays-Bas et au Danemark. Au Royaume-Uni, bien qu'il existe un service national de santé (NHS), les soins aux personnes âgées et d'autres services sociaux vitaux sont sous la responsabilité des conseils locaux. En 1991, le Royaume-Uni a introduit une règle de marché intérieur pour les administrations locales, obligeant les conseils locaux britanniques à externaliser 85 % de leurs services sociaux. En 2018, l'Autriche a supprimé la contribution fiscale du patrimoine privé aux soins résidentiels et le coût a été transféré aux autorités régionales. En Suède, la loi sur les collectivités locales de 1991 a facilité l'externalisation des services municipaux de soins aux personnes âgées à des organisations à but lucratif ou non. Plus tard, en 2009, la loi suédoise sur les «systèmes de libre choix» a utilisé des incitations pour forcer les municipalités à introduire des modèles de «choix du consommateur» dans les services municipaux de soins aux personnes âgées. En conséquence, les services de soins aux personnes âgées à but lucratif en Suède sont désormais concentrés dans les zones urbaines les plus riches, telles que la capitale Stockholm, tandis que les zones rurales sont encore largement desservies par des prestataires publics, ce qui reflète l'intérêt des opérateurs de soins à but lucratif à fournir des services aux zones économiquement les plus prospères du pays et entraîne une inégalité territoriale des services. En effet, selon EUROSTAT (2020), 69% des places en maison de retraite sont désormais concentrés dans le sud de la Suède, où les entreprises à but lucratif sont les plus actives. De même, en Allemagne, 57 % des places en maison de repos sont concentrés dans les quatre États les plus grands ou les plus prospères, et en Italie, 57 % se trouvent dans les trois régions les plus grandes et les plus prospères du Nord. Les disparités régionales sont particulièrement marquées en Croatie et en Lituanie. Le secteur à but lucratif porte une responsabilité dans cette répartition régionale inégale des services de soins à la personne. La multinationale française ORPEA a ciblé les régions riches de France, notamment l'Île-de-France (Paris), Provence-Alpes-Côte d'Azur (côte méditerranéenne), Nouvelle-Aquitaine. En Belgique, la plupart des cliniques ORPEA se trouvent dans les régions les plus riches de Bruxelles et de Flandre. En Espagne, 70% des cliniques ORPEA se trouvent dans la capitale Madrid.

Source : Lethbridge, J., *Privatising our Future : an overview of privatisation, marketisation and commercialisation of social services in Europe*, FSESP, juin 2021, pp. 4-5 et p. 10.

3. PRIVATISATION OU REMUNICIPALISATION DES SERVICES DE SOINS À LA PERSONNE ?

La pandémie de Covid a mis en évidence les failles de l'approche néolibérale et à but lucratif de la prestation de services de soins et son modèle injuste fondé, d'une part, sur l'exploitation d'une main-d'œuvre bon marché – composée en grande majorité de femmes en situation vulnérable - et, d'autre part, sur la mauvaise qualité et les inégalités de la prestation de services entre les usager.e.s et les territoires.

Le sous-financement, la mauvaise réglementation, l'absence de responsabilité, la mise en concurrence obligatoire des services sociaux et de soins, la privatisation, l'évasion fiscale, la précarité et l'exploitation des conditions de travail, ainsi que les campagnes de démantèlement syndical menées

par les multinationales du secteur des soins¹ ont sapé la qualité et l'accès aux services de soins, contribuant ainsi à des décès évitables parmi les usager.e.s et les travailleurs.es des services de soins. Des milliers de travailleurs.es et d'usager.e.s des services sociaux sont tombés malades et sont décédés, notamment dans des établissements privatisés de soins de longue durée pour personnes âgées. Si l'on considère que la majeure partie du financement des services privés de soins à la personne est constituée de ressources publiques, un système de services de soins à la personne qui repose sur des subventions publiques pour soutenir des prestataires de soins à but lucratif semble encore plus injuste et insoutenable.

Encadré 2 - L'échec des services de soins à la personne à but lucratif

Australie : des fonds publics pour des profits familiaux privés

Les six plus grandes entreprises familiales de soins aux personnes âgées d'Australie représentent une part importante et croissante du secteur des soins aux personnes âgées et méritent un examen plus approfondi. Ces six entreprises ont reçu plus de 711 millions de dollars de financement fédéral annuel pour exploiter 130 établissements, avec près de 12 000 lits. Plusieurs des plus grandes entreprises familiales de soins aux personnes âgées, détenues par certaines des familles les plus riches d'Australie, ont des structures d'entreprise complexes, entrelacées avec des trusts, qui semblent spécifiquement conçues pour éviter les impôts. Bien qu'elles reçoivent en moyenne près de 60 000 dollars par an et par résident.e, les informations publiques disponibles sur ces sociétés sont très succinctes. Ces sociétés familiales de soins aux personnes âgées mettent en évidence le manque de transparence et de responsabilité en matière de financement public dans le secteur des soins aux personnes âgées et illustrent clairement pourquoi des réformes simples sont nécessaires pour restaurer l'intégrité publique tant dans le secteur des soins aux personnes âgées que dans le système fiscal au sens large. S'il ne fait aucun doute que le secteur des soins aux personnes âgées nécessitera une augmentation du financement public, il ne fait pas de doute non plus que ces familles ont réalisé des profits considérables à partir d'un secteur financé par l'État.

Source : Ward, J., *All in the Family. Tax and financial practices of Australia's Family-owned aged Careompanies(AN)*, CICTAR 2019.



