



Prendre soin d'autrui
dans une économie
de reprise:
vers une économie
axée sur les soins

Rotman

Prendre soin d'autrui dans une économie de reprise: vers une économie axée sur les soins

Laura Lam, Carmina Ravanera et Sarah Kaplan

Conception graphique et mise en page: Eugene Grichko

Illustrations: Fuselight Creative | thefuselight.com

Institute for Gender and the Economy,
Rotman School of Management, University of Toronto

10 mai 2022

Ce projet est financé par Femmes et Égalité des genres Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Canada

Table des matières

- P 1** 1. Introduction : Les soins sont au cœur de l'économie
- P 2** 2. Qu'est-ce que le travail de soins à autrui et qui s'en charge?
- P 4** 3. Quel était l'état du travail de soins à autrui avant et pendant la pandémie de COVID-19?
- P 6** 4. Quelle valeur notre société accorde-t-elle aux soins?
- P 7** 5. Quel est le rôle des politiques dans le travail de soins à autrui?
- P 8** 6. Comment la pandémie peut-elle servir de portail pour l'élaboration de nouvelles politiques et solutions?
- P 10** 7. Quelle est l'incidence de la recherche et des politiques sur le travail de soins à autrui dans une reprise fondée sur l'économie des soins?
- P 12** 8. Quelles questions de recherche faut-il encore explorer pour comprendre l'avenir de l'économie des soins?
- P 14** Notes en fin d'ouvrage
- P 18** Annexe: Enregistrements graphiques de la table ronde de recherche

1.

Introduction: Les soins sont au cœur de l'économie

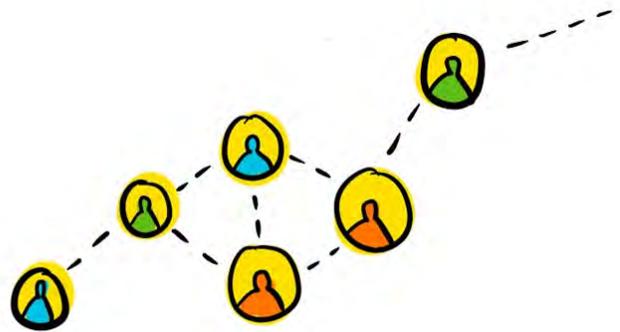
L'économie des soins - c'est-à-dire l'ensemble des secteurs économiques comprenant des soins rémunérés et non rémunérés, notamment les services de garde d'enfants, les soins aux personnes âgées et les soins de santé - est l'une des économies connaissant la croissance la plus rapide dans le monde. En 2015, l'Organisation internationale du travail (OIT) a réalisé une étude dans 45 pays, qui a révélé que 206 millions de personnes occupaient des emplois dans le secteur des soins à autrui, par exemple à titre d'éducatrices de la petite enfance (EPE) et de préposées aux soins de longue durée. Selon les estimations de l'OIT, ce chiffre devrait grimper à 248 millions d'ici 2030.¹ Mais le travail complexe de ce secteur essentiel a tendance à être mal compris et sous-estimé, ce qui fait en sorte qu'il n'est pas considéré comme prioritaire. En effet, les analyses économiques tiennent rarement compte du rôle important que jouent les soins à autrui dans la société et des rapports étroits qui lient le travail de soins à autrui et les autres secteurs économiques.²

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, une attention accrue a été portée sur les soins, ce qui a mis en lumière à quel point le manque de soutien à ce secteur et la tendance croissante à financiariser l'accès aux soins ont compromis la santé de la population et les principes d'égalité pendant cette crise. Au Canada, la COVID-19 a mis en lumière les conditions déplorablement dans de nombreux établissements de soins de longue durée et le manque de services d'éducation préscolaire abordables et de bonne qualité, attribuables en partie aux modèles organisationnels à but lucratif, qui ont fait des soins une entreprise - et un privilège que seules certaines personnes peuvent se permettre.

La pandémie en a forcé plusieurs à réfléchir à une nouvelle « éthique des soins » plus féministe, c'est-à-dire une éthique fondée sur l'idée que nous sommes autant de relations et de communautés interconnectées et interdépendantes plutôt qu'un ensemble d'individus autonomes.³ Cela signifie que, pour comprendre comment améliorer l'économie des soins, il faut effectuer une analyse intersectionnelle des nombreux facteurs qui ont une incidence sur l'expérience des membres de ces communautés. Des recherches effectuées avant et pendant la pandémie de COVID-19 ont montré que les conditions du personnel de soins à autrui et des prestataires de soins à autrui sont particulièrement difficiles chez les femmes, les groupes racialisés, les immigrants, les personnes handicapées, les ménages monoparentaux et les groupes à faible revenu.

Alors que la société sort de la pandémie de COVID-19 et passe à une économie de reprise, des questions émergent aussi sur l'avenir des soins à autrui. Quels changements organisationnels sont nécessaires et quels ajustements faut-il apporter aux politiques pour assurer plus d'égalité et de viabilité dans le travail et la prestation de soins à autrui? Et quelles questions de recherche restent à examiner sur l'économie des soins? Pour explorer ces champs d'enquête, le Institute for Gender and the Economy de l'École de gestion Rotman de l'Université de Toronto a tenu, en janvier et en février 2022 et avec l'appui de Femmes et Égalité des genres Canada et du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, une table ronde virtuelle de recherche sur le travail de soins à autrui dans une économie de reprise. Dans le cadre de cette table ronde, plus de 60 théoriciens et praticiens de partout dans le monde ont présenté leurs recherches de pointe, établi des programmes de recherche et discuté de l'incidence des politiques sur l'avenir des soins à autrui.

Le présent rapport ne se veut pas un résumé concluant ni exhaustif de toutes les questions liées à l'économie des soins. Il met plutôt en évidence les principales questions soulevées lors de notre discussion avec les chercheurs et les responsables des politiques au sujet d'une société post-COVID-19 où les soins seraient centrés sur le patient et fournit des facteurs à considérer et des questions de recherche pour les politiques en matière de soins et la recherche sur les soins.



2.

Qu'est-ce que le travail de soins à autrui et qui s'en charge?

Définition du travail de soins à autrui

Il n'y a pas de consensus chez les spécialistes quant à la définition du travail de soins à autrui. Le travail de soins à autrui est souvent considéré comme le « travail consistant à fournir des services en personne pour développer les capacités du bénéficiaire », notamment dans les domaines de la santé mentale et physique et du développement physique, cognitif et affectif.⁴ Les soins font intervenir des aspects personnels et émotionnels en ce sens qu'ils visent au moins en partie le bien-être du bénéficiaire. Il existe également une dépendance associée aux soins, car le personnel de soins à autrui fournit habituellement des services pour répondre à des besoins que les bénéficiaires de soins ne peuvent combler eux-mêmes.⁵ Ce type de prestation de soins a été conceptualisé comme étant des « soins directs ». Mais le travail de soins à autrui englobe également les nombreuses activités qui ne sont pas des soins directs, mais qui sont tout de même nécessaires pour la prestation de soins, comme la préparation des repas, la lessive et le nettoyage. On parle parfois de « soins indirects » pour désigner ces tâches.⁶

Selon ces définitions, les soins non rémunérés que les parents ou d'autres prestataires de soins fournissent aux membres de leur famille constituent une part importante de l'économie des soins, tout comme certains secteurs d'emploi, tels que les services de garde d'enfants, l'éducation, les soins de longue durée, les soins de santé et les soins à domicile.

Ces secteurs sont nécessaires au fonctionnement de la société, mais sont souvent dévalorisés ou dépriorisés. Dans ses théories de soins, Paula England soutient que le travail de soins à autrui est dévalorisé parce que les gens l'associent à un travail de femmes, en particulier de femmes de couleur. Cette « dévalorisation » a contribué à ce que l'infrastructure de soins à autrui ne reçoive pas beaucoup de soutien de la part du gouvernement et que le salaire du personnel de soins à autrui soit relativement faible.⁷ C'est le cas des établissements de soins de longue durée au Canada, qui ont longtemps été sous-financés et gérés par du personnel peu rémunéré dans des conditions difficiles. Pendant la pandémie, cette situation a contribué aux taux relativement élevés de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les résidents de tels établissements. Si le dossier avait été traité de façon prioritaire et reçu davantage de financement, cela se serait traduit par une augmentation des heures consacrées aux soins pour les résidents et de meilleures conditions de travail pour le personnel.⁸



Élargir la portée des soins à autrui

Une question de recherche importante consiste à déterminer si les perceptions communes de l'économie des soins, que ce soit des soins directs ou indirects pour les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées, englobent toute la complexité de l'économie des soins. Sans vouloir minimiser l'importance des secteurs de soins directs, certains spécialistes suggèrent qu'il serait utile d'élargir la notion du travail de soins à autrui afin d'établir clairement son importance et les liens qui l'unissent à d'autres formes de travail.

De nombreuses activités et de nombreux secteurs qui ne sont habituellement pas considérés comme étant liés au travail de soins à autrui contribuent pourtant à la prestation de soins. C'est le cas des organismes sans but lucratif, dont le travail consiste souvent à fournir des soins aux survivantes de violence fondée sur le sexe ou des soins et un toit aux personnes sans-abri.⁹ Selon Joan Tronto, les soins font intervenir quatre processus interreliés : « se soucier de » (reconnaître le besoin de soin), « se charger de » (assumer la responsabilité du besoin de soin), « prendre soin » (répondre directement au besoin de soin) et « recevoir le soin » (réagir au soin reçu).¹⁰ Par conséquent, la défense des intérêts de la population et du personnel de soins pour leur garantir, respectivement, un accès aux soins et de bonnes conditions de travail pourrait être considérée comme un travail de soins à autrui¹¹, tout comme l'autogestion de la santé et les efforts visant à encourager cette autogestion.¹² Selon l'économiste Nancy Folbre, on pourrait même aller plus loin et dire que « tous les travailleurs contribuent de façon significative à l'économie des soins de leur collectivité », à la fois par leur travail et par leur « capital physique, environnemental, social et humain ». ¹³ Elle constate que presque toutes les activités économiques pourraient être perçues comme soutenant les soins directs. Par exemple, la production de conteneurs en acier qui servent à transporter des biens facilitant les soins (nourriture, fournitures médicales) pourrait être perçue comme faisant partie des « soins indirects ».

Aussi, les chercheurs contestent l'idée selon laquelle les prestataires de soins à autrui non rémunérés et rémunérés, les bénéficiaires de soins et les autres travailleurs rémunérés seraient des groupes isolés. En effet, on observe un chevauchement important dans ces rôles. De plus, les prestataires comme les bénéficiaires font souvent partie de « chaînes » de soins. Par exemple, les mères qui font partie de la population active rémunérée utilisent les services de prestataires de soins en plaçant leur enfant dans une garderie subventionnée ou, si elles ont un revenu élevé, en embauchant directement une gardienne.

À leur tour, les prestataires de soins rémunérés peuvent avoir des enfants ou d'autres personnes à charge et payer d'autres personnes pour s'occuper d'eux ou demander à des membres de leur famille de prodiguer des soins de façon non rémunérée. Les bénéficiaires de soins peuvent également être des prestataires de soins. C'est notamment le cas lorsque des enfants s'occupent de leurs frères et sœurs ou que des grands-parents s'occupent de leurs petits-enfants.¹⁴ À l'heure actuelle, des chercheurs se penchent sur la prestation de soins rémunérée et non rémunérée par des personnes ayant une identité neurodivergente à d'autres personnes neurodivergentes, que ce soit en tant que membres de leur famille ou en tant qu'éducateurs, thérapeutes et travailleurs de soutien en situation de crise.¹⁵

Le travail de soins à autrui peut donc prendre différentes formes, rémunérées ou non, et de nombreuses personnes y participent de multiples façons. Si cette complexité était prise en compte dans la recherche et l'élaboration de politiques, cela permettrait d'adapter les politiques à différents groupes et d'obtenir des résultats plus efficaces.

