



**Mémoire au Comité permanent des ressources humaines, du développement
des compétences, du développement social et de la condition des personnes
handicapées (HUMA) :**

**Étude sur les pénuries de main-d'œuvre, les conditions de travail et
l'économie des soins**

Soumis par :

Fondation canadienne des femmes

Avril 2022

La qualité des soins : le travail décent et la main-d'œuvre genrée et racisée de l'économie des soins

Un secteur des soins fracturé

La pandémie de COVID-19 a suscité une reconnaissance nationale du fait que le travail de soins est essentiel à la vie quotidienne et à l'économie, tout en mettant en lumière les fractures et les lacunes dans les services de soins au Canada. Alors que le travail de soins s'est révélé essentiel pour contenir la pandémie, réduisant ses effets et assurant la continuité des services essentiels, on lui attribue aussi, paradoxalement, une faible valeur sociale.

Une grande partie de l'économie des soins repose sur une main-d'œuvre largement sous-payée, composée de façon disproportionnée de nouveaux immigrants, de travailleurs migrants et de femmes noires et racisées¹. Des décennies de négligence et de privatisation ont miné l'économie des soins au Canada et nuï aux droits et au bien-être de cette main-d'œuvre, qui est en grande majorité genrée et disproportionnellement racisée. L'urgence pandémique, qui a souligné la nécessité économique et sociale des soins, a créé une occasion de garantir un travail décent aux travailleurs du secteur des soins et la prestation de soins de grande qualité aux collectivités.

Le gouvernement fédéral peut saisir cette occasion pour jouer un rôle de chef de file dans l'ensemble du secteur des soins et stimuler une infrastructure sociale essentielle par des investissements liés aux soins sans but lucratif et par le respect des normes en matière de travail décent et de soins pour tous les résidents du Canada. En collaboration avec ses homologues provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral pourrait tirer parti de l'intérêt accru du public pour créer des emplois décents dans les services de soins, ce qui réduirait les pénuries de main-d'œuvre et améliorerait la qualité des soins dans les collectivités.

Définir les soins

L'Organisation internationale du Travail (OIT) définit le travail de soins de manière générale comme étant les activités et les relations visant à satisfaire aux besoins physiques, psychologiques et émotionnels des adultes, des enfants, des personnes âgées, des jeunes, des personnes fragiles et des personnes valides². Il s'agit notamment des services de soins directs tels que les soins aux enfants, les soins de longue durée et les services de lutte contre la violence sexiste, ainsi que des postes de caissier ou caissière et des emplois de nettoyage. Rémunérés ou non, les soins sont le travail qui consiste à reproduire et maintenir la population au quotidien et génération après génération³. En tant que tels, ils sont essentiels au fonctionnement de l'économie et de la société. Le travail de soins a un effet profond sur l'égalité des genres au sein des familles et des ménages, et sur la capacité des femmes – et des parents de tous genres – à exercer un emploi rémunéré.

Si la garde d'enfants, les soins de longue durée et les soins à domicile sont souvent cités comme étant des exemples de travail de soins, les organismes sans but lucratif et les organismes de bienfaisance fournissent un large éventail de services à la personne. Le

secteur des femmes et de la violence sexiste est un secteur de soins composé en grande partie d'organismes sans but lucratif et d'organismes de bienfaisance qui offrent des services de conseil et d'orientation, des programmes d'emploi, des services de lutte contre la violence sexiste, des services de santé publique et de soutien en cas de traumatisme, des services de garde d'enfants et une aide juridique aux femmes, aux personnes de diverses identités de genre et à leur famille. Les femmes constituent 80 % de la main-d'œuvre des organismes sans but lucratif et des organismes de bienfaisance et plus de 90 % du secteur des femmes. Les organismes sans but lucratif et les organismes de bienfaisance qui fournissent des services de soins essentiels sont le plus souvent financés par un modèle inadéquat de dons personnels et de cadeaux imprévisibles, de recettes, de services gouvernementaux et de contrats de projets. La pandémie a augmenté de façon exponentielle la pression sur ce secteur clé.