Danemark : Il est urgent de mieux réglementer les entreprises privées dans les services sociaux

Au Danemark, le rôle des entreprises privées à but lucratif en tant que prestataires de services sociaux (par exemple, la fourniture de logements pour les enfants et les adultes ayant des difficultés physiques ou mentales) a fait l'objet d'un vaste débat. FOA, affilié de l'ISP, a révélé plusieurs exemples de sociétés privées de services sociaux fournissant des services de mauvaise qualité alors que les propriétaires engrangent d'importants bénéfices en espèces. Un exemple concerne un très gros bénéfice tiré de la vente en 2017 de l'institution privée Søbækskolerne pour 18 millions d'euros (y compris un bonus spécial) à la multinationale Olivia A/S. L'institution fournit des services aux jeunes ayant des besoins spéciaux, à la fois des formations éducatives et des logements. Toutefois, la vente n'a pas transféré les actifs physiques, mais uniquement les obligations de fournir le service. L'ancien propriétaire peut ainsi continuer à percevoir un revenu important en louant les bâtiments au nouveau fournisseur.

Source : Enghausen, T., «[Problems without benefits? The Danish experience with outsourcing and remunicipalisation](#)», *The Future is Public*, TNI, 2019, p. 71.

Le triste bilan de la pandémie de Covid-19 au Canada : un record de décès dans les foyers de soins de longue durée

Parmi les pays riches, le Canada affiche le pire bilan en matière de décès dus au Covid dans les établissements de soins de longue durée : la proportion de décès dans les maisons de soins infirmiers représente 69 % de l'ensemble des décès dus au Covid au Canada, ce qui est bien supérieur à la moyenne internationale de 41 %.² Ces décès se sont produits en très grande majorité dans des établissements de soins de longue durée privés et à but lucratif (54 % de tous les établissements), où il existe des preuves accablantes de la qualité inférieure des soins, notamment la sous-formation et le mauvais traitement des travailleurs, des installations non conformes aux normes et vieillissantes, la surpopulation et les faibles capacités de contrôle des infections nosocomiales.³ Dans le même temps, Revera, le deuxième plus grand exploitant de maisons de soins privées au Canada, semble s'engager dans des pratiques agressives d'évasion fiscale.⁴

Source : Cibrario, D., Wegmann, V., *Access to quality local public services for all : a precondition to beat inequality*, GOLD VI Working Paper Serie #2, PSI-PSIRU, UCLG-KNOW, November 2021 (à paraître)

OCDE : subventions publiques pour les bénéficiaires des services sociaux et de soins privés

Bien que la combinaison des financements publics et privés varie considérablement d'un pays à l'autre, le financement public des soins est une condition préalable majeure au maintien de systèmes modernes de soins à la personne de longue durée. L'externalisation de la prestation - où le financement public est mobilisé par l'État et distribué aux prestataires de services plutôt que d'être effectué directement par l'État - est la caractéristique dominante de ce modèle. L'analyse des données de l'OCDE réalisée par Investigate Europe montre que 218 milliards d'euros de fonds publics sont versés chaque année aux opérateurs de maisons de soins, auxquels s'ajoutent 65 milliards d'euros de frais à la charge des résidents et des familles. Ce deuxième chiffre est toutefois très probablement une sous-estimation importante, car il ne reprend que les données de certains pays, exclut les soins informels et les divers coûts associés supportés par les bénéficiaires des soins et les familles.

Source : Floriek, K., *Rapport mondial sur les effets de la privatisation dans les services de soins de longue durée*, ISP, projet non publié, octobre 2021, p.3.

Une autre forme de privatisation des services sociaux et de soins : le développement du «philanthrocapitalisme»

La croissance du secteur dit «philanthrocapitaliste» a eu un impact majeur sur la fourniture de soins de santé et de services sociaux dans le monde au XXI^e siècle. Collectivement, les «fondations» philanthrocapitalistes dépensent jusqu'à 10 milliards de dollars par an. La plus grande partie de ces fonds est défiscalisée. On en compte plus de 200 000, dont environ 80 000 aux États-Unis et en Europe. Elles se développent également dans le Sud global avec 10 000 fondations au Mexique, 2 000 en Chine et 1 000 au Brésil. La majorité de ces fondations s'occupent de santé et d'aide sociale et/ou de réduction de la pauvreté en général. Les ONG mondiales et les organismes internationaux comme l'OMS, l'ONU, l'UNICEF et d'autres ont toujours collaboré avec les conglomérats de l'industrie de la santé pour promouvoir ce programme axé sur les PPP. La dépendance à l'égard des services philanthropiques et «volontaires» à but non lucratif pour fournir des services publics vitaux tels que la santé et les soins à la personne est très discutable du point de vue des droits humains, car elle a facilité la privatisation et l'exploitation des travailleurs.es et empêche sans doute la mise en place de services publics modernes et formels de santé et de soins à la personne équitablement accessibles à tous.tes.

Source : Humber, L., *Health and Social Care Workers and the Crisis of Capitalism(AN)*, ISP, septembre 2020, p. 12.

L'échec patent des services privés de santé et de soins, conjugué à l'indignation publique suscitée par les images insoutenables de patient.e.s dans des hôpitaux débordés et de personnel soignant épuisé, ainsi que l'injustice intrinsèque de genre, sociale et raciale autour de laquelle ce service vital est actuellement structuré, ont enhardi les demandes de la population

visant à rendre les services de soins à la personne aux mains du secteur public. Les travailleurs.es et leurs syndicats ont joué et continuent de jouer un rôle essentiel dans la sensibilisation à la valeur socio-économique des services sociaux et de soins à la personne et à leur reconnaissance en tant que service public à part entière.