Le travail de soins à autrui est sexospécifique et racialisé

À l'échelle mondiale, on estime que les femmes et les filles assument les trois quarts des soins non rémunérés et des tâches domestiques, à la maison comme dans la collectivité.¹⁶ Même si un nombre grandissant de femmes intègrent le marché du travail rémunéré, le temps qu'elles consacrent à prendre soin de leurs proches et de leur foyer n'a pas connu une baisse proportionnelle, car leurs partenaires masculins n'en font pas nécessairement plus à cet égard, un phénomène qu'on appelle le « deuxième quart ».¹⁷ Des études récentes menées dans des pays de l'Asie de l'Est et de l'Ouest suggèrent que les femmes effectuent chaque jour de 30 minutes à deux heures de travail de plus que les hommes (par « travail », on entend le temps total de travail rémunéré et de travail non rémunéré à la maison). Le phénomène du « deuxième quart » s'est poursuivi tout au long de la pandémie de COVID-19. Dans ce contexte où la charge de soins est devenue plus lourde, bon nombre de femmes ont perdu leur emploi, une tendance qui s'est particulièrement observée chez les mères célibataires.¹⁸ Par contre, les femmes gagnant un revenu élevé ont toujours eu l'option de déléguer une partie de leurs tâches à des travailleurs rémunérés, qui sont la plupart du temps des femmes (et particulièrement des femmes de couleur). Au Canada, les femmes représentent les trois quarts de l'ensemble du personnel de soins à autrui, ce qui comprend les infirmières, les enseignantes aux niveaux primaire et préscolaire, les préposées aux bénéficiaires et les EPE.¹⁹

Le travail des soins à autrui est aussi racialisé. Des chercheurs ont émis l'hypothèse que ce travail est souvent considéré comme « sale » et servile et, qu'en ce sens, il se situe au bas de l'échelle dans la hiérarchie des emplois. C'est pourquoi ce sont souvent des personnes de couleur et d'autres groupes marginalisés comme les immigrants qui finissent par faire ce travail. Ce n'est pas un phénomène nouveau. Des spécialistes féministes ont écrit des ouvrages à ce sujet, dont Evelyn Nakano Glenn, qui explique qu'aux États-Unis, avant le 20^e siècle, les femmes de couleur s'acquittaient des soins à autrui, par exemple en tant que domestiques et nourrices, alors que les femmes blanches s'occupaient de la partie « supervision » de leur rôle de « femmes

au foyer ». À mesure que les secteurs de services rémunérés se sont développés, les femmes sont devenues bien représentées dans des emplois mieux rémunérés de prestation de soins directs, comme les infirmières, tandis que les femmes de couleur occupent de façon disproportionnée des emplois de prestation de soins qui sont mal rémunérés, précaires, moins réglementés et moins visibles, comme les préposées aux bénéficiaires (aussi appelées aides-soignantes et préposées aux soins de santé) et les préposées d'aide à domicile.²⁰⁻²¹ Les hommes de couleur ont aussi tendance à être surreprésentés dans les emplois de prestation de soins indirects, comme les concierges.²²

Le travail de soins à autrui est lié à la migration

Le déplacement transnational des travailleurs de soins des pays du Sud vers les pays du Nord est le résultat du vieillissement de la population, de la baisse des taux de natalité, de la présence accrue des femmes sur le marché du travail et des politiques d'immigration facilitant l'entrée de travailleurs temporaires dans les pays du Nord.²³ Notamment, les pays à revenu élevé accueillent près de 80 % de tous les travailleurs domestiques migrants.²⁴ Ces flux migratoires ont créé des « chaînes de soins à l'échelle mondiale » ou des « divisions internationales du travail de reproduction », car les travailleurs migrants laissent leurs personnes à charge sous la garde d'autres membres de leur famille ou de leur collectivité dans leur pays d'origine.²⁵

Au Canada, les travailleurs migrants ont tendance à être représentés de façon disproportionnée dans les emplois d'aide à domicile et de services de soutien à la personne : plus du tiers des préposés aux bénéficiaires, des aides-infirmiers, des aides-soignants et des préposés aux soins de santé sont des immigrants.²⁶ Ces emplois de prestation de soins demandent des études plus courtes, sont moins supervisés par les organismes de réglementation professionnels, sont relativement peu rémunérés et offrent des conditions de travail précaires (p. ex., absence de congés payés et d'avantages sociaux). Les travailleurs de soins migrants rencontrent des obstacles dans leur recherche d'emploi du fait qu'ils ont souvent été formés dans leur pays d'origine et qu'ils ont de la difficulté à faire reconnaître leurs titres de compétences étrangers. Une étude sur les prestataires de soins migrants au Canada a révélé que plus de 70 % d'entre eux, même en ayant un diplôme d'études postsecondaires avant d'immigrer, avaient du mal à trouver un emploi mieux rémunéré et plus stable au Canada.²⁷

L'expansion du secteur des soins à autrui est donc étroitement liée à la main-d'œuvre féminine, immigrante et racialisée. La recherche ou l'élaboration de politiques sur l'économie des soins nécessitent une approche intersectionnelle pour la collecte et l'analyse de données, notamment sur les personnes qui sont (sur) représentées dans certaines professions et sur la façon dont leur emploi et leurs conditions de travail diffèrent de ceux des autres secteurs. Il y a actuellement un manque de données sur les travailleurs migrants, en particulier les travailleurs temporaires, dans le secteur des soins à autrui et sur leur parcours professionnel.²⁸ La prépondérance des immigrants dans les emplois de prestation de soins suggère également qu'il y a un lien étroit entre les politiques d'immigration et les politiques de soins, et souligne l'importance de créer de telles politiques de façon intégrée plutôt que cloisonnée.

3.

Quel était l'état du travail de soins à autrui avant et pendant la pandémie de COVID-19?



Le travail de soins à autrui est un travail difficile

La prestation de soins a toujours été une tâche difficile, et c'est d'autant plus le cas en période de pandémie mondiale. Cette difficulté s'explique non seulement par l'implication personnelle et affective que de telles activités demandent, mais aussi par les problèmes systémiques qui s'y rattachent, comme la dévalorisation de la prestation de soins à autrui²⁹, et qui empêchent les prestataires et le personnel de soins d'accomplir leurs tâches de façon efficace, de fournir des services de grande qualité et de préserver leur propre santé. Pendant la pandémie, les prestataires de soins rémunérés et non rémunérés ont fait face à une augmentation de la charge de travail, ont été exposés à des risques pour la santé et ont connu stress et épuisement, pour faire un travail qui n'est pas reconnu à sa juste valeur.³⁰

Au début de la pandémie, les écoles et les garderies ont été parmi les premiers établissements à cesser temporairement leurs activités, et ce, dans de nombreuses régions du monde. Pour les familles ayant des enfants en bas âge et d'âge scolaire, la charge liée à la puériculture et à l'école à la maison était importante. On espérait que, dans ce contexte, il y aurait un partage plus équilibré des activités de soins entre les hommes et les femmes, ce que suggéraient justement les recherches au début de la pandémie, les pères au Canada ayant commencé à s'impliquer davantage dans les tâches domestiques.³¹ Mais une enquête réalisée en 2020 au Canada a révélé que même si les hommes sans emploi ou en télétravail en raison de la pandémie ont déclaré s'occuper des enfants en parts égales, les femmes ont déclaré qu'elles accomplissaient la plupart des tâches parentales et que les responsabilités n'étaient pas réparties de façon égale.³² Une étude réalisée en 2020 au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Allemagne suggérait aussi que les femmes passaient plus de temps que les hommes à faire l'école à la maison et à s'occuper des enfants pendant la pandémie.³³ D'autres études réalisées aux États-Unis ont révélé que les mères ayant des enfants en bas âge réduisaient considérablement plus leurs heures de travail rémunérées que les pères et qu'elles étaient plus susceptibles qu'eux de quitter le marché du travail.^{34 35}

Que les pères aient contribué davantage ou non aux activités de soins et aux tâches domestiques, plusieurs études ont démontré que les parents ont souffert davantage de détresse

psychologique, d'anxiété et de dépression pendant la pandémie, et certaines études ont constaté que ces problèmes étaient encore plus importants chez les mères.^{36 37} Les parents célibataires et ceux faisant partie d'un ménage à faible revenu ont connu une détresse encore plus grande en raison de l'insécurité financière.³⁸

Quant au personnel de soins rémunéré, il affichait des niveaux de stress élevés, et ce, même avant la pandémie. Par exemple, au Canada, avant 2020, le personnel infirmier connaissait des taux plus élevés de stress et de tension au travail comparativement aux autres professions.³⁹ Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le niveau de stress des médecins et des infirmières a augmenté considérablement : 70 % du personnel de la santé ont déclaré une détérioration de la santé mentale et un sentiment d'épuisement professionnel, les femmes affichant des taux plus élevés que les hommes.⁴⁰ De même, en 2021, une enquête sur la main-d'œuvre en éducation de la petite enfance en Ontario a montré une augmentation de 89 % du stress lié au travail et une diminution de 54 % de la satisfaction au travail depuis le début de la pandémie. Les données qualitatives ont révélé des épisodes d'épuisement, d'anxiété, de dépression et de désespoir.⁴¹ Une autre étude menée auprès d'EPE en Colombie-Britannique a montré qu'elles se sentaient non protégées, qu'elles éprouvaient des difficultés financières et qu'elles estimaient que le gouvernement provincial leur avait « refilé la responsabilité » d'assurer la sécurité des enfants.⁴²

Les conditions de travail se reflètent dans les conditions des soins à autrui

L'épuisement professionnel et la détresse psychologique que les travailleurs et prestataires de soins ont vécu avant et pendant la pandémie sont liés à leurs conditions de travail. Par exemple, les emplois rémunérés de prestation de soins ont tendance à offrir des salaires nettement inférieurs à ceux des emplois ayant des exigences semblables en matière d'études et d'expérience (ce qui contribue directement à l'écart salarial entre les sexes).⁴³ Par ailleurs, on s'attend à ce que les femmes prodiguent des soins par « amour et obligation » plutôt que contre de l'argent, et ce stéréotype sert de justification aux bas salaires du personnel de soins à autrui.⁴⁴ Un autre argument contribuant à garder les salaires bas est celui d'éviter

d'augmenter le coût des soins pour les familles. Pourtant, cette façon de voir peut poser problème, car une faible rémunération dans le secteur des soins peut accroître l'instabilité de la main-d'œuvre et l'inégalité de la qualité des soins.⁴⁵

Les EPE sont un bon exemple de travailleurs de soins à autrui qui continuent de faire face à des problèmes comme la discrimination en milieu de travail, la stagnation des salaires et les stéréotypes fondés sur le sexe.⁴⁶ Dans un sondage mené auprès d'EPE en Ontario, 20 % des répondantes ont déclaré avoir vu leurs heures de travail augmenter pendant la pandémie, mais seulement 9 % ont dit avoir eu droit à une augmentation de salaire. À noter que les EPE, selon leur niveau de scolarité et leur province d'emploi, gagnent en moyenne entre 24 000 \$ et 36 000 \$ par année un an après l'obtention de leur diplôme.⁴⁷ Autrement dit, pendant cette crise, les EPE ont subventionné le coût des soins en ayant des salaires peu élevés.⁴⁸ Cette expérience laisse entrevoir des problèmes imminents de rétention et de recrutement du personnel, même si les services de garde d'enfants au Canada sont subventionnés par le gouvernement pour être plus abordables. En effet, de nombreuses personnes formées comme EPE ont déjà quitté le secteur en raison de la faiblesse des salaires.⁴⁹

Les mauvaises conditions de travail nuisent non seulement à ceux qui donnent des soins, mais aussi à ceux qui les reçoivent. Au Canada, cela est devenu évident au début de la pandémie lorsqu'il y a eu des éclosions de COVID-19 dans des établissements de soins de longue durée en raison de facteurs comme le mauvais traitement et le manque de protection des préposées aux bénéficiaires, qui souvent n'avaient pas droit à des congés de maladie payés. Bon nombre d'entre elles travaillaient dans plusieurs établissements - établissements qui étaient déjà surpeuplés et où les conditions étaient déplorablement - pour joindre les deux bouts.⁵⁰ Au fur et à mesure que la pression s'est accentuée sur le système de soins de santé, il n'y avait plus assez de préposées aux bénéficiaires pour satisfaire à la demande. De nombreuses préposées ont donc dû travailler de longues heures dans des établissements qui souffraient d'un manque chronique d'effectifs. L'ensemble de ces facteurs a favorisé la propagation de la maladie et occasionné des décès qui auraient pu autrement être évités.⁵¹ Certains chercheurs ont qualifié les préposées aux bénéficiaires de « nouveau précarier » en raison de leur statut d'employées occasionnelles, de leur faible salaire et de leur statut inférieur dans le secteur des soins de santé.⁵² Elles continuent d'évoluer dans un système qui favorise la baisse des salaires pour le travail de soins tout en augmentant la charge de travail et les facteurs de stress.⁵³

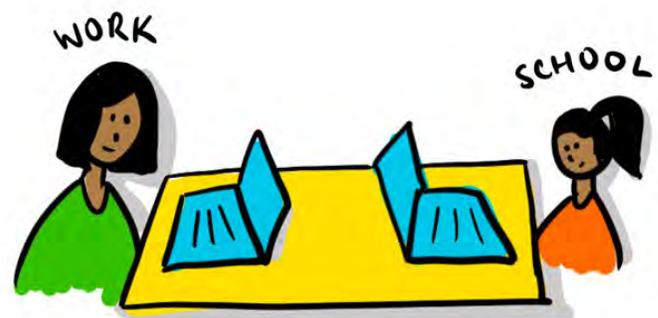
Les femmes, les personnes racialisées et les immigrants qui travaillent dans la prestation de soins à autrui comblent les lacunes créées par un manque d'investissement dans les soins, même si cela nuit à leur bien-être. Ils font un travail très physique et mettent leur santé en danger et, malgré cela, ils sont sous-représentés lorsque vient le temps d'élaborer des politiques qui les concernent. Ce fossé témoigne de l'importance d'unifier leurs voix et leurs besoins dans les politiques et la recherche en matière de soins à partir de maintenant. Qu'il s'agisse des chercheurs, des défenseurs des droits ou du personnel de soins, tout le monde est d'accord

pour dire que la voix du personnel et des prestataires de soins à autrui doit être prise en compte dans les discussions entourant l'élaboration de politiques en matière de soins pour s'assurer qu'elles s'appuient sur leur expérience.