▪ *Les soins non rémunérés et le secteur des soins*

Alors que les garderies et les écoles fermaient leurs portes lors des confinements sanitaires, la pandémie a montré que la part disproportionnée des femmes dans les soins à domicile non rémunérés reste un obstacle majeur à leur participation au marché du travail et un obstacle important à l'accès à des emplois de meilleure qualité, à de meilleures conditions de travail et à des revenus plus élevés.

Même en comptant la forte participation des femmes au marché du travail, celles-ci consacrent en moyenne 1,6 fois plus de temps par jour au travail non rémunéré que les hommes : 3,9 heures contre 2,4 heures par jour^{a,4}. Cumulativement, plus de 28,6 millions d'heures de travail non rémunéré sont effectuées chaque jour, l'équivalent de 3,6 millions de personnes travaillant 8 heures par jour^b. Ce chiffre reflète le statut attaché au travail de soins non rémunéré, dont la valeur financière est estimée, au bas mot, à 10 800 milliards de dollars par an, trois fois la valeur du secteur technologique mondiale⁵.

Une main-d'œuvre genrée et racisée

Le travail de soins se conforme aux rôles traditionnels des hommes et des femmes. Les stéréotypes de genre désignent les femmes comme étant des soignantes par nature et le travail de soins comme étant un travail genré^c. S'entrecroisant avec les stéréotypes de genre, les stéréotypes racistes et les politiques d'immigration, ostensiblement conçues pour remédier au déficit de soins du Canada^d, désignent les femmes immigrantes, noires, sans papiers et à faible revenu comme étant les plus aptes à effectuer le travail de soins. Plus de la moitié des travailleuses (56 %) ⁶ sont employées dans cinq professions historiquement sous-évaluées et systématiquement confiées aux femmes, en particulier aux femmes immigrantes et racisées, à savoir les soins, le secrétariat, la restauration, les postes de caissière et les emplois de nettoyage.

Le personnel des systèmes de soins primaires et de soins de longue durée est en grande partie composé de femmes⁷. Plus de 90 % du personnel infirmier est composé de femmes, tout comme 75 % des inhalothérapeutes et 80 % du personnel des laboratoires médicaux. Jusqu'à 90 % du personnel de soutien à la personne sont des femmes. Plus des deux tiers des personnes qui nettoient et désinfectent les hôpitaux, les écoles et les immeubles de bureaux sont des femmes, travail jugé « peu qualifié » et pourtant indispensable au bien-être collectif.

De nombreuses femmes travaillant dans ces secteurs sont racisées, immigrées, migrantes ou sans papiers. Elles occupent le plus souvent les emplois de soins les moins bien rémunérés et les plus précaires, qui sont moins susceptibles d'offrir des congés de maladie payés ou des prestations de santé⁸. Seulement 21 % des travailleuses au Canada sont des femmes racisées, mais elles constituent environ 30 % des aides à domicile, des femmes de ménage, des cuisinières et du personnel d'entretien ménager et de nettoyage légers⁹. C'est également le cas des femmes autochtones, qui sont surreprésentées dans plusieurs professions de service à bas salaire¹⁰.

^a L'écart est encore plus grand si l'on tient compte du travail non rémunéré accompli en même temps que d'autres tâches.

^b Une étude de l'OCDE estime que la valeur de l'ensemble du travail non rémunéré (effectué par les femmes et les hommes) compte pour [11,5 % à 41,1 % du PIB](#), selon la méthode utilisée pour calculer le coût du travail (OCDE, 2018).

^c Un autre terme est utilisé pour décrire ce phénomène : le travail féminisé.

^d Le « déficit de soins » et le « manque de soins » font référence à la pénurie de main-d'œuvre que connaît depuis longtemps le secteur des soins à domicile au Canada, pénurie à laquelle on a remédié pendant des décennies par des programmes de migration de main-d'œuvre qui permettaient l'arrivée au pays de femmes racisées du Sud. Le « manque de soins » s'est construit par l'exclusion de ces travailleurs des normes d'emploi de base, de la santé et de la sécurité au travail, des droits de négociation collective et des lois sur l'immigration qui les lient à leurs employeurs, ce qui les surexpose à l'exploitation.