Encadré 3 - Reprise des services sociaux en interne

Danemark : externalisation des services de soins pour éviter de nouvelles faillites

Depuis 2013, le Danemark a connu 54 faillites dans les services de soins aux personnes âgées, touchant plus de 13 000 citoyen.ne.s et bien plus de 2 000 employé.e.s. Depuis 2003, les municipalités sont tenues par la loi de proposer d'autres options de services municipaux de soins à domicile pour les personnes âgées (ce que l'on appelle le «libre choix»). Le degré d'externalisation varie d'une municipalité à l'autre car il dépend du nombre de citoyen.ne.s qui optent pour des fournisseurs privés. Il faut voir cela à cause d'un changement législatif de 2013, qui a encouragé les municipalités à donner aux personnes âgées le «libre choix» entre les opérateurs privés et publics de soins à domicile par le biais d'appels d'offres. Mais comme effet secondaire, cette législation a multiplié les faillites de prestataires de soins privés. Depuis le début de cette vague de faillites, de nombreuses municipalités sont revenues à l'«ancien» modèle public, dans lequel la municipalité est le principal prestataire de soins aux personnes âgées et où la concurrence s'exerce en termes de qualité et non de prix.

Source : Enghausen, T., "[Problems without benefits? The Danish experience with outsourcing and remunicipalisation](#)", *The Future is Public*, TNI, 2019.





Canada : La Saskatchewan réalise un investissement public substantiel dans les soins de longue durée à la suite de la pandémie de Covid

Le Canada a enregistré le plus mauvais score de décès dus au Covid-19 dans les services de soins aux personnes âgées dans le monde. Quatre décès sur cinq ont concerné soit les résidents.e.s, soit le personnel d'une maison de soins de longue durée, en grande partie gérée par des entreprises privées, dont certaines pratiquent [activement l'évasion fiscale, comme Revera](#)(AN). En 2020, le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) a lancé la campagne nationale «[Fix Long Term Care \(Repenser les soins de longue durée maintenant\)](#)» pour retirer le profit dans les soins de longue durée aux personnes âgées, en demandant au gouvernement canadien de prendre en charge et d'investir dans les maisons de soins de longue durée pour personnes âgées et de fixer une norme nationale de qualité de service et des conditions de travail sûres et décentes pour le personnel dans toutes les provinces canadiennes. La campagne a contribué à la décision du gouvernement de la Saskatchewan, en 2021, d'investir 80 millions de dollars canadiens dans les soins de longue durée, en commençant par la municipalisation de deux établissements grâce à un investissement public substantiel ; de planifier 82 projets de renouvellement et 13 nouveaux foyers publics de soins pour personnes âgées dans les zones rurales et éloignées de la province.⁵

Malgré les preuves irréfutables que la gestion des services sociaux et de soins à but lucratif n'est pas la bonne solution, certaines collectivités territoriales à court d'argent, confrontées à l'extraordinaire manque à gagner de l'après-Covid et à des gouvernements pro-austérité, cherchent à faire avancer la privatisation des services sociaux et de soins. C'est le cas de la Flandre (Belgique), où l'affilié de l'ISP [CGSP-ALR se](#)

[bat contre les plans du gouvernement flamand visant à privatiser le secteur public](#) des soins à la personne. L'ISP et ses alliés ont également lancé une [campagne internationale visant à «reconstruire l'organisation sociale des soins»](#), articulée autour de cinq demandes clés, parmi lesquelles la «reprise» des services de soins par le secteur public est un élément essentiel.



4. DROIT DU TRAVAIL ET CONDITIONS DE TRAVAIL DES TRAVAILLEURS.ES SOCIAUX

Les services sociaux et d'aide à la personne sont à forte intensité de main-d'œuvre, car il s'agit de fournir des services qui impliquent principalement des formes d'interactions humaines, personnalisées et en face à face (par exemple avec les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et vulnérables, etc.) La qualité des relations interpersonnelles, l'attention, le temps et l'empathie qui sont consacrés aux soins à *la personne* font souvent toute la différence dans la qualité des services et dans la vie des usager.e.s.

Cependant, les services de soins peuvent également être à forte intensité de capital lorsqu'ils nécessitent des infrastructures physiques, telles que des jardins d'enfants, des maisons de soins de longue durée, des résidences communautaires et des parcs de logements publics/sociaux ou des

équipements spécifiques (par exemple, des appareils médicaux, des fauteuils roulants, des véhicules, etc.) L'investissement dans les infrastructures pour les services de soins à *la personne* à forte intensité de capital représente une opportunité de profit supplémentaire pour les entreprises, les investisseurs privés et immobiliers, car ils s'approprient et louent ensuite les installations et les équipements liés aux services à des prix beaucoup plus élevés, tant pour les prestataires que pour les usager.e.s des services de soins de proximité.

L'intensité en main-d'œuvre et en capital des services sociaux formels, conjuguée aux déficits de financement des ALR, à des décennies de coupes d'austérité et au désengagement des services publics locaux, ainsi qu'à une hausse mondiale de la demande de services sociaux⁶ (par exemple,





© Shutterstock

en raison de la croissance démographique, de l'allongement de l'espérance de vie, de l'augmentation de l'incidence des maladies dégénératives, de l'accroissement des inégalités socio-économiques, du passage des ménages élargis aux ménages nucléaires, de l'accès des femmes au marché du travail, etc.) s'est traduite par un retrait progressif des prestataires publics de services sociaux et par l'arrivée d'opérateurs à but lucratif, d'investisseurs privés et de prestataires communautaires/«sans but lucratif». Cette transformation a eu un impact majeur sur l'emploi et les conditions de travail des professions des services sociaux.

Comme les services de soins à *la personne* ne peuvent pas être fondamentalement digitalisés, la réduction du coût de la main-d'œuvre est le principal élément sur lequel les opérateurs privés augmentent leurs bénéfices et versent des dividendes aux actionnaires. Il en résulte des travailleurs.es sociaux faiblement rémunérés, en grande majorité des femmes migrantes, occupant des emplois précaires avec un accès limité ou inexistant à la couverture de la négociation collective et aux droits syndicaux, et avec une formation professionnelle insuffisante dans les différentes professions du secteur social.