Répercussions sur le travail et la carrière de soins à autrui

Les politiques organisationnelles et publiques ainsi que les normes sociales et culturelles ont depuis longtemps une influence sur la façon dont les prestataires de soins à autrui concilient leurs responsabilités professionnelles et familiales et progressent dans leur carrière. Par exemple, des spécialistes ont formulé une théorie sur la « pénalité de la maternité », selon laquelle les employeurs perçoivent les mères comme des travailleuses moins dévouées et les pénalisent au travail, par exemple en ne leur donnant pas de promotion. Les pères ne sont pas soumis aux mêmes stéréotypes.⁵⁴ La prestation de soins à autrui peut également créer des obstacles importants à l'inclusion économique. Au Kenya, des chercheurs ont constaté que les femmes entrepreneures sont plus susceptibles d'installer leur entreprise à la maison ou près de chez elles pour être en mesure de s'occuper de leur famille, ce qui limite leur capacité de réaliser des profits, alors que les hommes n'ont pas tendance à faire cela.⁵⁵ De même, des recherches menées en France montrent que les femmes acceptent souvent des emplois à salaire moindre si le lieu de travail est près de chez elle afin de profiter de temps de déplacement plus courts.⁵⁶

La COVID-19 a alourdi le fardeau en matière de prestation de soins à autrui, fragilisant du même coup la conciliation travail-famille des prestataires de soins. Certaines femmes ayant des personnes à charge ont déclaré avoir été forcées de cacher leurs responsabilités en matière de soins lorsqu'elles travaillaient de la maison parce que leurs employeurs ne reconnaissent pas la surcharge de travail que cela représentait. D'autres ont choisi de sacrifier du temps consacré au travail rémunéré ou du temps consacré à leurs enfants.⁵⁷ Cette surcharge de travail non rémunéré (prestation de soins) et rémunéré (responsabilités professionnelles) entraîne des coûts pour les familles et les collectivités des travailleurs : les employeurs qui veulent des « employés idéaux » et exigent d'eux qu'ils soient dévoués ne réalisent peut-être pas que si leurs employés sacrifient du temps avec des personnes à charge, cette responsabilité revient à quelqu'un d'autre, qu'il s'agisse d'un membre de la famille ou d'un travailleur de soins rémunéré. Cet « effet domino » peut créer des tensions dans le couple, renforcer l'iniquité entre les sexes et augmenter les coûts financiers pour les familles, tout cela au bénéfice de l'employeur.⁵⁸



Certains prestataires de soins à autrui, en particulier des femmes, ont carrément abandonné leur emploi rémunéré et n'ont pas encore été en mesure de retourner sur le marché du travail. Au Canada, alors que, dans l'ensemble, les hommes et les femmes affichent maintenant des taux d'emploi plus élevés qu'en février 2020, les mères monoparentales ayant des enfants en bas âge affichent toujours un taux d'emploi de 36 % inférieur par rapport à celui avant la pandémie. De même, les femmes de plus de 55 ans (peut-être des grands-mères qui aident leurs enfants qui sont eux-mêmes parents) affichent encore un taux d'emploi de 27 % inférieur à celui observé auparavant. Cela suggère qu'il reste des obstacles au retour au travail pour certains groupes qui ont des responsabilités en matière de soins et qui sont dans des situations plus précaires.⁵⁹

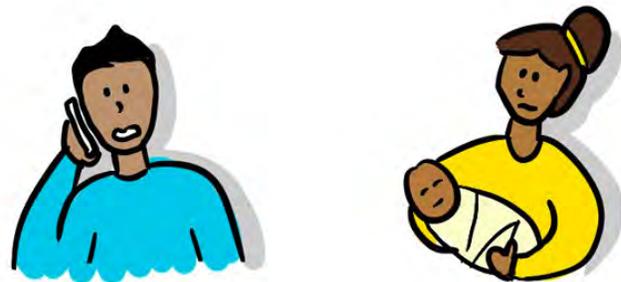
Les répercussions de la prestation de soins sur la carrière des hommes sont différentes que sur celle des femmes. L'une des raisons est que les pères ne font pas face aux mêmes attentes sexospécifiques et aux mêmes pressions que les mères pour accorder la priorité aux soins, de sorte que les mères peuvent se sentir coupables lorsqu'elles cherchent à obtenir de l'aide de leurs partenaires, ou que les hommes ne profitent pas des politiques prévues pour les prestataires de soins.⁶⁰ Ainsi, bien que le travail de soins à autrui soit profondément sexospécifique, la mise sur pied d'une économie des soins plus équitable n'est pas un enjeu qui concerne seulement les femmes. Si la recherche et l'élaboration de politiques en matière de soins se concentrent uniquement sur les rôles et le travail des femmes, il leur manquera une dynamique cruciale, car la prestation de soins à autrui est un arrangement familial et pas seulement un choix individuel de conciliation travail-vie personnelle.⁶¹ Une vision aussi étroite de l'enjeu ne tiendrait pas compte de la complexité de la prestation et de la réception de soins, en particulier du rôle des groupes racialisés, migrants et à faible revenu, ainsi que de celui des hommes et des pères.

4. Quelle valeur notre société accorde-t-elle aux soins?

Bien que le travail de soins à autrui soutienne de nombreuses sphères de la société - de l'éducation de la petite enfance aux tâches ménagères essentielles pour les membres de la famille -, il s'agit souvent d'un aspect négligé dans les analyses économiques. La pandémie a mis en lumière les façons dont la société dévalorise les soins, du traitement du personnel de soins pendant la pandémie, qui s'est traduit par de l'épuisement professionnel et une mauvaise rémunération, au manque de soutien aux prestataires de soins non rémunérés.⁶²

L'économie des soins est l'un des secteurs économiques connaissant la croissance la plus rapide, tant en matière de contribution au produit intérieur brut (PIB) que de création d'emplois, mais sa portée est complexe et difficile à mesurer.⁶³ Des chercheurs et des économistes féministes ont noté que le travail de soins non rémunéré est sous-estimé dans les statistiques sur la population active.⁶⁴ Comme le taux de croissance du PIB ne tient pas compte de la main-d'œuvre non rémunérée, les économistes féministes suggèrent qu'il n'indique pas de façon exacte la taille et la croissance de l'économie. Par exemple, une étude réalisée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest sur la valeur des tâches domestiques non rémunérées a révélé que ces tâches représenteraient un pourcentage important du PIB si elles étaient intégrées à cette donnée, allant de 19 % au Sénégal à 24 % au Bénin.⁶⁵ Des chercheurs ont également suggéré la possibilité d'estimer la valeur du travail non rémunéré en soins de santé en calculant non seulement la valeur des soins de santé non rémunérés (p. ex., les activités de santé communautaire), mais aussi celle de la prestation de soins (p. ex., prendre soin d'un enfant malade ou d'une personne âgée) et du travail de préservation de la santé et de reproduction (c.-à-d. toutes les activités visant à favoriser la santé). Bien que le travail de préservation de la santé et de reproduction ne soit souvent pas considéré comme faisant partie des soins de santé, lorsqu'on l'inclut dans le calcul, la valeur totale du travail non rémunéré augmente de trois à dix fois.⁶⁶

Pour mieux comprendre la valeur des soins non rémunérés, les chercheurs ont utilisé le coût de remplacement (c.-à-d. ce qu'il en coûterait pour embaucher une personne pour accomplir la tâche) et le coût de renonciation (c.-à-d. ce qu'en serait la valeur si la personne utilisait plutôt ce temps sur le marché du travail).⁶⁷ Ces méthodes mesurent les contributions en temps pour attribuer une valeur aux tâches domestiques non rémunérées. Les économistes se sont également servis des données sur l'emploi du temps - qui représentent le temps que les personnes consacrent à des activités comme le travail rémunéré et les tâches domestiques non rémunérées - pour étudier la division du travail de soins à autrui selon le sexe dans des contextes d'activités rémunérées et non rémunérées. Dans certains pays, les données sur l'emploi du temps sont utilisées pour montrer la division du travail de soins dans les ménages et ainsi promouvoir des politiques et des budgets qui tiennent compte de la spécificité des sexes.⁶⁸



Les chercheurs et les défenseurs des soins ont souligné les nombreux avantages économiques potentiels d'un gouvernement qui fournirait un système universel de services de garde de qualité, des congés parentaux et d'autres services subventionnés.⁶⁹ Autrement dit, les investissements gouvernementaux dans les programmes et les infrastructures de soins à autrui ont le potentiel de générer des retombées économiques pour la société en créant des emplois et en augmentant la participation des femmes au marché du travail.⁷⁰ Selon une étude de l'OIT, si on investissait dans l'économie des soins après la pandémie, le PIB pourrait connaître une hausse de 3,6 % à l'échelle mondiale (et de 6 % en Afrique) et 299 millions d'emplois pourraient être créés.⁷¹



Toutefois, les chercheurs ont également noté que, dans le cadre d'une approche néolibérale, les soins sont considérés en fonction de leurs avantages économiques et éducatifs, au lieu d'être simplement vus comme un droit, ce qui peut poser problème. Dans un tel contexte, l'importance du travail de soins à autrui, au-delà des avantages économiques directs, est souvent absente des discussions.⁷² Par exemple, les centres de la petite enfance sont souvent considérés comme des endroits où les parents peuvent laisser les enfants pour pouvoir aller travailler, mais des chercheurs ont fait valoir que ces centres sont beaucoup plus que des services de garde : ce sont des espaces où les enfants « se construisent un univers » d'apprentissage qui les marque pour le reste de leur vie et qui a également une incidence importante sur leur collectivité. Sous cet angle, l'accent n'est pas seulement mis sur l'avantage pour le parent, mais aussi sur l'avantage pour l'enfant, c'est-à-dire la possibilité d'évoluer dans un environnement lui permettant de développer son plein potentiel. Dans de tels espaces, les résultats économiques ne sont pas immédiatement quantifiables et les répercussions sont difficiles à mesurer, mais il y a bel et bien des répercussions sur la société à long terme.⁷³

5. Quel est le rôle des politiques dans le travail de soins à autrui ?

L'une des façons de conceptualiser la prestation de soins à autrui est de se référer aux quatre pointes de ce que les spécialistes ont nommé le « losange des soins » : le gouvernement, les marchés, les organismes sans but lucratif et les familles/ménages.⁷⁴ Les lois et règlements gouvernementaux ainsi que les politiques d'entreprise peuvent avoir deux types de répercussions : les répercussions dites expressives, où une loi ou une politique signale un changement culturel ou une ouverture à remettre

en question les normes existantes;⁷⁵ et les répercussions dites directes, où le gouvernement fournit des ressources matérielles ou d'autres formes de soutien. Lorsqu'on élabore des politiques en matière de soins en tenant compte des aspects sociaux et économiques et en ayant une bonne compréhension de leur incidence sur la division du travail de soins à autrui selon le sexe, on favorise des sociétés plus égalitaires, résilientes et viables.⁷⁶

Les politiques gouvernementales en matière de soins ont des répercussions expressives et directes sur la carrière et la mobilité professionnelle des prestataires de soins à autrui, ainsi que sur l'égalité des sexes et d'autres types d'égalité. Par exemple, des recherches menées dans 30 pays de l'Organisation de coopération et de développement économique révèlent que les congés parentaux payés ont une influence positive sur l'emploi des femmes et sur le ratio hommes-femmes en emploi. Ces congés ont donc une incidence directe importante, soit d'aider les mères à retourner au travail, et une incidence expressive, soit d'envoyer le message qu'il est normal qu'elles le fassent.⁷⁷ Des chercheurs ont également constaté que certaines politiques familiales publiques ont contribué à accroître la représentation des femmes dans des postes de direction (mais cela varie d'une organisation à l'autre selon que les politiques en question ont été adoptées et mises en œuvre). Aux États-Unis, la mise en œuvre de la loi Family and Medical Leave Act (FMLA), qui permet aux employés de prendre des congés sans solde avec protection de l'emploi pendant un certain nombre de semaines, a accru la représentation des femmes dans des postes de gestion - en particulier des femmes de couleur - en atténuant les difficultés liées à la négociation d'avantages sociaux.⁷⁸

Pendant la pandémie, il a de plus en plus été question de renforcer les politiques publiques qui soutiennent le travail non rémunéré et le travail de soins à autrui. Par exemple, des recherches suggèrent qu'un revenu de base ou un revenu de base ciblé pourrait alléger le fardeau financier et assurer une plus grande sécurité aux personnes qui font du travail non rémunéré ou qui sont en situation d'emploi précaire, en plus d'envoyer le message que le travail non rémunéré a de la valeur.⁷⁹ Toutefois, certains chercheurs soutiennent qu'un revenu de base pourrait accroître les inégalités dans la division des tâches selon le sexe en encourageant les personnes ayant des responsabilités en matière de prestation de soins à quitter un emploi rémunéré. De plus, ils sont d'avis qu'une telle mesure ne devrait pas se faire au détriment du financement des services sociaux comme les services de garde universels.⁸⁰

Les politiques d'entreprise façonnent elles aussi les normes sociales et les rôles de genre. Une recherche suggère que certaines politiques, comme un régime de travail flexible, peuvent rendre la maternité plus apparente et donc accroître les préjugés envers les mères, de sorte que les femmes n'osent pas tirer profit de ces politiques pour éviter des répercussions négatives sur leur carrière.⁸¹ Mais cette même recherche a révélé que les politiques et pratiques organisationnelles facilitant les soins aux enfants, comme un compte gestion-santé, une garderie sur place et des ateliers de conciliation travail-famille, augmentaient la probabilité que les femmes accèdent à des postes de gestion. Une approche intersectionnelle est importante pour comprendre qui bénéficie de ce genre de politiques : les politiques qui profitent financièrement aux femmes (compte gestion-santé ou garderie sur place) aident les femmes de couleur – qui sont plus susceptibles d'avoir de la difficulté à composer avec les coûts élevés des soins – à être promues à des postes de direction.⁸² En ce qui concerne les politiques visant à permettre la participation des hommes aux soins, les recherches montrent que les hommes qui prennent un congé parental sont plus susceptibles de prodiguer des soins directs aux enfants. Par contre, des politiques flexibles au travail peuvent faire en sorte que le travail empiète sur le temps passé en famille et que les pères s'occupent moins de leur famille.⁸³