- ***Travailleurs de soins migrants***

Depuis la création en 1955 du programme de recrutement de domestiques antillaises, le Canada a fait venir au pays des femmes du Sud, principalement racisées, en tant que soignantes, leur octroyant un statut de migration temporaire. Alors qu'à l'origine il s'agissait seulement de travailleuses à domicile qui s'occupaient des enfants dans des maisons privées, à mesure que les programmes d'austérité s'intensifiaient, le champ des soins fournis par les travailleurs migrants s'est étendu aux soins à domicile pour les personnes âgées et celles ayant des besoins médicaux importants. Depuis 2014, les programmes de main-d'œuvre migrante se sont élargis au personnel infirmier autorisé, au personnel infirmier psychiatrique autorisé, au personnel infirmier auxiliaire autorisé, aux travailleurs de la petite enfance, aux préposés aux personnes handicapées, aux travailleurs de soutien à domicile, aux aides familiaux résidents et aux préposés aux soins personnels qui dispensent des soins dans des maisons privées et des établissements de soins de santé¹¹.

Que ce soit parce qu'ils travaillent en vertu d'un permis de travail qui les lie à leur employeur^e ou parce qu'ils tentent de terminer la période de travail nécessaire pour obtenir la résidence permanente, les travailleurs migrants du secteur des soins au Canada, vu leur statut précaire et temporaire, sont vulnérables à l'exploitation, et ce statut les empêche d'exercer pleinement leurs droits. Essentiellement absent des débats de politique générale sur les soins au Canada, le rôle important que joue la main-d'œuvre migrante précaire et exploitée dans l'économie des soins au Canada est occulté, tout comme l'est un débat politique sérieux sur la manière de construire une économie des soins durable ancrée dans un travail décent pour tous les travailleurs.

Fractures, conditions de travail et pénuries de main-d'œuvre

- ***Privatisation et conditions de travail***

Au cours des 25 dernières années, l'infrastructure sociale créée au Canada grâce aux initiatives gouvernementales du XX^e siècle a été largement réduite. L'initiative en cours visant à mettre en place un système national de garde d'enfants constitue une rupture majeure avec cette tendance. Elle est le résultat de plusieurs décennies d'une vaste action communautaire. Deux décennies d'austérité dans les soins de santé et les services communautaires ont creusé au Canada un déficit croissant en matière de soins. Le retrait de l'État a ouvert la porte au secteur à but lucratif et à l'adoption de pratiques de gestion propres au secteur privé, pratiques qui ont eu un effet profond sur l'organisation des services de soins dans les secteurs privé et public¹². L'expansion des services publics au cours du siècle dernier a fourni aux femmes un soutien essentiel en matière de soins et une source de bons emplois, leur ouvrant des possibilités mieux rémunérées au secteur public dans des professions libérales et de gestion dans les services sanitaires, éducatifs et sociaux largement syndiqués. Des emplois que nous qualifierions aujourd'hui de décents, où l'écart des salaires entre les genres est moindre et qui offrent de meilleurs avantages, p. ex. congé parental payé, congé familial, congé de maladie, prestations de santé¹³.

La privatisation s'est intéressée aux secteurs de soins « favorables à l'investissement », tels que la garde d'enfants, les soins à domicile et les soins de longue durée, le secteur privé fournissant les capitaux nécessaires à la construction des hôpitaux, des établissements de traitement de la toxicomanie, des maisons de retraite et, dans de nombreux cas, gérant ensuite l'établissement avec des fonds de fonctionnement publics¹⁴. Des décennies de

recherche montrent que la prestation de services à but lucratif produit des soins de qualité inférieure, aux conséquences négatives pour les personnes qui reçoivent les soins et pour la main-d'œuvre fortement genrée et racisée qui joue le rôle du soignant¹⁵. À mesure que les gouvernements se sont retirés de la prestation directe de services, la qualité des emplois a diminué¹⁶.

^e Les travailleurs migrants du secteur des soins qui sont arrivés au Canada depuis 2019 dans le cadre des nouveaux programmes pilotes de garde d'enfants à domicile ou d'aide à domicile reçoivent des permis de travail limités à la profession plutôt que des permis de travail limités à l'employeur.