Comme le démontre le nombre impressionnant de décès constatés dans les établissements privatisés de soins de longue durée pour personnes âgées, la sécurité et la santé au travail (SST) constituent un problème majeur. La réduction du coût de la main-d'œuvre se traduit directement par une diminution des ratios travailleurs.es/patient.e.s/usager.e.s et par le suivi et le contrôle en temps réel du temps de travail grâce à des outils numériques, de sorte que les rendez-vous des soignant.e.s soient maximisés et le temps «non rentable» minimisé - y compris le temps essentiel nécessaire à la socialisation et à l'interaction humaine avec les usager.e.s et les patient.e.s. La violence des tiers est également un problème majeur (par exemple, les usager.e.s toxicomanes), en particulier lorsque les équipes de travailleurs.es sont réduites à l'essentiel.

Il en résulte un niveau élevé de fatigue et d'épuisement professionnel chez les travailleurs.es, des accidents de parcours entre les rendez-vous, des problèmes psychosociaux liés au manque de contrôle sur son temps et ses tâches, ainsi qu'une dépersonnalisation et une déshumanisation de la relation de soins qui est l'essence même de la qualité des services de soins à *la personne* et de l'éthique et du profes-

sionnalisme des travailleurs.es. Lorsque des prestataires privés fournissent des services d'aide sociale - y compris certains prestataires «à but non lucratif» - on constate une forte incidence des «heures sans contrat» et des emplois précaires.

En outre, lorsqu'il existait des conventions collectives (CC) pour le secteur, la privatisation et l'externalisation ont largement contribué à fragmenter la couverture des CC publiques/privées/et à but non lucratif et la négociation collective est ramenée au niveau du lieu de travail individuel, ce qui

sape le pouvoir de coordination des CC. En conséquence, les conditions et les salaires sont souvent moins bons dans les services de soins à la personne à but lucratif et à but non lucratif/communautaire. Cette situation a contribué à éloigner de nombreux travailleurs.es des professions de l'aide sociale à un moment où l'on a le plus besoin d'elles. Rien que dans les 27 pays de l'UE, plus de 421 000 travailleurs.es du secteur des soins résidentiels ont quitté le secteur.⁷

Encadré 4 : Les défis du travail dans le secteur des soins à la personne

La fragmentation des employeurs dans les services sociaux de l'UE

Le secteur des soins tend à être fragmenté et à dépendre d'une multitude d'acteurs. Si certains soins sont encore dispensés par des membres de la famille (en grande majorité des femmes), la plupart des soins à la personne sont désormais assurés par l'État-providence. (...) Au sein d'un même pays, voire d'une même localité, les soins aux personnes âgées peuvent être dispensés par des entités du secteur public ainsi que par des organisations privées à but non lucratif (telles que des organisations caritatives religieuses), de petites entreprises privées à but lucratif et de grandes sociétés de soins multinationales. Certaines de ces dernières sont dirigées par des sociétés de capital-risque ou des fonds d'investissement privés. Le système de soins anglais, qui compte 18 500 employeurs dans près de 40 000 établissements, est un exemple de secteur extrêmement fragmenté et disparate. Seuls cinq prestataires représentent près d'un cinquième du secteur, dont trois sont financés par des fonds de capital-investissement.

Source : Pelling, L., [Sur la ligne de front de Corona. L'expérience des travailleurs sociaux dans neuf pays européens - Rapport de synthèse](#), Kommunal, Arenaidé, FES, 2021, p. 5.





Royaume-Uni : utiliser les caractéristiques des marchés publics pour garantir des conditions de travail décentes dans les services d'aide sociale

Sur fond d'abus et d'exploitation des travailleurs.es sociaux par des prestataires privés et «à but non lucratif» auxquels les conseils locaux britanniques ont dû sous-traiter les services sociaux, le syndicat britannique de la fonction publique UNISON encourage depuis 2012 les conseils locaux à adhérer à la [Charte éthique des soins d'UNISON\(AN\)](#). Cette charte vise à établir une base minimale pour la sécurité, la qualité et la dignité des services et des travailleurs.es du secteur des soins, en garantissant des conditions d'emploi qui ne pénalisent pas systématiquement les usager.e.s et en assurant le recrutement et la fidélisation d'une main-d'œuvre plus stable grâce à des niveaux de rémunération, de conditions et de formation plus durables. L'engagement envers la Charte implique de payer le [salaire de subsistance de la Living Wage Foundation\(AN\)](#), de renoncer à l'utilisation de contrats de zéro heure, d'accepter que le temps de déplacement soit du temps de travail rémunéré et que le temps de soins alloué aux usager.e.s corresponde à leurs besoins réels, et non au planning du prestataire. Les conseils qui adhèrent à la charte sont régulièrement publiés sur le site web d'UNISON. Pourtant, le [contrôle par les conseils locaux du respect des exigences de la Charte par leurs prestataires\(AN\)](#) s'est avéré difficile.

Source : UNISON, [UNISON exhorte les conseils à veiller à ce que le personnel soignant soit correctement rémunéré](#), 9 novembre 2021.



Garderie d'enfants

5. LES FEMMES, LES SERVICES SOCIAUX ET LA VILLE

Dans les économies où les femmes ont de plus en plus intégré la main-d'œuvre rémunérée et où l'on est passé des formes traditionnelles de familles élargies à des ménages d'une seule personne, la demande de services d'aide sociale formalisés a augmenté. Quoi qu'il en soit, l'organisation sociale historique des soins perpétue la sous-évaluation du travail et l'exploitation d'une main-d'œuvre essentiellement féminine, et souvent migrante. Les femmes sont très majoritairement représentées dans les services de soins, tant dans les pays en développement que dans les pays développés. Elles sont souvent racisées, peu qualifiées et en situation de vulnérabilité multiple, notamment en raison de leur faible rémunération et de leurs conditions de travail précaires.