Le taux d'adoption des dispositions relatives aux soins est souvent l'indicateur clé pour mesurer le succès des politiques en matière de soins, mais les responsables des politiques et les chercheurs ont remarqué que la qualité des soins – tout comme la qualité du travail du personnel de soins – a à peine été évaluée.⁸⁴ Les chercheurs au Canada recommandent d'investir dans des programmes de formation de meilleure qualité pour les EPE plutôt que de se contenter d'augmenter le nombre de places disponibles en garderies.⁸⁵ Les nouveaux programmes de formation pourraient accorder plus d'importance à la qualité de l'éducation préscolaire et contribuer à améliorer la situation d'emploi et le bien-être des EPE. En fait, avec la nouvelle politique canadienne sur les garderies à 10 \$ par jour, des milliers de places supplémentaires seront créées, mais avec les programmes de formation actuels et le nombre de diplômées en éducation de la petite enfance, il faudrait à plusieurs provinces entre 20 à 45 ans pour former suffisamment d'EPE pour toutes ces nouvelles places.⁸⁶ De nouvelles mesures sont nécessaires pour attirer et retenir les EPE. Toutefois, il convient de noter que les discussions visant à exiger un certain niveau de qualification professionnelle des EPE peuvent être contre-productives, car de telles exigences pourraient accroître les attentes envers ces travailleuses, qui n'auraient pas plus de temps et de ressources pour y arriver.⁸⁷ Parmi les fournisseurs de soins à but lucratif à grande échelle, les EPE se voient offrir peu d'espace pour avoir une réflexion critique « au-delà d'un produit social, reproductible, mesurable et marchandisable ».⁸⁸

De plus, les politiques en matière de soins peuvent ne pas atteindre leurs objectifs si elles sont conçues sans tenir compte des groupes marginalisés. Bien que de telles politiques visent à alléger les responsabilités en matière de soins et à réduire les inégalités dans la division des activités de soins, qui incombent souvent aux femmes, les répercussions peuvent varier. Par exemple, des chercheurs ont montré que les politiques visant

à réduire le coût des services de garde grâce à de nouveaux modèles de financement peuvent encore poser des obstacles pour les familles à faible revenu. Selon une analyse du nouveau programme canadien de garderies à 10 \$ par jour en Alberta, si le second titulaire de revenus dans un couple ayant deux enfants en bas âge retourne au travail et gagne environ 30 000 \$ ou moins, plus de 30 % du revenu accru après impôt continuera d'aller aux frais de garde d'enfants.⁸⁹ Une analyse du programme universel de garde d'enfants du Québec, en place depuis des années, révèle qu'il a eu d'importants avantages : il a notamment contribué à une plus grande participation des femmes sur le marché du travail rémunéré et généré des taux de satisfaction élevés chez les parents utilisant les garderies subventionnées, en plus de se payer tout seul grâce à la croissance économique qu'il générerait. Par contre, l'accès aux places subventionnées n'est pas équitable, car les parents à faible revenu ont moins le temps de faire toutes les démarches nécessaires pour obtenir une place dans un des CPE de grande qualité, qui ont tendance à être situés dans les quartiers où vivent les cols blancs. La qualité des garderies non subventionnées, qui sont plus susceptibles d'être utilisées par les cols bleus et les familles plus pauvres, s'est révélée beaucoup plus faible.⁹⁰

6. Comment la pandémie peut-elle servir de portail pour l'élaboration de nouvelles politiques et solutions?

Arundhati Roy a qualifié la pandémie de « portail » à travers lequel on peut voir de nouvelles possibilités. En avril 2020, elle écrivait :

Historiquement, les pandémies ont forcé les humains à rompre avec le passé et à imaginer leur monde d'un œil nouveau. La pandémie de COVID-19 n'est pas différente. C'est un portail, une passerelle entre un monde et le suivant. Nous pouvons choisir de le traverser en emmenant avec nous les carcasses de nos préjugés et de notre haine, notre avarice, nos banques de données et nos idées mortes, nos rivières mortes et notre ciel brumeux. Ou nous pouvons la traverser en toute légèreté, avec peu de bagages, prêts à imaginer un autre monde. Et prêts à se battre pour lui.⁹¹

Ainsi, la pandémie a le potentiel de transformer ou de consolider les inégalités existantes dans notre société.⁹² Elle a mis en lumière le caractère essentiel du travail de soins à autrui pour l'économie.⁹³ Elle a également révélé que le travail de soins est dévalorisé, qu'il incombe de manière disproportionnée aux femmes, aux personnes de couleur et aux immigrants, et que les risques sont absorbés par les travailleurs de soins vulnérables et précaires. Elle a accentué la pénurie mondiale de main-d'œuvre dans le secteur des soins à autrui. Les politiques et les infrastructures en matière de soins à autrui se sont avérées insuffisantes pour répondre aux besoins des prestataires comme des bénéficiaires de soins.⁹⁴ Alors que notre société se remet de la pandémie, il serait judicieux de reconnaître l'importance du travail de soins à autrui et de profiter de cette occasion pour instaurer les changements nécessaires à la création d'une économie plus équitable et viable.⁹⁵

La pandémie est un exemple de crise qui révèle les lacunes dans les politiques, les infrastructures et les systèmes. Elle a mis en évidence les secteurs qui ont besoin d'investissements importants de la part du gouvernement et a souligné la nécessité d'adopter une approche intersectionnelle en recherche afin de comprendre comment l'incertitude et les risques sont vécus. La pandémie n'est pas la seule crise à avoir exposé les inégalités : elle n'a fait qu'attirer l'attention sur les « iniquités structurelles et les marginalisations systémiques » que les crises actuelles comme les changements climatiques mettaient déjà en lumière.⁹⁶

Toutefois, la pandémie a également permis de sensibiliser davantage les gens au travail de soins à autrui et au rôle primordial qu'il joue dans la vie de tous les jours, contribuant du même coup à une plus grande ouverture d'esprit à cet égard. Elle aura peut-être eu comme bon côté d'assurer une plus grande visibilité aux responsabilités de soins à autrui.⁹⁷ C'est notamment le cas dans le milieu de travail, où les femmes et les prestataires de soins à autrui expriment les difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie personnelle lorsqu'ils tentent de concilier leurs responsabilités professionnelles et celles en matière de soins.⁹⁸ Dans une étude, des femmes ayant un emploi et des enfants ont déclaré s'être ouvertes plus que d'habitude à leurs collègues à propos de leurs responsabilités personnelles, une pratique qui s'écarte des normes traditionnelles en milieu de travail. Certaines femmes ont également rapporté que les milieux de travail leur offraient désormais un soutien structurel apprécié, notamment en réduisant le temps total consacré aux réunions. Ainsi, la pandémie a créé une occasion de remettre en question les discours existants sur la « conciliation travail-famille », où les obligations familiales sont perçues comme des freins au cheminement professionnel des femmes.⁹⁹

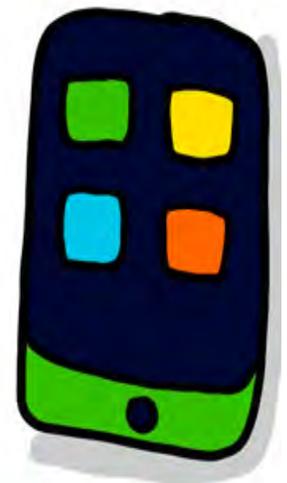
Une occasion de mettre la technologie au service des soins à autrui

Les nouvelles technologies – dont la communication numérique, l'automatisation, l'intelligence artificielle, les assistants numériques, la téléprésence et la robotique – jouent un rôle de plus en plus important dans les soins à autrui.¹⁰⁰ La pandémie a mis en lumière les avantages potentiels de ces technologies, des rendez-vous médicaux virtuels qui réduisent les contacts aux robots socialement intelligents dans les établissements de soins de longue durée. Dans certains

milieux de soins, la technologie aide à gérer les demandes de soins. Par exemple, au Japon, des robots ont été utilisés pour répondre aux besoins en soins chroniques de la population vieillissante.¹⁰¹ Ainsi, certaines personnes voient la technologie comme une solution à la pénurie de travailleurs de soins et d'établissements de soins.

Cependant, la technologie ne peut pas constituer à elle seule la solution à toutes les lacunes dans l'économie des soins. Selon les chercheurs, le travail de soins à autrui ne peut pas être « remplacé » par les technologies, en raison de sa dimension hautement relationnelle. En effet, le travail de soins passe par une « reconnaissance de l'humanité du prestataire comme du bénéficiaire, et de leur interdépendance fondamentale ».¹⁰² L'utilisation de la robotique et de l'intelligence artificielle risque d'entraîner une « perte d'humanité » et d'imposer des exigences supplémentaires aux prestataires de soins, qui devraient gérer à la fois la façon dont les technologies s'occupent des aspects pratiques des soins et la façon dont elles peuvent répondre aux besoins émotionnels ou relationnels des bénéficiaires de soins.¹⁰³ Les chercheurs ont donc conclu que les technologies ont le potentiel d'améliorer les interactions dans les milieux de soins, mais en apportant une aide pour certaines tâches plutôt qu'en remplaçant le personnel.¹⁰⁴

Certaines technologies qui permettent une meilleure communication numérique entre les travailleurs, les prestataires et les bénéficiaires de soins peuvent permettre de transférer la responsabilité des soins à une autre personne et ainsi d'atténuer les préoccupations relatives à la sécurité qu'ont les prestataires de soins ayant chargé d'autres personnes de responsabilités en matière de soins. Les plateformes de soins numériques, comme Staffy ou care.com, sont des exemples de technologies qui pourraient rendre plus accessible le partage des activités de soins, des services de garde d'enfants aux soins aux personnes âgées en passant par les tâches ménagères. L'un des avantages de ces plateformes de travail est qu'elles renforcent la confiance entre le personnel et les bénéficiaires de soins.¹⁰⁵ Toutefois, ce genre de plateformes peut également favoriser le maintien des normes traditionnelles et des structures d'inégalité.¹⁰⁶ En effet, bien qu'elles aident le personnel de soins à trouver du travail, elles peuvent présenter des risques pour la sécurité et s'accompagner de mauvaises conditions de travail pour les personnes qui les utilisent, en ce sens qu'elles n'offrent pas une protection de l'emploi suffisante : les ententes sur les plateformes sont habituellement négociées de façon informelle entre un travailleur de soins et un bénéficiaire de soins privés.¹⁰⁷ Les recherches montrent que les technologies peuvent renforcer ou exacerber les asymétries de pouvoir. Par exemple, pendant la pandémie, certaines plateformes de soins numériques faisaient un



suivi de la santé du personnel de soins à autrui pour s'assurer que les familles étaient protégées contre la COVID-19, mais ne prévoyaient aucune mesure pour assurer la même protection au personnel de soins pendant la prestation des soins.¹⁰⁸

Les technologies permettant des formules de travail plus flexibles ou le travail à distance ont également rendu floue la limite entre la vie personnelle et la vie professionnelle : les prestataires de soins à autrui, comme les parents ayant un emploi, peuvent simultanément travailler et prendre soin de leurs personnes à charge, mais cette façon de faire peut également perturber le temps que les prestataires avaient l'intention de passer avec leur famille.¹⁰⁹

Nouveaux modèles organisationnels

La pandémie a mis en lumière des problèmes liés aux modèles de soins à but lucratif au Canada, comme en témoignent la gestion des établissements de soins de longue durée à but lucratif et son incidence sur la santé des résidents, ainsi que la marchandisation des services de garde d'enfants.¹¹⁰ Pendant la pandémie, des données probantes ont révélé que les établissements de soins de longue durée à but lucratif offraient des soins de qualité inférieure et affichaient des taux de mortalité plus élevés que les établissements sans but lucratif.¹¹¹ Quant à la prestation de services de garde d'enfants fondée sur les conditions du marché, elle se traduit par un coût prohibitif pour les familles, ce qui empêche les parents et surtout les mères d'avoir un travail rémunéré.¹¹² Ces modèles financiarisent les soins en les transformant en un service qu'on achète et vend, sans tenir compte de sa nécessité pour l'économie et le bien-être de tous. Les chercheurs et les défenseurs ont recommandé de prioriser des modèles économiques alternatifs et une prestation de soins sans but lucratif pour bâtir des systèmes plus viables, créer des emplois décents et de qualité et assurer la qualité des soins.¹¹³

En outre, les chercheurs suggèrent que les modèles coopératifs comblent déjà les lacunes en matière de soins des systèmes privés et publics, la majorité des coopératives de soins offrant des soins aux personnes âgées, des soins aux personnes handicapées et souffrant de maladies chroniques, ainsi que des services de garde d'enfants et des services domestiques.¹¹⁴ Pour lutter contre l'insécurité économique et l'insécurité d'emploi auxquelles fait face le personnel de soins à autrui et pour décider ce qui doit être considéré comme un soin et donc être subventionné, certains acteurs du secteur des soins plaident en faveur d'un « syndicalisme communautaire intime », qui prône un système universel financé par le gouvernement et soutenu par une alliance démocratique entre les syndicats, les mouvements ouvriers et les prestataires et bénéficiaires de soins.¹¹⁵

Les défenseurs des soins notent également le manque de financement du travail de soins à autrui dans les pays en développement et font pression pour intégrer l'analyse des soins aux programmes de développement international existants ainsi qu'une approche féministe en matière de financement du développement.¹¹⁶ Cependant, les recherches suggèrent que les politiques de développement qui visent à favoriser l'insertion économique des femmes sont vouées à l'échec si les contraintes imposées aux femmes en matière de prestation de soins ne sont pas allégées.¹¹⁷



7. Quelle est l'incidence de la recherche et des politiques sur le travail de soins à autrui dans une reprise fondée sur l'économie des soins?