▪ *Soins de longue durée*

Les travailleurs de la santé en soins de longue durée brossent le portrait d'un système en difficulté avant la pandémie de COVID-19, mis à rude épreuve par deux décennies d'austérité¹⁷. Seulement 26 % du personnel infirmier du Manitoba travaillant dans le domaine des soins de longue durée a qualifié « d'excellente » la qualité des soins fournis dans leur établissement; 58 % a déclaré ne pas avoir assez de temps pour s'occuper correctement de leurs patients, et 56 % a dit que le niveau de dotation en personnel était insuffisant¹⁸.

Le manque de personnel est depuis longtemps un problème critique pour le personnel soignant des maisons de retraite, qui sont en grande majorité des femmes – souvent des femmes racisées, noires, migrantes ou sans papiers – employées pour la plupart en tant que personnel de soutien à la personne ou aide-soignantes. Bien que la réglementation exige la présence d'une infirmière autorisée au sein du personnel ou exige qu'elle soit disponible sur appel, seules quelques administrations fixent un seuil en matière de dotation en personnel, et celles qui le font les fixent bien en deçà des quatre heures recommandées de soins directs par résident et par jour, une norme désormais considérée comme trop basse.

Certains foyers de soins de longue durée qui reçoivent des fonds publics ont du personnel syndiqué qui bénéficie de certaines protections contre la perte d'emploi et de congés de maladie. C'est rarement le cas pour les soignants et les personnes employées par le biais de services contractuels qui, dans de nombreux cas, sont traités comme des entrepreneurs indépendants, responsables de leur propre formation et de leur équipement de protection.

Soucieux de contenir le coût des soins de santé et d'améliorer l'efficacité, les gouvernements se sont tournés vers le secteur privé et les stratégies de gestion à but lucratif qui offrent des soins de moindre qualité à un coût plus élevé, tout en transférant les coûts et la main-d'œuvre aux personnes âgées et à leurs familles¹⁹. Toutes les études montrent le même résultat : les établissements à but lucratif – 37 % des établissements de soins résidentiels à l'échelle nationale et environ 60 % en Ontario – offrent des soins de moins bonne qualité, ont moins de personnel (34 %) et dépensent moins en soins directs que les foyers de soins de longue durée sans but lucratif ou municipaux à l'échelle nationale²⁰.

▪ *Garderies*

Au Canada, 97 % des travailleurs en garderie sont des femmes, une main-d'œuvre fortement racisée. De même, les services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants qui sont dirigés par des Autochtones constituent une source d'emploi essentielle pour les femmes autochtones²¹. Traditionnellement, les salaires des travailleurs du secteur de la garde d'enfants ne correspondent pas à la valeur de ce travail ou au niveau d'éducation et d'expérience requis pour travailler dans ce secteur. Les travailleuses du secteur de la garde d'enfants gagnent généralement moins que les travailleuses d'autres secteurs à majorité féminine et que les hommes occupant des emplois masculins qui exigent le même niveau d'éducation et de compétences.

Alors que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont conclu des accords sur l'apprentissage et la garde des jeunes enfants avec le gouvernement fédéral jusqu'au mois de mars 2022, les défenseurs des services de garde d'enfants ont prévenu que l'expansion des services de garde d'enfants échouerait si l'on ne remédiait pas à l'effondrement du taux de rétention du personnel et à la pénurie croissante de travailleurs²². Il est prioritaire de porter attention aux stratégies de la main-d'œuvre, d'offrir des grilles salariales et des

normes de travail décentes, p. ex. 10 jours de congé de maladie payé, un temps de planification adéquat, du temps payé pour l'apprentissage professionnel, des prestations de santé et des régimes de retraite. Le cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones reconnaît la nécessité d'un travail décent pour les travailleurs de la petite enfance, en notant que l'équité et la stabilité des salaires ont un effet direct sur le bien-être des travailleurs de la petite enfance et de leur famille²³.

L'appropriation et la prestation des services de garde d'enfants ont un effet sur la décence du travail pour la main-d'œuvre des services de garde d'enfants²⁴. De nombreuses études et analyses politiques concluent que le modèle communautaire sans but lucratif offre des services de garde d'enfants de meilleure qualité, plus abordables et plus équitables que le modèle de marché²⁵.