Ce sont elles qui ont dû majoritairement supporter l'essentiel du fardeau humain, social et économique de la pandémie, tant à la maison que sur le lieu de travail, et ce gratuitement ou quasiment, une exploitation de masse de fait qui se poursuit encore. Dans de nombreux pays, le secteur formel de l'aide sociale et les institutions publiques s'appuient massivement sur la main-d'œuvre bon marché fournie par les femmes exerçant des professions d'aide sociale au sein du foyer ou fournissant des services à la communauté.





Encadré 5 - L'exploitation des femmes dans les services d'aide sociale formels et informels

Les agents de santé communautaires en Asie du Sud

Les agents de santé communautaires (ASC) jouent un rôle essentiel dans la fourniture de soins de santé primaires, l'information et la sensibilisation, et la facilitation de l'accès aux soins de santé publique pour des centaines de millions de personnes en milieu rural. En Asie du Sud, et dans d'autres régions du monde, les agents de santé communautaire - également connus sous le nom d'ASHA (Accredited Social Health Activists) en Inde, de Lady Health Workers au Pakistan et de Female Community Health Volunteers au Népal - sont presque exclusivement des femmes qui doivent accomplir ce travail vital sans être reconnues comme des agents de santé publique et sans recevoir un salaire adéquat. Dans tous les pays, à l'exception du Pakistan, les ASC se voient refuser le droit de recevoir un salaire minimum. Les gouvernements ont salué les ASC comme des « combattants contre le COVID-19 », mais ils ont régulièrement omis de leur fournir un EPI adéquat, une formation, un salaire équitable ou un soutien. Leurs demandes répétées de fourniture de kits de sécurité, de masques et de désinfectants lors des visites et enquêtes de COVID-19 ont été rejetées par les autorités. Les syndicats représentant les ASC ont documenté une série de menaces et de violations subies pendant la pandémie. Les ASC sont confrontés à des risques accrus d'infection, à de longues heures de travail, à la détresse psychologique, à la fatigue, à l'épuisement professionnel, à la discrimination et au harcèlement physique et psychologique. De nombreux ASC ont déclaré ne pas avoir été payés pendant la pandémie. Bon nombre de ces travailleurs.es fournissent des services publics au niveau municipal/national. Source : ISP, [Community Health Work is Work!](#) (AN) (*La santé communautaire, c'est du travail !*) Campagne mondiale, 2020

Le travail social non rémunéré des femmes : données du Royaume-Uni

On estime que 16,4 milliards d'heures sont consacrées (quotidiennement) à des soins non rémunérés, soit l'équivalent de 2 milliards de personnes occupant des emplois de 8 heures. Les femmes effectuent 76% de ce travail dans le monde. Au Royaume-Uni :

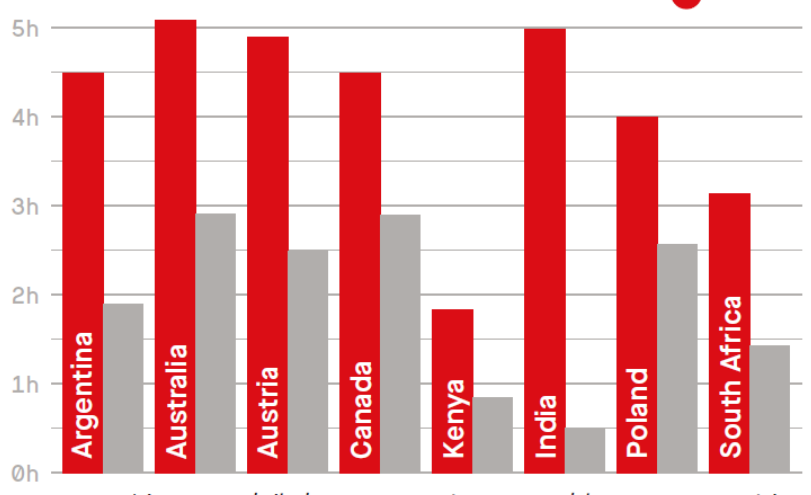
- * Sur les 6,5 millions d'aidants non rémunérés au Royaume-Uni, 58%, soit 3,34 millions, sont des femmes.
- * La valeur économique des soins non rémunérés fournis par les femmes au Royaume-Uni est estimée à 77 milliards de livres par an.
- * Les aidants féminins sont plus susceptibles de fournir des soins "24 heures sur 24", puisque 60 % des personnes s'occupant d'un enfant plus de 50 heures par semaine sont des femmes.
- * Les femmes sont plus susceptibles d'être des aidants "sandwichs" - s'occupant en même temps de jeunes enfants et de parents âgés.
- * La prise en charge incombe particulièrement aux femmes de 40, 50 et 60 ans. 1 femme sur 4 âgée de 50 à 64 ans a des responsabilités de soins à des proches âgés ou handicapés.
- * Les femmes âgées de 45 à 54 ans sont plus de deux fois plus susceptibles que les autres aidants d'avoir réduit leurs heures de travail en raison de leurs responsabilités d'aidant.