Les gouvernements et les organisations ont maintenant l'occasion d'adopter des politiques et des pratiques qui tiennent compte du fait que l'économie des soins est étroitement liée à l'ensemble de la société : elle façonne les relations, les collectivités et les vies de chacun, ainsi que la prospérité économique. Voici onze points importants qui sont ressortis de nos conversations au sujet des politiques et de la recherche en matière d'économie des soins.

1. L'une des principales lacunes pour élaborer des politiques gouvernementales et organisationnelles efficaces est le manque de données. Des perspectives intersectionnelles de la collecte et de l'analyse des données sur l'économie des soins permettraient une compréhension plus nuancée et complète des soins. Les gens vivent la réception et la prestation de soins différemment selon le revenu, le sexe, la race et de nombreux autres facteurs.

2. La collecte et l'analyse des données devraient rendre compte de la complexité de l'économie des soins, en mettant particulièrement l'accent sur les activités de soins à autrui qui ont toujours été négligées. Il peut s'agir de données sur la valeur des soins non rémunérés, sur les formes moins directes du travail de soins à autrui (p. ex. la défense des soins) et sur les travailleurs de soins temporaires et migrants et leur parcours sur le marché du travail de soins (entrées et sorties).
3. On pourrait obtenir des résultats plus efficaces en tenant compte de la voix des prestataires de soins rémunérés et non rémunérés dans l'élaboration des politiques et en développant des politiques avec les collectivités et les prestataires de soins au lieu de les développer pour eux.
4. La pandémie de COVID-19 a fait mal au personnel de soins et a souligné par le fait même l'importance de faire de leur bien-être physique et mental une priorité dans les politiques et la recherche, notamment en assurant d'excellentes conditions de travail assorties de protections en matière d'emploi. Cela permettrait d'éviter une approche « gagnant/perdant », selon laquelle il faut choisir entre l'abordabilité des soins pour les familles et de bonnes conditions de travail pour le personnel.
5. Les politiques en matière de soins ne doivent pas être considérées comme indépendantes des autres politiques gouvernementales. L'intégration des politiques en matière de soins à celles en matière d'immigration aiderait le personnel de soins à autrui, y compris les travailleurs temporaires, à se protéger contre la précarité. De plus, l'intégration des politiques en matière de soins à des politiques visant à accroître la participation économique des femmes, comme l'entrepreneuriat féminin, allégerait les contraintes propres à la prestation de soins non rémunérée pour les femmes qui veulent progresser dans leur carrière.
6. Les politiques organisationnelles et publiques ont des répercussions directes sur les résultats ainsi que des répercussions « expressives » qui façonnent la culture et les normes relatives à ce qui est considéré comme acceptable. Il faut tenir compte de ces deux formes de répercussions potentielles lorsqu'on élabore des politiques.
7. Une évaluation précise de la valeur des soins tient compte non seulement de la croissance économique et des profits (p. ex. le PIB), mais aussi des avantages moins visibles, mais fondamentaux, des soins dans la société, comme le bien-être physique et mental, le développement des capacités, l'inclusion, etc.
8. Sans stabilité et résilience des systèmes de soins, les responsabilités en matière de soins à autrui sont difficiles à gérer et peuvent nuire à la carrière des prestataires de soins, créer des inégalités entre les sexes et entraîner du surmenage et du stress.
9. Le « solutionnisme » technologique et d'autres solutions à court terme ne rendront probablement pas l'économie de

soins viable et plus égale. Il vaudrait plutôt mieux se servir de la technologie pour atteindre des objectifs précis au sein de l'économie des soins; par exemple, les responsables des politiques et les chercheurs pourraient se concentrer sur le rôle que pourrait jouer la technologie dans la réduction de la charge imposée aux femmes en matière de soins non rémunérés.

10. Les modèles à but lucratif ne se sont jamais traduits par des soins abordables et de grande qualité. Il peut être préférable d'opter pour des modèles coopératifs et sans but lucratif afin d'avoir un système de soins de meilleure qualité.
11. La prestation de soins à autrui prend différentes formes, rémunérées ou non, et est liée à tous les secteurs. Les gens ne participent pas à l'économie des soins d'une seule façon. Il est important de comprendre les « chaînes » de soins pour comprendre qui pourrait en bénéficier ou s'en trouver



8.

Quelles questions de recherche faut-il encore explorer pour comprendre l'avenir de l'économie des soins?



Pendant la pandémie, de nombreuses questions ont fait surface sur la façon de soutenir une reprise axée sur les soins et de créer une société plus équitable et plus prospère. Vous trouverez plus bas une liste de questions de recherche qu'ont suscitées nos discussions pendant l'atelier sur la prestation de soins à autrui dans une économie de reprise.

Les politiques en matière de soins qui reposent sur des principes d'équité et d'égalité peuvent donner de meilleurs résultats socioéconomiques, et ce, chez tous les groupes sociaux. Une perspective intersectionnelle peut contribuer à améliorer la division du travail non rémunéré selon le sexe ainsi que la mobilité et le bien-être du personnel de soins à autrui, enjeux qui sont tous influencés par la nationalité, la citoyenneté, la race, l'ethnicité, le sexe et la classe socioéconomique des personnes concernées.¹¹⁸

- Une analyse intersectionnelle de l'économie des soins révèle à quel point les politiques de conciliation travail-famille sont étroitement liées à d'autres politiques. Comment les politiques gouvernementales ou organisationnelles en matière de race, d'équité et de diversité et les politiques de conciliation travail-famille sont-elles interreliées, et quelles interventions permettraient de favoriser l'équité?
- Bien que leur travail soit essentiel, les prestataires et le personnel de soins à autrui ont tendance à avoir de faibles revenus et à vivre une précarité d'emploi, ce qui entraîne de l'insécurité économique. Quelles sont les conditions requises pour que les politiques en matière de soins puissent contribuer à la mobilité socioéconomique des prestataires de soins qui occupent un emploi peu rémunéré et précaire?
- De nombreuses activités dans l'économie des soins ne sont souvent pas prises en compte et, lorsqu'elles le sont, elles sont considérées uniquement en fonction de leur valeur économique. Comment faire en sorte que les indicateurs de la réussite des politiques ou des programmes en matière de soins ne mesurent pas seulement les soins de façon quantitative, mais aussi de façon qualitative (c'est-à-dire la qualité des soins reçus par les bénéficiaires de soins et la qualité du travail effectué par le personnel de soins)?

- Le travail de soins à autrui est sexospécifique, racialisé et lié à la migration, mais les personnes de couleur, les immigrants et les femmes ont tendance à être laissés en marge lors de l'élaboration de politiques. Quelles voix ont été et sont prises en compte dans les politiques en matière de soins? Et quels modèles d'engagement communautaire pourraient contribuer à faire entendre davantage la voix des personnes marginalisées lors de la cocréation de nouvelles solutions?

La prestation de soins, rémunérée ou non, a une incidence sur la carrière des gens et sur la prospérité économique. La pandémie nous a permis d'entrevoir d'autres façons de travailler, qui alimentent la réflexion commune sur l'avenir du travail.

- Pour de nombreux cols blancs, la pandémie a accéléré la transition technologique du travail, les plateformes vidéo et d'autres technologies numériques ne rendant plus nécessaires le travail en personne et les voyages d'affaires. Quelles répercussions auront ces nouvelles formes de travail sur l'(in)égalité entre les sexes? Quelles pratiques les organisations peuvent-elles mettre en place pour que ces nouveaux outils pratiques contribuent à égaliser les chances plutôt qu'à exacerber les inégalités?
- La pandémie a poussé de nombreuses personnes à réévaluer ce qui comptait le plus, les amenant souvent à remettre en question la place occupée par le travail et l'importance accordée à la norme de l'« employé idéal ». À quoi pourrait ressembler un autre modèle d'employé idéal? Et comment assurer sa mise en œuvre efficace au sein des organisations?
- Les normes sur ce que les hommes et les femmes « devraient » faire en matière de soins freinent les avancées en matière d'égalité. Quelles interventions permettraient de diminuer ou de supprimer les contraintes liées à ces normes?

L'existence de « chaînes de soins à l'échelle mondiale » met en évidence l'interdépendance des économies des soins dans le monde, et les politiques en matière de soins sont liées à la protection sociale et au bien-être dans les pays d'origine et d'accueil. Les questions de pouvoir, de dynamiques sexospécifiques et d'influence du gouvernement sont des facteurs importants lorsqu'il s'agit d'explorer la relation entre le personnel de soins, les bénéficiaires de soins et les économies des pays du Sud. ¹¹⁹

- Les travailleurs domestiques migrants et le personnel de soins migrant se déplacent souvent des pays du Sud vers les pays du Nord, ce qui transforme les économies de soins dans les pays d'origine et d'accueil. Quelles sont les différences entre les économies de soins des pays du Sud et du Nord, et quelles répercussions ces différences ont-elles sur les futurs modèles de soins?
- Partout dans le monde, le travail de soins est financiarisé et les soins ne sont souvent considérés que d'un point de vue économique plutôt que comme un besoin et un droit universels. Comment étendre les approches de la recherche sur les soins à ces discours économiques néolibéraux?

La pandémie a révélé des lacunes dans les politiques, les infrastructures et les systèmes en matière de prestation de soins à domicile et à l'extérieur du domicile. Elle a également accentué d'autres crises actuelles, comme la crise climatique, qui a ses propres conséquences sur la disponibilité et la mobilité du personnel de soins à autrui et sur la santé physique et mentale des prestataires et bénéficiaires de soins. Ces crises soulèvent des questions sur la façon dont les dépenses publiques peuvent et doivent être gérées et dont les technologies de soins peuvent et doivent être mises en œuvre.

- Ce n'est que pendant la pandémie, devant la fragilité des infrastructures de soins et les conséquences négatives qui en ont directement découlé sur le plan de la santé et de l'économie, que de nombreux responsables des politiques ont commencé à se concentrer sur l'importance des soins. Alors que notre société se remet de la pandémie, comment les soins peuvent-ils être valorisés et priorisés dans les décisions et les politiques?
- La pandémie et la crise climatique ont mis en lumière l'importance de veiller à ce que l'économie des soins soit résiliente et capable de résister aux crises futures, comme une autre pandémie. À quoi ressemblerait un modèle de résilience pour l'économie des soins?
- Les nouvelles technologies, telles que les plateformes de soins numériques, jouent un rôle dans la façon dont on accède aux soins et dont on prodigue les soins, mais elles n'ont pas rendu les soins plus accessibles ou de meilleure qualité. Quelle est l'incidence des nouvelles technologies pour le personnel de soins sur l'équité, les conditions de travail et d'autres aspects du travail de soins à autrui?

Pendant la pandémie, les chercheurs et les défenseurs ont présenté l'incidence de plusieurs politiques et recherches sur le travail de soins à autrui dans une économie de reprise. En même temps, il reste de nombreuses questions sur la façon dont les soins peuvent atteindre la qualité et la portée visées, et celles-ci sont liées aux questions sur la valeur et la considération du travail de soins selon le prestataire. Il faut écouter la voix des personnes qui effectuent le travail essentiel qu'est la prestation de soins à autrui; il s'agit de la première étape pour atteindre l'égalité dans la prestation de soins rémunérée et non rémunérée. Cela doit s'accompagner de nouvelles mesures pour assurer le suivi de l'incidence des soins sur le bien-être et l'économie. La pandémie a servi de portail à la société, lui permettant de reconnaître à quel point le travail de soins à autrui est étroitement lié aux résultats sociaux et économiques. Ainsi, en accordant désormais la priorité aux soins et à l'économie des soins dans la recherche et l'élaboration de politiques, on sera mieux outillé pour faire face aux crises futures.