▪ *Services de lutte contre la violence sexiste*

Les services de lutte contre la violence sexiste, tels que les refuges pour femmes, les maisons de transition et les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles, correspondent également à la définition du travail de soins de l'OIT, tout comme les services de lutte contre la pauvreté, notamment les refuges pour sans-abri, les centres d'accueil et les banques alimentaires, dont beaucoup sont sollicités par les victimes de la violence et des traumatismes. Ce qui constitue aujourd'hui un vaste secteur national de soins qui lutte contre la violence sexiste et qui la prévient a commencé par des interventions dans les années 1970 contre des crises communautaires, lorsque de jeunes femmes se sont engagées dans l'activisme féministe²⁶. Près de cinq décennies plus tard, ces interventions, ainsi que toute une série d'autres services allant du conseil à la ligne téléphonique d'urgence en passant par l'assistance judiciaire, constituent un secteur autonome de services aux femmes et de lutte contre la violence sexiste, de nature largement communautaire.

En général, le personnel de ces organismes est composé de femmes – la main-d'œuvre des refuges est constituée de femmes à plus de 97 %²⁷ – et seuls les refuges et les services d'aide aux victimes d'agression sexuelle bénéficient d'un financement provincial ou territorial stable, bien qu'insuffisant. Sinon, le secteur est en proie aux problèmes de financement précaire évoqués plus haut. Étant donné que les organismes de services aux femmes sont basés sur un modèle instable qui a un effet direct sur les travailleuses, celles-ci sont souvent employées de manière précaire, passant d'un projet à l'autre; beaucoup d'entre elles ne bénéficient d'aucun avantage. Les employés sous contrat temporaire ne sont souvent pas protégés par la législation sur l'emploi ou les avantages sociaux, quel que soit le nombre d'heures qu'ils travaillent. Près des trois quarts du secteur de la lutte contre la violence sexiste font état d'un financement insuffisant. L'aggravation des finances et des lacunes systémiques se produit en même temps que l'augmentation des absences du personnel, des traumatismes par ricochet et de l'épuisement professionnel.

Dans les maisons d'accueil pour victimes de violence sexiste, le personnel occasionnel et de secours représente une part importante de la main-d'œuvre (32 %), tandis que la moitié du personnel est à temps plein et 18 % à temps partiel²⁸. Les refuges constatent que la faiblesse des salaires et le manque d'avantages sociaux dans le secteur constituent de grands obstacles à la rétention du personnel de qualité. Plus du tiers (38 %) des refuges au Canada sont syndiqués, et le taux horaire minimum moyen dans ces refuges est de 10 % supérieur à celui des refuges non syndiqués²⁹. Le roulement du personnel et l'épuisement professionnel sont des problèmes majeurs pour la majorité des refuges.

Les travailleurs des refuges et des centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles signalent une augmentation de la violence physique, de la violence sexuelle et des difficultés en santé mentale pendant la pandémie. Le traumatisme par ricochet est en augmentation chez les travailleurs. Ceux-ci font également face à une grande imprévisibilité, incapables de planifier ou de prévoir leur charge de travail à cause des niveaux de violence, de ses formes, et des changements dans la manière dont le soutien peut être offert. En plus des pénuries et des listes d'attente, l'imprévisibilité aggrave le stress et l'épuisement professionnel. Il est urgent de prêter attention au travail de soins – rémunéré et non rémunéré – et au travail genré et racisé pour améliorer les conditions de cette main-d'œuvre.

Conclusion et recommandations

La pandémie de COVID-19 et l'imposition de mesures d'urgence ont mis en évidence l'état fracturé de l'économie des soins au Canada et l'inadéquation de l'emploi dans le secteur des soins, suscitant une plus grande sensibilisation du public à l'état de ce secteur essentiel. C'est l'occasion de se pencher sur les conditions d'emploi du secteur des soins, où les femmes racisées, noires, migrantes et sans papiers occupent des emplois précaires et mal rémunérés. En donnant la priorité au travail décent dans les secteurs de soins dominés par les femmes, on peut garantir l'épanouissement des femmes au travail, remédier aux pénuries croissantes de main-d'œuvre, faire progresser l'égalité entre les genres et stimuler l'économie.