Source : Dr. Humber, L., [Health and Social Care Workers and the Crisis of Capitalism](#), PSI, septembre 2020, p. 26-27

ÉCART ENTRE LES GENRES DANS LE TRAVAIL DOMESTIQUE ET DE SOINS NON RÉMUNÉRÉ

EN MOYENNE PAR JOUR*

● Hommes
● Femmes



*Average daily hours are not comparable across countries due to methodological differences in time use surveys.
Sources: (ILO, 2018) and (Statistics South Africa, 2013)

Source : ISP, [The Social Organisation of Care: A Global Snapshot](#) (L'organisation sociale des soins : Un aperçu global), octobre 2021 p.9

Les services d'aide sociale génèrent indéniablement une valeur socio-économique dont la valeur monétaire et immatérielle a longtemps été négligée par l'économie orthodoxe néolibérale et peut difficilement être saisie par les mesures du PIB, des revenus et du retour sur investissement (RSI) généralement utilisées par les opérateurs privés. La présence massive de femmes dans le secteur des soins, tant dans les services formels qu'informels, et l'empreinte patriarcale encore dominante qui sous-tend l'organisation des services de soins dans nos sociétés ont fait que le travail social de soins a été sous-évalué et sous-payé, ou carrément censé être fourni gratuitement par les femmes dans leur famille et dans leur communauté locale en raison des croyances et attentes traditionnelles liées au genre concernant le rôle des femmes dans le ménage et la société. Depuis des siècles, les économies nationales, les institutions publiques, les communautés et les ménages ont collectivement profité du travail bon marché ou non rémunéré de générations de femmes. Cependant, les groupes progressistes d'ALR adoptent une approche différente des services sociaux et de soins à la personne et transforment leurs services sociaux locaux à partir d'une approche féministe et intégrée afin de s'assurer qu'ils «prennent soin de ceux qui prennent soin», comme dans le cas de Bogotá (Colombie), Barcelone (Espagne) et Mexico (Mexique).





Encadré 5 - Le système de soins de district de Bogotá («Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá»)

Le système de soins du district de Bogotá est un ensemble de services, de réglementations, de politiques et d'actions techniques et institutionnelles qui vise à reconnaître, redistribuer et réduire le travail de soins, en le considérant comme une fonction sociale nécessaire à la vie quotidienne des personnes et au fonctionnement de la société. Bogotá compte une population féminine de 4 millions de personnes. Parmi ces femmes, 30% (1,2 million) se consacrent principalement au travail de soins non rémunéré et manquent donc d'indépendance financière et de temps pour participer aux activités politiques, au bien-être personnel ou au développement professionnel.

Ces femmes appartiennent aux secteurs les plus vulnérables de la société :

- * 90% d'entre elles ont un faible revenu.
- * 70% de ces femmes n'ont pas étudié au-delà du lycée.
- * 33% sont privées de temps libre pour prendre soin d'elles-mêmes.
- * 21% souffrent de problèmes de santé physique et mentale.

Si le travail de soins non rémunéré était payé, il représenterait 13% du PIB de Bogotá et 20% du PIB de la Colombie.

Depuis octobre 2020, le système de soins du district a fourni 26 187 services à des femmes, des enfants, des personnes âgées, des personnes handicapées ou des membres de la famille des aidants (jusqu'au 15 septembre 2021). L'innovation de notre système réside dans le fait de fournir simultanément des services à la fois aux aidants et aux personnes ayant besoin de soins. Il s'agit d'une solution innovante, adaptée au contexte, à un défi de taille, qui utilise une modalité radicale de «facilité d'accès» à un niveau qui n'a jamais été testé auparavant. Les services les plus demandés sont les services éducatifs (51% de l'ensemble des services).

Le système dispose de trois nouveaux modes de prestation de services : les blocs de soins, les bus de soins et un programme de soins en porte-à-porte :

- * **Blocs de soins** : Ils introduisent un nouveau critère pour l'urbanisme de la ville qui place les aidants et le travail de soins au centre et organise la ville pour répondre aux besoins des populations, au lieu de l'inverse. Chez Care Blocks, nous fournissons des soins professionnels à ceux qui en ont besoin, tout en offrant simultanément des services éducatifs et de loisirs à leurs aidants féminins dont le temps est libéré.

Nous proposons également «Care School for Men» (*Ecole sociale pour hommes*) où les hommes apprennent à cuisiner, faire la lessive, repasser, etc., dans le but de redistribuer les tâches au sein du foyer. Les emplacements du Care Block garantissent que les services sont accessibles en 15 à 20 minutes de marche, dans un rayon de 800 mètres (0,5 miles). Les aidants peuvent accéder à des services éducatifs ou de bien-être pendant que des professionnels recrutés par l'État s'occupent des personnes dont ils ont la charge.

Actuellement, nous avons 7 blocs de soins, notre objectif est d'ouvrir 19 blocs d'ici décembre 2023 (cela dépend de l'approbation de la commission intersectorielle du système de soins). Le fonctionnement d'un bloc de soins par an coûte 4,7 millions de dollars.

- * Les bus de soins : la version mobile des Care Blocks, pour ceux qui vivent loin des Care Blocks et dans les zones rurales ou difficiles d'accès. Un tiers de l'ensemble des services offerts par le Système sont ont été proposés par les bus. Les bus de soins garantissent que les aidants ruraux et paysans aient accès aux services de soins (pour la première fois). Ceci est particulièrement important car les femmes soignantes dans les zones rurales de Bogotá, consacrent plus de temps au travail de soins et manquent souvent de services de base comme l'eau courante ou l'électricité. Les bus de soins sont équipés d'installations qui fournissent des services similaires à ceux des blocs de soins, garantissant ainsi des services pour ceux qui fournissent des soins et ceux qui en ont besoin, simultanément.

À ce jour, nous disposons de 2 Bus de Soins. L'exploitation d'un Bus de soins par an coûte 530 000 USD.

- * Soins en porte-à-porte : 14% des aidants féminins à temps plein ne peuvent pas accéder aux Care Blocks ou aux Care Buses en raison des conditions des personnes dont elles s'occupent, principalement des personnes gravement handicapées, pour lesquelles sortir de chez elles n'est pas envisageable.