Notes en fin d'ouvrage

1. International Labour Organization (2018). "Care Work and Care Jobs for the Future of Recent Work." Retrieved on March 10, 2022, at https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf
2. England, P. and Folbre, N. (2003). Contracting for Care. In M. Ferber and J. Nelson (Eds.), *Feminist Economics Today: Beyond Economic Man*. University of Chicago Press. Peng, I. (2022, Feb.2). Care Work and the Macroeconomy: A new research project [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
3. Gilligan, C. (1982). In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press. Powell, A. (2022, Feb. 2). Care at the Centre: The pedagogy and politics of care in ECE [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
4. England, P., Budig, M., and Folbre, N. (2002). Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work. *Social Problems* 49(4), 455-473.
5. Folbre, N. (2006). Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy. *Journal of Human Development* 7(2), 183-199.
6. Razavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Gender and Development Programme Paper Number 3, United Nations Research Institute for Social Development. Retrieved on March 10, 2022 at <https://www.unrisd.org/en/library/publications/the-political-and-social-economy-of-care-in-a-development-context-conceptual-issues-research-question>
7. England, P. (2005). Emerging Theories of Care Work. *Annual Review of Sociology* 31, 381-399.
8. Liu, M., Maxwell, C.J., Armstrong, P., Schwandt, M., Moser, A., McGregor, M.J., Bronskill, S.E. and Dhalla, I.A. (2020). COVID-19 in long-term care homes in Ontario and British Columbia. *Canadian Medical Association Journal* 192(47), E1540-E1546.
9. Uppal, P. (2022, Feb. 2). The nonprofit care economy [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online. Dugal, A. (2022, Jan. 27). How are workers in the gender-based violence care economy dealing with the pandemic and what is needed to shock proof communities? [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
10. Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.
11. Gibson, M. (2022, Feb. 2). Care work and Neurodiversity [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
12. Folbre, N. (2006). Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy. *Journal of Human Development* 7(2), 183-199.
13. Folbre, N. (2006). Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy. *Journal of Human Development* 7(2), 183-199.
14. Grant, C., Stainton, T., and Marshall, S. (2012). Young carers in Canada: the hidden costs and benefits of young caregiving. Vanier Institute of the Family. Retrieved on Feb. 21, 2022, from https://vanierinstitute.ca/wp-content/uploads/2015/12/CFT_2012-07-00_EN.pdf
15. Gibson, M. (2022, Feb. 2). Care work and Neurodiversity [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
16. Moreira da Silva, J. (2019). "Why You Should Care About Unpaid Care Work." OECD Development Matters. Retrieved on Feb. 12, 2022, from <https://oecd-development-matters.org/2019/03/18/why-you-should-care-about-unpaid-care-work>
17. Hochschild, A. and Machung, A. (1989). *The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home*. Penguin Books.
18. Kan, M.Y., Zhou, M., Kolpashnikova, K., Hertog, E., Yoda, S., and Jun, J. (2022). Revisiting the Gender Revolution: Time on Paid Work, Domestic Work and Total Work in East Asian and Western Societies 1985-2016. *Gender & Society* 36(2).
19. Khanam, F., Langevin, M., Savage, K., and Uppal, S. (2022). Women working in paid care occupations. Statistics Canada. Retrieved on March 12, 2022, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00001-eng.htm>
20. Canadian research network for care in the community. (n.d.). Ontario Personal Support Workers in Home and Community Care: CRNCC/PSNO Survey Results. Retrieved on Feb. 15, 2022, from www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/infocus/factsheets/InFocus-Ontario%20PSWs%20in%20Home%20and%20Community%20Care.pdf
21. Uppal, S. and Savage, K. (2021). Child care workers in Canada. Statistics Canada. Retrieved on February 20, 2022, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2021001/article/00005-eng.htm>
22. Duffy, M. (2007). Doing the Dirty Work: Gender, Race and Reproductive Labor in Historical Perspective. *Gender and Society* 21(3), 313-336.
23. King-Dejardin, A. (2019). The Social Construction of Migrant Care Work: At the intersection of care, migration and gender. International Labour Organization. Retrieved on Feb. 12, 2022, from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_674622.pdf
24. International Labour Organization. (2015). ILO global estimates on migrant workers: Results and methodology. Geneva: International Labour Office.
25. Hochschild, A.R. (2014). Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In D. Engster and T. Metz (eds.), *Justice, Politics and the Family*. Routledge.
26. Savage, K. and Turcotte, M. (2020). The contribution of immigrants and population groups designated as visible minorities to nurse aide, orderly and patient service associate occupations. Statistics Canada. Retrieved on March 3, 2022, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/45280001202000100036>
27. Banerjee, R., Kelly, P., Tungohan, E., Cleto, P., de Leon, C., Garcia, M., Luciano, M., Palmaria, C. and Sorio, C. (2018). From "Migrant" to "Citizen": Labor Market Integration of Former Live-In Caregivers in Canada. *ILR Review* 71(4). Boyd, M. (2022, Jan. 27). Caring on the backs of migrant women: 25 years of change in Canada [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
28. Walton-Roberts, M (2022, Jan. 27). Entangled pathways: International students working as essential PSWs during COVID-19 [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
29. England, P. (2005). Emerging Theories of Care Work. *Annual Review of Sociology* 31, 381-399.

30. Smith, J. (2021). From “nobody’s clapping for us” to “bad moms”: COVID-19 and the circle of childcare in Canada. *Gender, Work & Organization* 29(1), 353-367.
31. Shafer, K., Scheibling, C., and Milkie, M.A. (2020). The Division of Domestic Labor before and during the COVID-19 Pandemic in Canada: Stagnation versus Shifts in Fathers’ Contributions. *Canadian Review of Sociology* 57(4), 523-549.
32. Leclerc, K. (2020). Caring for their children: Impacts of COVID-19 on parents. Statistics Canada. Retrieved on Feb. 21, 2022, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00091-eng.htm>
33. Adams-Prassl, A., Boneva, T., Golin, M. and Rauh, C. (2020). Inequality in the Impact of the Coronavirus Shock: Evidence from Real Time Surveys. IZA Institute of Labor Economics. Retrieved on Feb. 12, 2022, from <https://www.iza.org/publications/dp/13183/inequality-in-the-impact-of-the-coronavirus-shock-evidence-from-real-time-surveys>
34. Collins, C., Landivar, L.C., Ruppner, L. and Scarborough, W.J. (2020). COVID-19 and the gender gap in work hours. *Gender, Work & Organization* 28(51), 101-112.
35. Zamarro, G. and Prados, M.J. (2021). Gender differences in couples’ division of childcare, work and mental health during COVID-19. *Review of Economics of the Household* 19, 11-40.
36. Zamarro, G. and Prados, M.J. (2021). Gender differences in couples’ division of childcare, work and mental health during COVID-19. *Review of Economics of the Household* 19, 11-40.
37. Russell, B.S., Utchison, M., Tambling, R., Tomkunus, A.J., and Horton, A.L. (2020). Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: Caregiver Burden, Mental Health, and the Parent-Child Relationship. *Child Psychiatry & Human Development* 51, 671-682.
38. Cheng, Z., Mendolia, S., Paloyo, A.R., Savage, D.A., and Tani, M. (2021). Working parents, financial insecurity, and childcare: mental health in the time of COVID-19 in the UK. *Review of Economics of the Household* 19, 123-144.
39. Park, J. (2022, Feb. 3). Healthcare workers in Canada before and during the COVID-19 pandemic [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
40. Statistics Canada (2021). Mental health among health care workers in Canada during the COVID-19 pandemic. Retrieved on Feb. 8, 2022, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-eng.htm>
41. Powell, A., Ferns, C., and Burrell, S. (2021). Survey Report: Forgotten on the Frontline. Association of Early Childhood Educators Ontario. Retrieved on Feb. 18, 2022, from https://www.aecce.ca/survey_report_forgotten_on_the_frontline
42. Smith, J. (2021). From “nobody’s clapping for us” to “bad moms”: COVID-19 and the circle of childcare in Canada. *Gender, Work & Organization* 29(1), 353-367.
43. Folbre, N. (2006). Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy. *Journal of Human Development* 7(2), 183-199.
44. England, P., Budig, M., and Folbre, N. (2002). Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work. *Social Problems* 49(4), 455-473.
45. Thomason, S., Austin, L., Bernhardt, A., Jacobs, K., and Whitebook, M. (2018). At the Wage Floor: Covering Homecare and Early Care and Education Workers in the New Generation of Minimum Wage Laws. UC Berkeley Labor Center. Retrieved on March 21, 2022, from <https://laborcenter.berkeley.edu/at-the-wage-floor/>
46. Dugarova, E. (2020). Unpaid care work in times of the COVID-19 crisis: Gendered impacts, emerging evidence and promising policy responses. UNDP. Retrieved on March 11, 2022, from https://www.un.org/development/desa/family/wp-content/uploads/sites/23/2020/09/Duragova.Paper_.pdf
47. Dhuey, E. (2022, Feb. 3). Labour Market Trajectories of ECE and PSW Workers in Canada [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
48. Powell, A., Ferns, C., and Burrell, S. (2021). Survey Report: Forgotten on the Frontline. Association of Early Childhood Educators Ontario. Retrieved on Feb. 18, 2022, from https://www.aecce.ca/survey_report_forgotten_on_the_frontline
49. Dhuey, E. (2022, Feb. 3). Labour Market Trajectories of ECE and PSW Workers in Canada [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
50. Marani, H., McKay, S., and Marchildon, G. (2021). The Impact of COVID-19 on the Organization of Personal Support Work in Ontario, Canada. *Journal of Long-Term Care*, 283-293.
51. Webster, P. (2021). COVID-19 highlights Canada’s care home crisis. *The Lancet* 397(10270), P183.
52. Zagrodny, K. and Saks, M. (2017). Personal Support Workers in Canada: The New Precariat? *Healthcare Policy* 13(2), 31-39.
53. Winant, G. (2021). The Next Shift. Harvard University Press.
54. Budig, M. J. and England, P. (2001). The wage penalty for motherhood. *American Sociological Review* 66, 204-225.
55. Delecourt, S. (2022, Jan. 26). Constrained in location: Female business owners and gendered social norms [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
56. Le Barbanchon, T., Rathelot, R., and Roulet, A. (2021). Gender Differences in Job Search: Trading off Commute against Wage. *The Quarterly Journal of Economics* 136(1), 381-426.
57. Kossek, E. E., Dumas, T. L., Piszczek, M. M., & Allen, T. D. (2021). Pushing the boundaries: A qualitative study of how stem women adapted to disrupted work-nonwork boundaries during the COVID-19 pandemic. *Journal of Applied Psychology* 106(11), 1615.
58. Beckman, C.M. and Mazmanian, M. (2020). *Dreams of the Overworked: Living, Working, and Parenting in the Digital Age*. Stanford University Press.
59. Scott, K. (2022). Economic recovery for whom? For all the talk of recovery, many women and gender-diverse people are still struggling. *The Monitor*. Retrieved on Feb. 11, 2022, from <https://monitormag.ca/articles/economic-recovery-for-whom-for-all-the-talk-of-recovery-many-women-and-gender-diverse-people-are-still-struggling>
60. De Laat, K. (2022). Remote Work and Post-Bureaucracy: Unintended Consequences of Work Design for Gender Inequality. ILR Review. Calarco, J.M., Meanwell, E., Anderson, E.M., and Knopf, A.S. (2021). By Default: How Mothers in Different-Sex Dual-Earner Couples Account for Inequalities in Pandemic Parenting. *Socius* 7.
61. Goodman, R. and Kaplan, S. (2019). Work-Life Balance as a Household Negotiation: A New Perspective from Rural India. *Academy of Management Discoveries* 5(4).
62. Folbre, N., Gautham, L., & Smith, K. (2021). Essential workers and care penalties in the United States. *Feminist Economics*, 27(1-2), 173-187.
63. Peng, I. (2022, Feb.2). Care work and the Macroeconomy: A new research project [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
64. Moos, K. A. (2021). Care work. In *The Routledge Handbook of Feminist Economics* (pp. 90-98). Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2021. | Series: Routledge international handbooks: Routledge.
65. Dramani, L. (2022, Feb.2). Measuring the value of unpaid care work in West Africa [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
66. Essue, B. (2022, Feb. 2). The value of unpaid health work in Canada [Presentation]. Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable, online.
67. Moos, K. A. (2021). Care work. In *The Routledge Handbook of Feminist Economics* (pp. 90-98). Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2021. | Series: Routledge international handbooks: Routledge.