Les progrès en cours dans la mise en place d'un système national de garde d'enfants témoignent d'une disposition bienvenue de la part du gouvernement fédéral à transformer une infrastructure sociale longtemps négligée. Le gouvernement devrait poursuivre les investissements transformateurs à long terme qu'il effectue dans l'apprentissage et la garde des jeunes enfants et adopter un rôle de chef similaire dans le secteur des soins, en stimulant l'infrastructure sociale par des investissements liés à la garde d'enfants sans but lucratif et à des normes nationales exécutoires en matière de travail décent et de qualité de soins.

Les décisions du gouvernement concernant la taille et l'investissement dans les différents secteurs devraient tenir compte de la répartition entre les genres par secteur et construire un secteur des soins florissant, capable de fournir un filet de sécurité sociale et des emplois décents pour les travailleurs. Les politiques qui soutiennent le travail de soins rémunéré et non rémunéré sont essentielles pour mettre fin à l'érosion des droits économiques et sociaux des femmes.

Pour garantir un travail équitable et décent, faire face à la crise des soins et promouvoir un travail équitable pour les femmes, le gouvernement fédéral pourrait créer une **commission sur l'économie des soins** et la charger d'étudier, de concevoir et de mettre en œuvre une stratégie nationale en matière de soins qui permettrait de :

- Créer une vaste stratégie visant un marché du travail inclusif qui offre des emplois de qualité et équitables dans le secteur des soins.
- Examiner le travail de soins rémunéré et non rémunéré et élaborer une feuille de route qui répond à la demande croissante en soins.
- Réduire et redistribuer le travail de soins non rémunéré des femmes en améliorant l'accès aux services publics de soins pour les enfants, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Recommandations :

Revitaliser les infrastructures sociales par des investissements dans le secteur des soins :

- Bâtir une économie des soins centrée sur l'équité, l'égalité et la prospérité commune en collaborant avec les travailleurs des soins, notamment les travailleurs migrants, avec les bénéficiaires de soins, les aidants non rémunérés et les économistes féministes.
- Définir, contrôler et appliquer des normes nationales pour des services de soins de qualité, fondées sur des pratiques optimales reposant sur des données probantes et couvrant les niveaux de dotation en personnel, la formation, la gestion, la prestation et la protection des droits des travailleurs.

Assurer un travail décent :

- Diriger l'élaboration avec les intervenants de politiques tangibles qui construisent une économie des soins durable et ancrée dans le travail décent.
- Élaborer des stratégies relatives à la main-d'œuvre pour les soins de longue durée, la garde d'enfants et le secteur de la violence sexiste, en valorisant de manière adéquate les compétences, les efforts, les responsabilités, les conditions de travail, et en favorisant des conditions équitables et acceptables.
- Relever les normes d'emploi fédérales, provinciales et territoriales jusqu'à atteindre un seuil de travail décent pour les travailleurs du secteur des soins, y compris un salaire minimum vital, des congés de maladie payés, le droit de refuser un travail dangereux et un emploi stable à temps plein.
- Investir dans une main-d'œuvre de soins à majorité féminine en attribuant des fonds fédéraux aux provinces et aux territoires pour la création dans l'économie des soins d'emplois de haute qualité qui offrent un travail à temps plein assorti de meilleurs salaires, de meilleures conditions de travail, de formation et de protections solides en matière d'emploi.
- Veiller à ce que les travailleurs de soins migrants aient un travail décent :
 - Accorder le statut de résident permanent à tous les travailleurs migrants du secteur des soins actuellement au Canada, y compris ceux qui sont devenus des sans-papiers.
 - Veiller à ce que les travailleurs migrants du secteur des soins aient accès au statut de résident permanent à leur arrivée au Canada.
 - Inclure les travailleurs migrants du secteur des soins dans les discussions sur l'économie des soins.
 - Veiller à ce que la législation sur les relations de travail offre un accès réel à la syndicalisation et à la négociation collective pour les travailleurs du secteur des soins à domicile, y compris la négociation sectorielle.