Le service «Door-to-Door» fournira des services à cette population spéciale dans leurs propres foyers, garantissant ainsi leur accès au système.

Source : Sistema Distrital de Cuidado Bogotá, (Système de soins de district), Metropolis, [Cities for Global Health](#), Base de données, 2021



6. L'AVENIR DES SERVICES SOCIAUX DE PROXIMITÉ

Au fur et à mesure qu'augmente le besoin de services d'aide sociale plus intégrés et holistiques, en lien étroit avec les résident.e.s et les usager.e.s, et que les défis de l'inégalité territoriale des services causés par le sous-financement et la privatisation deviennent évidents, de nombreuses ALR s'associent à des organisations communautaires et à but non lucratif (dans le cadre de ce que l'on appelle les [public-community collaborations](#) (*collaborations public-communauté*) pour fournir des services d'aide sociale de qualité en lien étroit avec les communautés locales, tout en déléguant et en supervisant la prestation par le biais de spécifications stratégiques de marchés publics, sans nécessairement entrer dans des processus de privatisation à part entière.

Pendant la pandémie de Covid, certaines ALR ont expérimenté des formes inno-

vantes de prestation de services de soins à la personne en redéployant rapidement les travailleurs.es dans des équipes mobiles interservices ou en créant de nouvelles formes de soins à la personne. Par exemple, la mise en place d'équipes multidisciplinaires composées de travailleurs.es des services sociaux, des soins de santé et du logement public a été une expérience réussie dans certaines villes, car elle a permis d'identifier et d'aider rapidement les sans-abri et de les mettre en sécurité. Si les formes innovantes de services de soins intégrés impliquant la communauté peuvent être très précieuses, il convient de veiller tout particulièrement à ce que les conditions des travailleurs.es employés dans les organisations communautaires et sans but lucratif qui font équipe avec les ALR pour fournir des services de soins à la personne soient décentes et sûres.

Encadré 6 - L'avenir des services sociaux locaux intégrés

Centre de soins de Barcelone («Barcelona Cuida») : un espace d'information et d'orientation pour les usager.e.s et les prestataires de services de soins.

Le Centre de soins de Barcelone est un centre pionnier qui vise à présenter toutes les ressources de soins existantes dans la ville et à les rendre accessibles à tous. Il vise à être au premier plan pour fournir au grand public des informations sur tous les services et ressources du territoire, et pour promouvoir l'échange et le travail en réseau. Les soins sont un concept très large qui comprend toutes les activités menées en réponse aux besoins physiques, psychologiques et émotionnels d'une ou plusieurs personnes, tant dans la sphère privée que dans la sphère publique ; mais avant tout, les soins sont une activité que certaines personnes mènent pour aider d'autres personnes. Par conséquent, le travail de soins est inclus dans un certain nombre de programmes, d'actions et d'installations de la ville, et il existe un large éventail de personnes et de groupes impliqués dans la prestation et la réception de ces soins.

Le centre a pour objectif de devenir :

- * Un point d'information et d'orientation complet sur les ressources existantes sur le territoire.
- * Un lieu où toutes les personnes impliquées dans le travail de soins dans la ville peuvent se rencontrer et interagir.
- * Un lieu où les particuliers, les professionnels et les organisations peuvent se coordonner et se mettre en réseau.
- * Un centre qui informe les habitant.e.s de la ville et les sensibilise au travail de soins.

Source : Municipalité de Barcelone, [Barcelona Care Centre, un espace d'information et d'orientation](#), 2021

Belgique : faire face au changement climatique dans le secteur des soins de santé

Fournir des services d'aide sociale est déjà un travail difficile en soi. L'impact de la crise climatique se faisant déjà sentir dans le monde entier, les prestataires de services d'aide sociale doivent anticiper et atténuer les effets négatifs et assurer la continuité des services dès à présent. Lors des inondations à Liège (Belgique) durant l'été 2021, le personnel n'a pu se rendre sur leur lieu de travail car certains hôpitaux étaient inaccessibles. En Belgique, les autorités locales chargées de l'aide sociale collaborent avec les syndicats pour réaménager les établissements de soins, qualifier et équiper les travailleurs.es sociaux pour aider les usager.e.s à faire face aux crises et prévoir la poursuite des services en cas de catastrophe climatique. Le plan comprend une phase de vigilance au cours de laquelle la sensibilisation des groupes vulnérables est renforcée, une phase d'alerte (lorsque la température atteint 28 °C) au cours de laquelle des mesures sont prises et une phase d'alarme. En Belgique, les régions sont responsables des phases 1 et 2. L'Agence flamande pour les soins et la santé communique avec les institutions de soins. La plupart des établissements de soins de santé en Flandre travaillent avec leur propre plan thermique, généralement inspiré de l'initiative du plan national. Le respect du plan thermique national n'est contrôlé que dans les centres de soins résidentiels.

Source : CSI-Reset Vlandereen, [Coping with climate change in the care sector. A workers' Guide](#) (Faire face au changement climatique dans le secteur des soins. Un guide pour les travailleurs), 2021, pp. 4,6