S'attaquer au financement et aux conditions de travail dans des

secteurs de soins en particulier :

Soins de longue durée

- Introduire une législation fédérale consacrant l'engagement du Canada en faveur d'une grande qualité des soins de longue durée et des services connexes de soins à domicile pour tous ceux qui en ont besoin, une législation qui établit les principes, les conditions et les mécanismes de responsabilisation pour les transferts financiers fédéraux aux provinces et aux territoires.
- Accroître les investissements fédéraux et provinciaux dans le secteur des soins de longue durée et dans les services de soutien communautaires connexes au profit des aînés et des autres personnes ayant besoin de soins, notamment dans les services, les infrastructures et les établissements, de manière à satisfaire la demande croissante en soins.
- Multiplier les établissements de soins de longue durée et les services de soins à domicile sans but lucratif gérés par l'État, et renverser la tendance à la privatisation.
- Faire un rapport annuel sur la prestation et l'effet des services de soins de longue durée aux organes législatifs provinciaux et fédéraux, en collaboration avec toutes les parties prenantes.

Garderies

- S'attaquer aux problèmes de maintien en poste du personnel et aux pénuries croissantes de travailleurs grâce à des stratégies de main-d'œuvre complètes couvrant les domaines suivants :
 - Grille salariale correspondant à la formation et l'expérience requises, et permettant de combler l'écart avec les secteurs comparables à prédominance masculine.
 - Normes de travail décent, y compris :
 - Au moins dix jours de congé de maladie payé.
 - Un temps de planification rémunéré et adéquat.
 - Perfectionnement professionnel.
 - Programme de prestations d'assurance-maladie complémentaire.
 - Régimes de pension.
- Soutenir l'élargissement en continu d'un système national de garde d'enfants en investissant dans les infrastructures matérielles.
- Veiller en permanence à ce que les investissements publics aillent aux centres sans but lucratif et aux services gérés par l'État.

Services de lutte contre la violence sexiste

- Reconnaître le rôle à long terme du secteur élargi des services de lutte contre la violence sexiste en lui accordant un financement permanent et stable qui favorise le travail décent dans ce secteur.
- Élaborer et mettre en œuvre, avec le secteur, le plan d'action national contre la violence sexiste, en suivant la feuille de route pour un plan d'action national et en prévoyant des ressources financières et des normes suffisantes pour garantir des niveaux de service suffisants à l'échelle nationale, la protection de toutes les femmes et des normes de travail décent pour la main-d'œuvre.
- Mettre en œuvre les appels à la justice du rapport de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, y compris le plan d'action national de lutte contre la violence faite aux femmes et aux filles autochtones, ainsi qu'aux personnes 2ELGBTQQIA.
- Reconnaître le rôle que jouent en santé publique les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle et stabiliser le financement à des niveaux qui correspondent à la demande croissante, ce qui permettra de soutenir un travail décent tout en préservant l'autonomie et la gouvernance communautaire.

À propos de la Fondation canadienne des femmes

[La Fondation canadienne des femmes](#) est un chef de file national dans le mouvement vers l'égalité des genres au Canada. En finançant la recherche, la défense des droits et la diffusion de l'information, elle s'emploie à opérer un changement systémique. Elle aide les femmes, les filles et les personnes de diverses identités de genre à sortir de la violence, de la pauvreté, et à acquérir confiance et leadership. Depuis 1991, ses généreux donateurs et sympathisants ont versé plus de 130 millions de dollars pour financer plus de 2 500 programmes qui transforment des vies dans tout le Canada.

¹ CCPA, Fondation canadienne des femmes, Ontario Non-Profit Network et Fay Faraday. « [Vers une nouvelle normalité : les femmes, le travail décent et l'économie des soins fracturée au Canada](#) », 2020 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

² Organisation internationale du Travail. « [Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work](#) », 2018.

³ Barbara Laslett et Johanna Brenner. « [Gender and Social Reproduction: Historical perspectives](#) », *Annual Review of Sociology*, 1989.

⁴ Melissa Moyser et Amanda Burlock. « [Emploi du temps : la charge de travail totale, le travail non rémunéré et les loisirs](#) », *Statistique Canada*, 2018.

⁵ Oxfam International. « [Celles qui comptent : Reconnaître la contribution considérable des femmes à l'économie pour combattre l'inégalité](#) », 2020.