Envisager une future approche intégrée des soins municipaux à New York

«Un département municipal de soins pourrait s'assurer que les ordures soient ramassées et que les fosses d'arbres soient désherbées. Il pourrait rémunérer des adolescents pour qu'ils s'occupent des espaces publics et leur enseigner des compétences en matière d'intendance. Il s'occuperait des personnes âgées en cas de canicule et des habitants des appartements en sous-sol en cas d'inondation. Un département de soins commencerait par demander (...) : «De quoi avez-vous besoin ? Qu'espérez-vous voir changer ? Comment pouvons-nous y parvenir ? Le département des soins n'existe pas encore, mais le concept de soins comme moteur de la planification urbaine fait déjà son chemin. La pandémie a révélé la quantité de travail nécessaire pour s'occuper des enfants, des soins de santé, de l'entretien des rues et des parcs, et de la maintenance technologique. Une fois que les populations l'ont constaté, il est difficile de ne pas voir le besoin en soins. Dans un contexte architectural, l'attention relie le travail de nettoyage à la conception des surfaces à nettoyer, l'infrastructure physique aux services sociaux pour ses usager.e.s, le paysage à la santé mentale. Le besoin en soins peut être démontré par des organigrammes et par l'organisation, en servant de la nourriture et en réservant des terrains pour la cultiver, en créant des espaces publics et en formant les populations à en prendre soin. (...) Le département des soins (...) coordonnerait les services entre les agences existantes, y compris la santé, l'assainissement et le transport, et ferait équipe avec les responsables communautaires. Une telle agence comblerait les lacunes, en aidant à l'obtention des permis, en coordonnant les régimes de nettoyage, en assurant la liaison avec les groupes locaux qui pourraient fournir des services aux jeunes ou aux personnes sans logis (...). *La prise en charge est plus complète que l'entretien, (...) elle englobe les interactions et la dynamique sociales, les pratiques culturelles*».

Source : Extrait de Lange, A., ["What it means to design a space for 'Care'", Bloomberg City Lab, 4 novembre 2021.](#)





7. CONCLUSIONS

La crise de COVID a révélé combien le travail dans les services sociaux fondamentaux n'est pas un «devoir de femme» ou un «marché de consommateurs», mais un service public vital qui doit être équitablement accessible pour tous. Elle a également montré comment l'organisation néolibérale et à but lucratif des services sociaux a collectivement laissé tomber les usager.e.s, les ménages, les communautés et les travailleurs.es. Les travailleurs.es sociaux du monde entier sont depuis longtemps privés d'équipements de protection individuelle adéquats et de sécurité et de santé au travail (SST) ; ils.elles ont souffert du manque de personnel et de la précarité du travail ; ils.elles ont été exploités et non reconnus. Pourtant, ils.elles ont continué à fournir des services vitaux aux plus vulnérables, souvent dans des conditions extrêmement difficiles et au prix de leur propre vie.

Alors que de plus en plus de services d'aide sociale sont nécessaires chaque jour dans le monde entier - y compris pour sauvegarde de la planète et de la nature - il est urgent de jeter de nouvelles bases pour remodeler l'organisation sociale des soins. Le professionnalisme et le sacrifice des travailleurs.es sociaux tout au long de la pandémie ont été

reconnus et des hommages institutionnels et sociétaux rendus aux travailleurs de la santé et aux autres travailleurs de première ligne. Mais cette reconnaissance doit encore se traduire par des mesures concrètes pour éviter l'effondrement de nos systèmes sociaux et de soins à la personne - y compris des investissements publics substantiels dans l'infrastructure physique et sociale des soins, les droits du travail, des conditions de travail et des salaires décents pour les travailleurs.es sociaux.

Cependant, cette prise de conscience a déclenché un débat mondial sur la nécessité de reconstruire d'urgence une organisation sociale différente des services liés aux soins, qui doivent être publics et sans but lucratif. Pour répondre aux besoins multiples et complexes en soins à la personne qui se profilent, ils doivent également être ancrés dans l'équité et la qualité pour les usager.e.s et offrir un travail décent. Pour faire de cette vision une réalité, les services d'aide sociale doivent être repris, valorisés et financés de manière adéquate en tant que services publics vitaux à part entière, et être conçus dans une perspective inclusive des usager.e.s, des travailleurs.es, dans une perspective féministe et intersectionnelle.



© Brigitte Verzorgende

Notes

Floriek, K., Rapport mondial sur les effets de la privatisation dans les services de soins de longue durée, ISP, projet non publié, octobre 2021.

Ireton, J., “Canada’s nursing homes have worst record for COVID-19 deaths among wealthy nations : report”, 30 mars 2021 <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/canada-record-covid-19-deaths-wealthy-countries-ci-hi-1.5968749>

Webster, P., “COVID-19 highlights Canada’s care home crisis”, The Lancet, 16 janvier, 2021, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00083-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00083-0/fulltext)

CICTAR, Tax Dodging by a Canadean Crown Corporation ; Revera Living Making a Killing, janvier 2021 <https://cictar.org/wp-content/uploads/2021/01/Revera-Report-7-1.pdf>

_ Cibrario, D., Contribution spéciale 1.4 : «[Remettre en cause des décennies de privatisation et de désengagement des services publics](#)», Spotlight on Sustainable Development 2021.

En 2015, 2,1 milliards de personnes avaient besoin de soins. D’ici 2030, on prévoit que 2,3 milliards en auront besoin.

Dr. Humber, L., [Health and Social Care Workers and the Crisis of Capitalism](#), PSI, septembre 2020 p.26

_ Florek, K., [Resilience of the Long-Term Care Sector. Les principales leçons tirées de la pandémie de Covid-19](#), FSESP, octobre 2021





**INTERNATIONALE
DES SERVICES PUBLICS**

La fédération syndicale internationale des travailleurs/euses des services publics

45 AVENUE VOLTAIRE, BP 9
01211 FERNEY-VOLTAIRE CEDEX
FRANCE

TEL: +33 4 50 40 64 64
COURRIEL: PSI@WORLD-PSI.ORG
WWW. PUBLICSERVICES. INTERNATIONAL

L'Internationale des Services Publics est une fédération syndicale internationale qui regroupe plus de 700 syndicats représentant 30 millions de travailleurs/euses dans 154 pays.

Nous faisons entendre leur voix auprès des Nations Unies, de l'OIT, de l'OMS et d'autres organisations régionales et mondiales. Nous défendons les droits syndicaux et du travail et luttons pour l'accès universel à des services publics de qualité.