⁶ Melissa Moyser. « [Les femmes et le travail rémunéré](#) », *Statistique Canada*, 2017.

⁷ Statistique Canada. [Tableaux de données](#), Recensement de 2016, 2016.

⁸ David Macdonald. « [Canadian workforce unevenly protected from COVID-19, Behind the Numbers](#) », *Centre canadien de politiques alternatives*, 2020.

⁹ Statistique Canada. [Tableaux de données](#), Recensement de 2016, 2016.

¹⁰ Statistique Canada. [Tableaux de données](#), Recensement de 2016, 2016.

¹¹ Gouvernement du Canada. « [Embaucher un travailleur temporaire dans un poste de fournisseur de soins à domicile : Aperçu](#) », 2020.

-
- ¹² Leah Levac et Yuriko Cowper-Smith. « [Les femmes et la précarité dans le secteur public : Causes, conditions, conséquences](#) », *Institut canadien de recherches sur les femmes*, 2016.
- ¹³ Kate McInturff et Paul Tulloch. « [Narrowing the Gap: The difference that public sector wages make](#) », *Centre canadien de politiques alternatives*, 2014.
- ¹⁴ Ontario Nonprofit Network. « [Not For Sale: The Case for Nonprofit Ownership and Operation of Community Infrastructure](#) », 2018.
- ¹⁵ *Ibid.*
- ¹⁶ Ontario Nonprofit Network. « [Keeping Human Services in Community Hands: Why nonprofits deliver better](#) », 2020.
- ¹⁷ Simran Dhunna et Sheila Block. « [COVID-19: Nurses need support from next week's Ontario budget statement, Behind the Numbers](#) », *Centre canadien de politiques alternatives*, 2020.
- ¹⁸ Manitoba Nurses Union. « [The Future of Long Term Care is Now: Addressing nursing care needs in Manitoba's personal care homes](#) », 2018.
- ¹⁹ Andrew Longhurst. « [Assisted Living in British Columbia: Trends in access, affordability and ownership](#) », *Centre canadien de politiques alternatives*, 2020.
- ²⁰ Michel Grignon et Samantha Pollex. « [The Case for Public Long-Term Care Insurance](#) », *Options politiques*, 2020.
- ²¹ Inuit Tapiriit Kanatami. « [Inuit Submission to Employment and Social Development Canada Regarding National Indigenous Early Learning and Childcare Framework](#) », 2017.
- ²² Coalition ontarienne pour de meilleurs services éducatifs à l'enfance et Association of Early Childhood Educators of Ontario. « [Child care advocates celebrate hard-won victory with signing Canada-Ontario child care agreement; call for stronger child care workforce strategy](#) », 28 mars 2022.
- ²³ Gouvernement du Canada. « [Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones](#) », Emploi et Développement social Canada, 2018; Inuit Tapiriit Kanatami, « [Inuit Submission to Employment and Social Development Canada Regarding National Indigenous Early Learning and Childcare Framework](#) », Assemblée des Premières Nations, [Cadre national d'apprentissage et de garde des jeunes enfants \(AGJE\) des Premières Nations](#), 2017.
- ²⁴ Martha Friendly, Elsie Larsen, Laura Feltham, Bethany Grady, Barry Forer, Michelle Jones. « [Early Childhood Education and Care in Canada 2016](#) », 2018.
- ²⁵ Martha Friendly. « [A bad bargain for us all: Why the market doesn't deliver childcare that works for Canadian children and families](#) », 2019; Un Enfant Une Place, « [Stratégie pour la relance : faire des services de garde à l'enfance abordables une réalité pour TOUS](#) », 2020; Mara Yerkes et Jana Javornik, « [Creating capabilities: Childcare policies in comparative perspective](#) », 2018.
- ²⁶ Margo Goodhand. « *Runaway Wives and Rogue Feminists: The Origins of the Women's Shelter Movement in Canada* », *Fernwood Publishers*, 2017.
- ²⁷ Krystle Maki. « [Plus qu'un lit : Portrait pancanadien des maisons d'hébergement pour femmes violentées](#) », *Hébergement femmes Canada*, 2019.
- ²⁸ *Ibid.*
- ²⁹ *Ibid.*