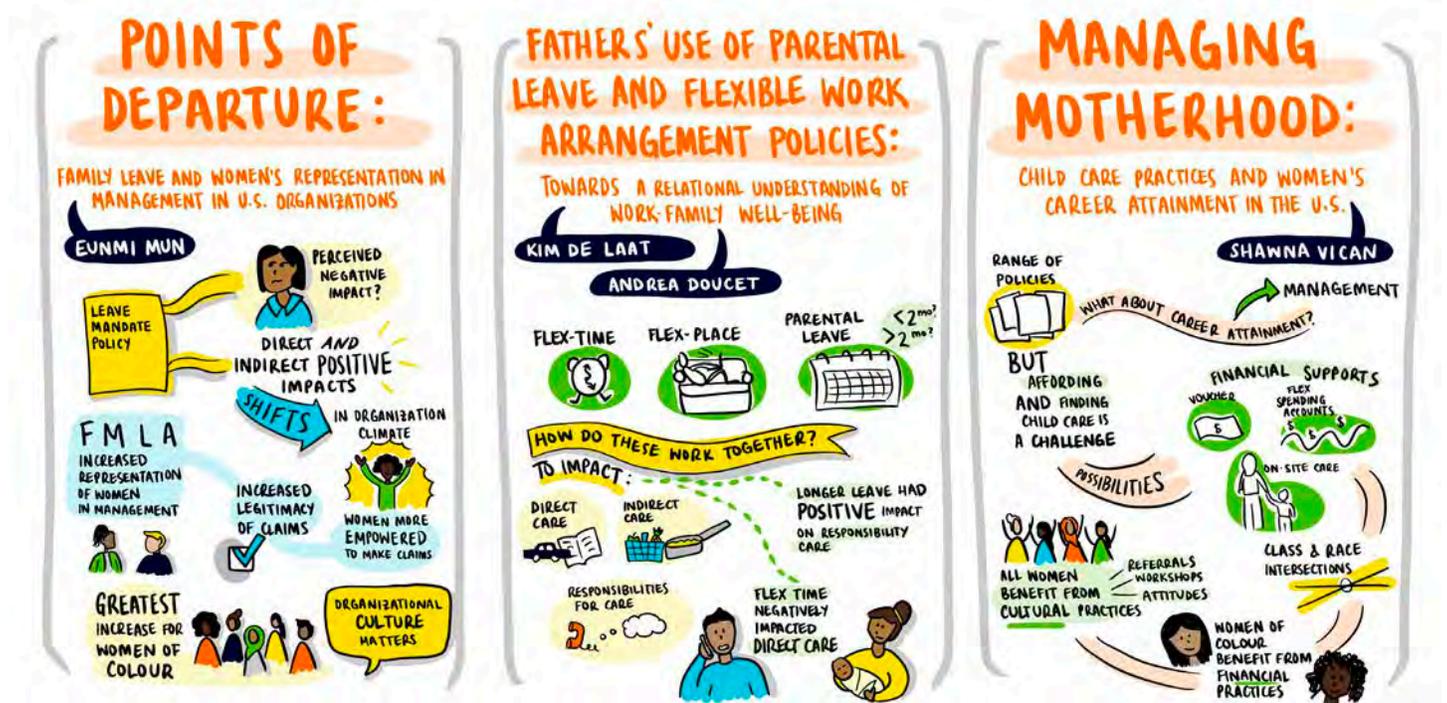
68. Moos, K. A. (2021). Care work. In *The Routledge Handbook of Feminist Economics* (pp. 90–98). Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2021. | Series: Routledge international handbooks: Routledge.
69. Ceron, E. (2022). Paid Leave and Universal Child Care Could Boost U.S. GDP by \$1 Trillion. *Bloomberg Equality*. Retrieved on March 30, 2022, from <https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-03-08/paid-leave-and-universal-child-care-could-boost-u-s-gdp-by-1-trillion>
Fortin, P., Godbout, L., and St-Cerny, S. (n.d.). Impact of Quebec's Universal Low-Fee Childcare Program on Female Labour Force Participation, Domestic Income, and Government Budgets. Retrieved on March 30, 2022, from https://www.oise.utoronto.ca/atkinson/UserFiles/File/News/Fortin-Godbout-St_Cerny_eng.pdf
70. Stanford, J. (2020). Child Care Expansion Would Boost Economic Recovery, Study Finds. *Centre for Future Work*. Retrieved on March 30, 2022, from <https://centreforfuturework.ca/2020/11/17/child-care-expansion/>
71. De Henau, J. (2022). Costs and benefits of investing in transformative care policy packages: A macrosimulation study in 82 countries. *ILO Working Paper 55*, Geneva: ILO. Retrieved on April 4, 2022 from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_839252.pdf
72. Powell, A. (2022, Feb. 2). Care at the Centre: The pedagogy and politics of care in ECE [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
73. Powell, A. (2022, Feb. 2). Care at the Centre: The pedagogy and politics of care in ECE [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
74. Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context*. Gender and Development Programme Paper Number 3, United Nations Research Institute for Social Development. Retrieved on March 10, 2022, at <https://www.unrisd.org/en/library/publications/the-political-and-social-economy-of-care-in-a-development-context-conceptual-issues-research-questio>
75. Suchman, M. C. (1997). On beyond interest: Rational, normative and cognitive perspectives in the social scientific study of law. *Wis. L. Rev.*, 475.
76. Sunstein, C. R. (1996). On the expressive function of law. *University of Pennsylvania law review* 144(5), 2021-2053.
77. Dugarova, E. (2020). Unpaid care work in times of the COVID-19 crisis: Gendered impacts, emerging evidence and promising policy responses. UNDP. Retrieved on March 11, 2022, from https://www.un.org/development/desa/family/wp-content/uploads/sites/23/2020/09/Dugarova.Paper_.pdf
78. Thévenon, O. and Solaz, A. (2013). Labour Market Effects of Parental Leave Policies in OECD Countries. Retrieved on March 30, 2022, from <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5k8xb6hw1wjf-en>
Mun, E. (2022, Jan. 26). Points of Departure: Family Leave and Women's Representation in Management in U.S. Organizations [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
79. Green, D. A., Kesselman, J. R., & Tedds, L. M. (2021). *Covering All the Basics: Reforms for a More Just Society*. Available at SSRN; Koebel, K., Pohler, D., Gomez, R., & Mohan, A. (2021). *Public Policy in a Time of Crisis: A Framework for Evaluating Canada's COVID-19 Income Support Programs*. *Canadian Public Policy*.
80. Strauss, C. (2021). *Basic Income & The Care Economy*. *Women's Legal Education and Action Fund*. Retrieved on March 25, 2022, from <https://www.leaf.ca/wp-content/uploads/2021/09/Basic-Income-The-Care-Economy-Executive-Summary-Recommendations-Final.pdf>
81. Vican, S. (2022, Jan. 26). *Managing Motherhood: Child Care Practices and Women's Career Attainment in the U.S.* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
82. Vican, S. (2022, Jan. 26). *Managing Motherhood: Child Care Practices and Women's Career Attainment in the U.S.* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
83. De Laat, K., and Doucet, A. (2022, Jan. 26). *Fathers' use of parental leave and/or flexible work arrangements* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
84. Garon-Carrier, G. (2019). *Defining and measuring the quality of Early Learning and Child Care: A Literature Review*. Retrieved on March 30, 2022, from <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/early-learning-child-care/reports/2019-defining-measuring-quality.html>
85. Akbari, E. (2022, Feb 3). *Early Childhood Education and Care Policy and its Role in Economic Recovery* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
86. Dhuey, E. (2022, Feb. 3). *Labour Market Trajectories of ECE and PSW Workers in Canada* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
87. Richardson, B. (2022, Jan. 27). *Gender and the professionalization of care work with children: The perfect storm* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
88. Richardson, B. (2022). *Commodification and care: An exploration of workforces' experiences of care in private and public childcare systems from a feminist political theory of care perspective*. *Critical Social Policy* 42(1), 107-128.
89. Cleveland, G. (2022, Feb. 2). *Calculating the affordability of licensed childcare in Canada* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
90. Mohamed, R. (2022, Jan. 11). *Quebec's Child-Care Program at 25: A Scorecard, The Line*. Retrieved on April 4, 2022, from <https://theline.substack.com/p/rahim-mohamed-quebecs-child-care?s=w>
Mohamed, R. (2021). *A Curious Case of Negative Policy Diffusion? The Legacy of Quebec's '\$5-a-day' Childcare*. *Canadian Review of Social Policy / Revue Canadienne De Politique Sociale*, 81.
91. Roy, A. (2020). "The pandemic is a portal." *Financial Times*. Retrieved on March 29, 2022, at <https://www.ft.com/content/10d8f5e8-74eb-11ea-95fe-fcd274e920ca>
92. Scott, K. (2022, Feb. 3). *Mission Critical: Strategies for ensuring marginalized women's post-pandemic job recovery* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
93. Folbre, N., Gautham, L., & Smith, K. (2021). *Essential workers and care penalties in the United States*. *Feminist Economics*, 27(1-2), 173-187.
94. Scott, K. (2022, Feb. 3). *Mission Critical: Strategies for ensuring marginalized women's post-pandemic job recovery* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
95. Scott, K. (2022, Feb. 3). *Mission Critical: Strategies for ensuring marginalized women's post-pandemic job recovery* [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
96. Sultana, F. (2021). *Climate change, COVID-19, and the co-production of injustices: a feminist reading of overlapping crises*. *Social & Cultural Geography*, 22(4), 447-460.
97. Adams-Prassl, A., Boneva, T., Golin, M. and Rauh, C. (2020). *Inequality in the Impact of the Coronavirus Shock: Evidence from Real Time Surveys*. *IZA Institute of Labor Economics*. Retrieved on Feb. 12, 2022 from <https://www.iza.org/publications/dp/13183/inequality-in-the-impact-of-the-coronavirus-shock-evidence-from-real-time-surveys>
Collins, C., Landivar, L.C., Ruppanner, L. and Scarborough, W.J. (2020). *COVID-19 and the gender gap in work hours*. *Gender, Work & Organization* 28(5), 101-112.
98. Kossek, E. E., Dumas, T. L., Piszczek, M. M., & Allen, T. D. (2021). *Pushing the boundaries: A qualitative study of how stem women adapted to disrupted work-nonwork boundaries during the COVID-19 pandemic*. *Journal of Applied Psychology* 106(11), 1615.
99. Padavic, I., Ely, R. J., & Reid, E. M. (2020). *Explaining the persistence of gender inequality: The work-family narrative as a social defense against the 24/7 work culture*. *Administrative Science Quarterly*, 65(1), 61-111.

100. Litwin, A. S. (2020, June 23). Technological change in health care delivery. Retrieved March 31, 2022, from UC Berkeley Labor Center website: <https://laborcenter.berkeley.edu/technological-change-in-health-care-delivery/>
101. MacLeavy, J. (2021). Care work, gender inequality and technological advancement in the age of COVID-19. *Gender, Work, and Organization*, 28(1), 138-154.
102. Gary, M. E. (2021). Care Robots, Crises of Capitalism, and the Limits of Human Caring. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 14(1), 19-48.
103. MacLeavy, J. (2021). Care work, gender inequality and technological advancement in the age of COVID-19. *Gender, Work, and Organization*, 28(1), 138-154.
104. Parks, J. A. (2010). Lifting the burden of Women's care work: should robots replace the "human touch"? *Hypatia*, 25(1), 100-120.
105. Ticona, J., & Mateescu, A. (2018). Trusted strangers: Carework platforms' cultural entrepreneurship in the on-demand economy. *New Media & Society*, 20(11), 4384-4404.
106. MacLeavy, J. (2021). Care work, gender inequality and technological advancement in the age of COVID-19. *Gender, Work, and Organization*, 28(1), 138-154.
107. Lam, L. and Triandafyllidou, A. (2022, Jan. 27). The Platformization of Care [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
108. Ticona, J. (2022, March 3). Manufacturing Trust: Actuarial Management in Online Carework Platforms [Presentation]. *Carework Virtual Symposium*, online.
109. De Laat, K., and Doucet, A. (2022, Jan. 26). Fathers' use of parental leave and/or flexible work arrangements [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
- Reid, E. (2015). Embracing, Passing, Revealing, and the Ideal Worker Image: How People Navigate Expected and Experienced Professional Identities. *Organization Science* 26(4), 997-1017.
110. Uppal, P. (2022, Feb. 2). The nonprofit care economy [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
111. Brown, J., Arya, A., and Longhurst, A. (2021). How can we start to make Canada's long-term care homes about care, not profit? *Policy Options*. Retrieved on March 30, 2022, from <https://policyoptions.irpp.org/magazines/septembe-2021/how-can-we-start-to-make-canadas-long-term-care-homes-about-care-not-profit/>
112. Friendly, M. (2019). A bad bargain for us all: Why the market doesn't deliver child care that works for Canadian children and families. *Childcare Resource and Research Unit*. Retrieved on March 30, 2022, from <https://childcarecanada.org/sites/default/files/OP31-A-bad-bargain-for-us-all.pdf>
113. Uppal, P. (2022, Feb. 2). The nonprofit care economy [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
114. International Labour Organization [ILO]. (2016, March 3). Providing Care through Cooperatives: Survey and Interview Findings. Retrieved January 14, 2022, from ilo.org website: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_emp/--emp_ent/---coop/documents/publication/wcms_457286.pdf
115. Cranford, C. (2022, Jan. 27). Immigrant Workers and an Intimate Community Unionism [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
116. Nijhawan, A. and Grantham, K. (2022, Feb. 2). Donor Investment in the Care Economy: From Commitment to Action [Presentation]. *Care Work in the Recovery Economy Research Roundtable*, online.
117. Vasudevan, R. and Raghavendra, S. (2022). Women's Self-Employment as a Developmental Strategy: The Dual Constraints of Care Work and Aggregate Demand, *Feminist Economics*, DOI: 10.1080/13545701.2022.2044497
118. Bélanger, D., & Silvey, R. (2020). An Im/mobility turn: power geometries of care and migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(16), 3423-3440.
119. Parreñas, R. S. (2012). The reproductive labour of migrant workers. *Global Networks* 12(2), 269-275

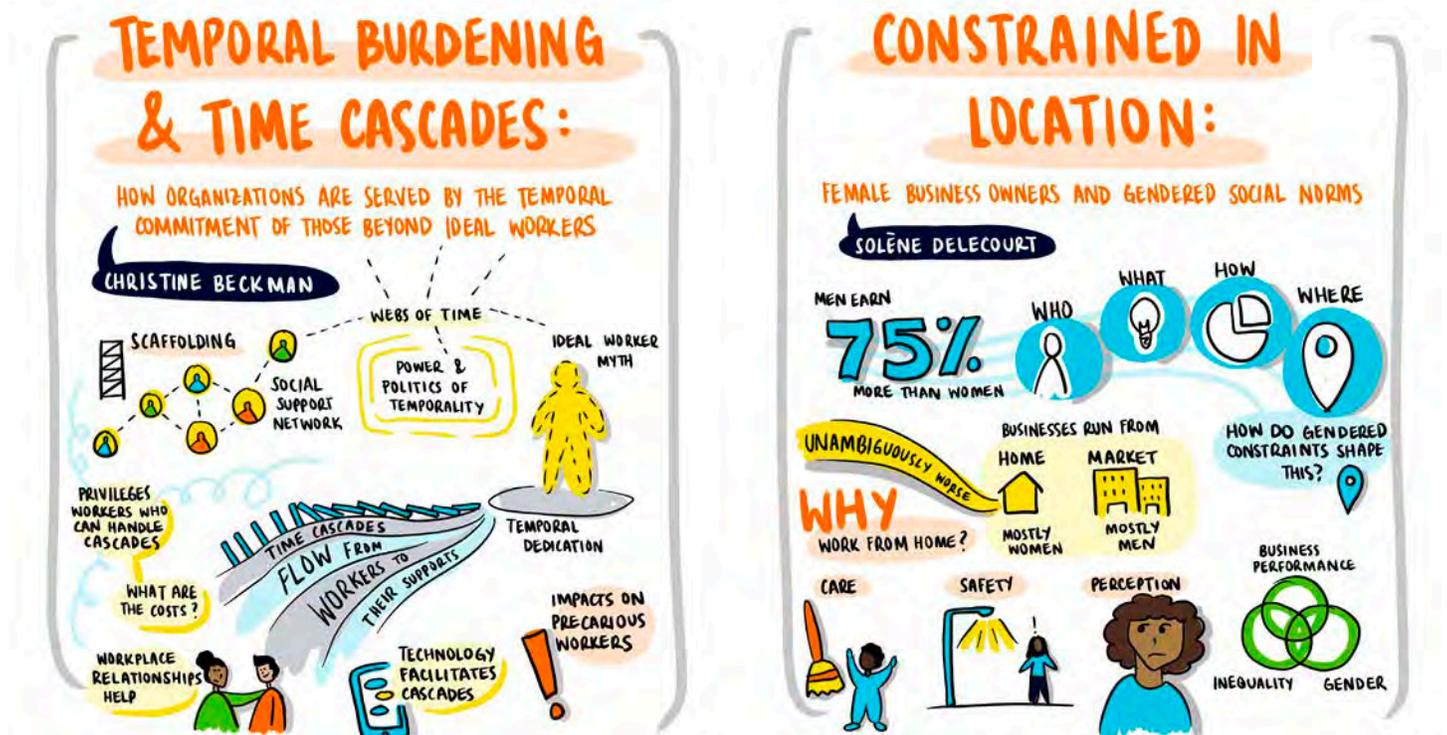
Annexe:

Enregistrements graphiques de la table ronde de recherche

Prendre soin d'autrui dans une économie de reprise: le 26 janvier 2022 table ronde de recherche 1 de 3



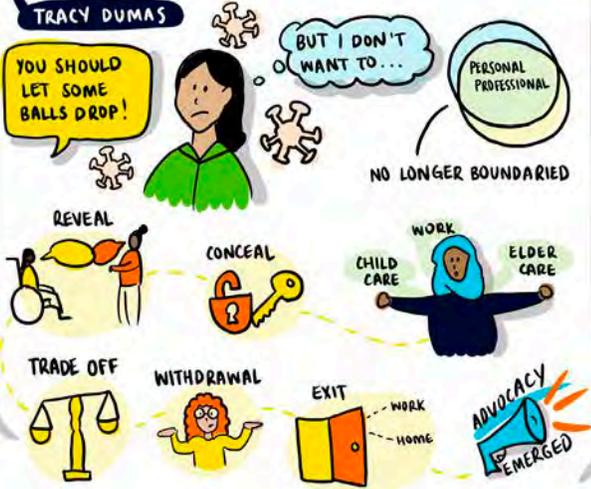
Prendre soin d'autrui dans une économie de reprise: le 26 janvier 2022 table ronde de recherche 2 de 3



PUSHING THE BOUNDARIES:

A QUALITATIVE STUDY OF HOW STEM WOMEN ADAPTED TO DISRUPTED WORK-NONWORK BOUNDARIES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

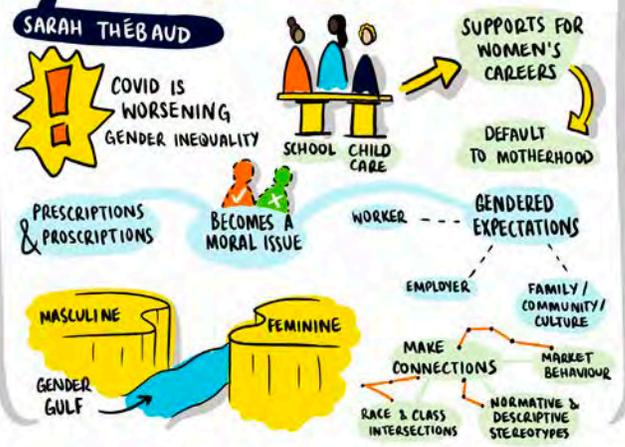
TRACY DUMAS



WHAT AMERICAN MOTHERS AND FATHERS SHOULD BE, SHOULDN'T BE, ARE ALLOWED TO BE, AND DON'T HAVE TO BE:

MAPPING THE CONTEMPORARY CULTURAL FOUNDATIONS OF INEQUALITIES IN CAREGIVING AND CAREERS

SARAH THÉBAUD



CARING ON THE BACKS OF MIGRANT WOMEN:

25 YEARS OF CHANGE IN CANADA

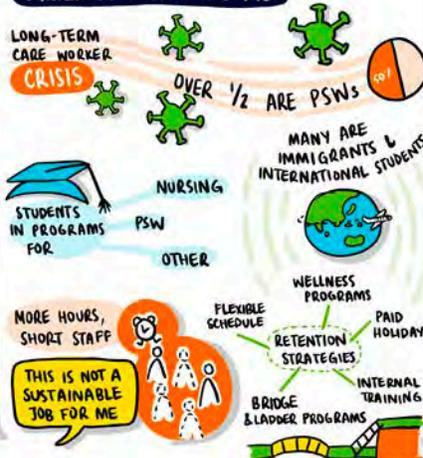
MONICA BOYD



ENTANGLED PATHWAYS:

INTERNATIONAL STUDENTS WORKING AS ESSENTIAL PSWs DURING COVID-19

MARGARET WALTON-ROBERTS



THE PLATFORMIZATION OF CARE:

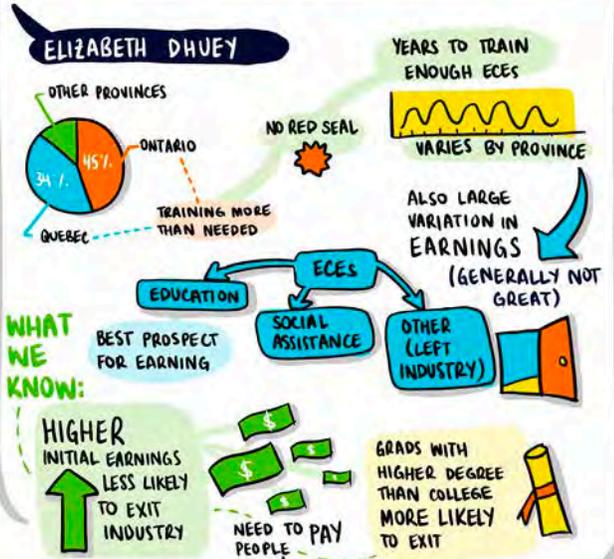
MIGRANT PATHWAYS NAVIGATING THROUGH DIGITAL CARE PLATFORMS

LAURA LAM

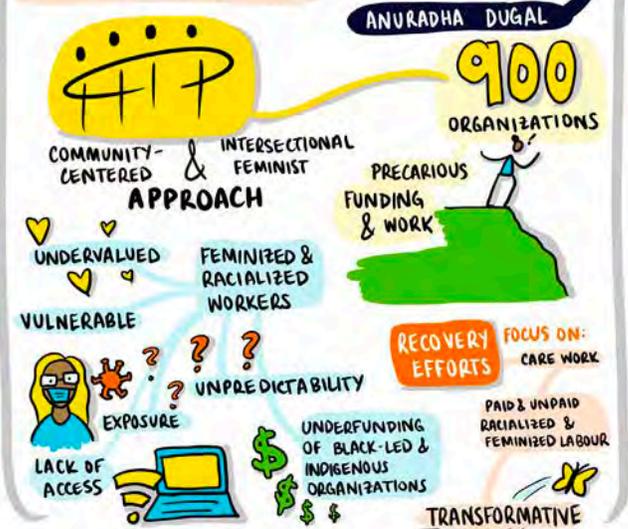
ANNA TRIANDAFYLIDOU



LABOUR MARKET TRAJECTORIES OF ECE AND PSW WORKERS IN CANADA



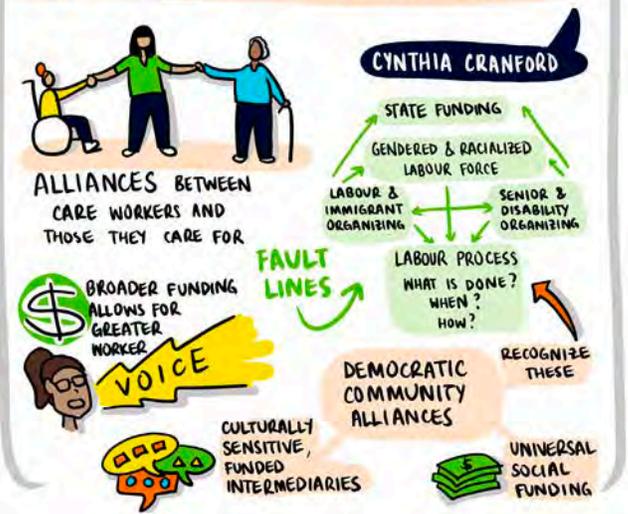
HOW ARE WORKERS IN THE GENDER-BASED VIOLENCE CARE ECONOMY DEALING WITH THE PANDEMIC AND WHAT IS NEEDED TO SHOCK PROOF COMMUNITIES?



GENDER AND THE PROFESSIONALIZATION OF CARE WORK WITH CHILDREN:



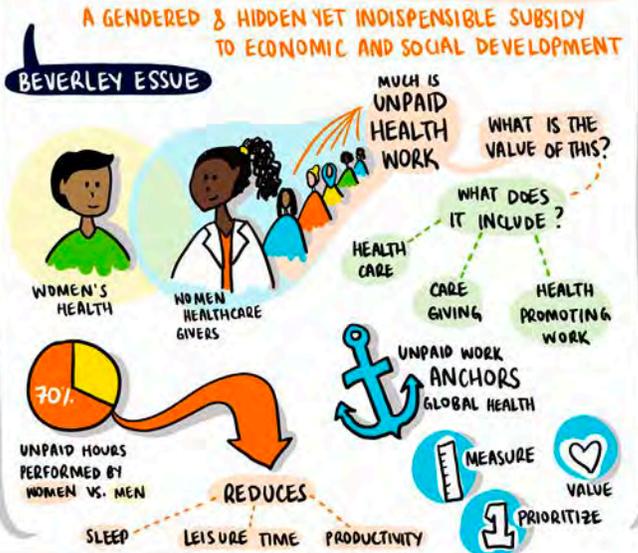
IMMIGRANT WORKERS AND AN INTIMATE COMMUNITY UNIONISM



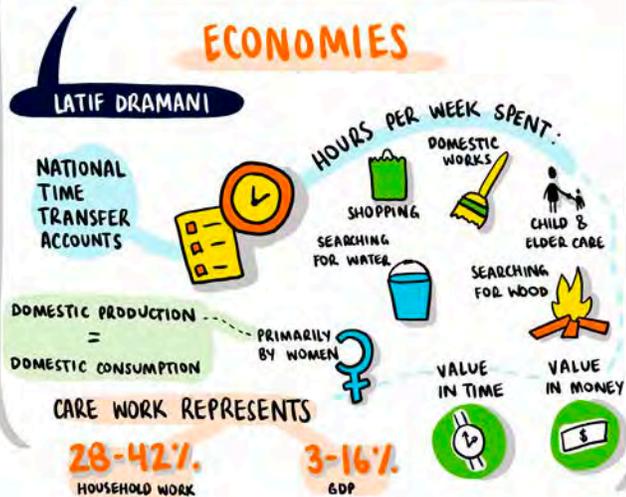
THE "SCOPE" OF THE CARING ECONOMY IS BIGGER THAN WE THINK



UNPAID HEALTHCARE AND CAREGIVING:



HOW TO ASSESS AND MEASURE THE IMPACT OF UNPAID CARE WORK IN WEST AFRICAN COUNTRIES' ECONOMIES



CARE WORK AND THE MACROECONOMY:



THE NONPROFIT CARE ECONOMY

PAMELA UPPAL

WHEN WORKERS ARE SUPPORTED THEY PROVIDE THE BEST CARE

WAGES RIGHTS DIGNITY

MUCH OF NONPROFIT CARE WORK IS DONE BY WOMEN & RACIALIZED WOMEN

WHERE DOES FOR-PROFIT COME IN?

NONPROFIT MODEL

MISSION FIRST PEOPLE FOCUSED PARTNERSHIPS FINANCIALIZATION

NOW WHAT? TAKE PROFIT OUT INVEST IN CARE ECONOMY ENSURE DECENT WORK

CALCULATING THE AFFORDABILITY OF LICENSED CHILDCARE IN CANADA

GORDON CLEVELAND

\$10/ DAY CHILDCARE IN ALBERTA

IS IT POSSIBLE? NOT WITH CURRENT POLICIES

DIFFERENT MEASURES OF AFFORDABILITY

BARRIERS EMPLOYMENT COST

MEASUREMENT MATTERS

IDEAL MODEL? FIXED MAXIMUM SLIDING SCALE

IMPACTS LOW-INCOME FAMILIES THE MOST

CARE AT THE CENTRE:

THE PEDAGOGY AND POLITICS OF CARE IN ECE

ALANA POWELL

FEMINIST ETHICS OF CARE

POLICY SCHOLARSHIP COMMUNITY ORGANIZING ADVOCACY

COVID-19 WORSENERD WORKING CONDITIONS CRISIS AT BREAKING POINT

CARE WITH CARE-TENSION

COMPLEX SYSTEMIC ENTANGLED PROBLEMS DISRUPT CENTRE VOICES & STORIES

DONOR INVESTMENT IN THE CARE ECONOMY

FROM COMMITMENT TO ACTION

AMAR NIJHAWAN **KATE GRANTHAM**

CARE WORK NEEDS RESEARCH GOVERNMENT ATTENTION DONOR ATTENTION

ADVOCATE GREATER INVESTMENT IN CARE

EXISTING PROGRAMMING TRENDS & GAPS GOOD FEMINIST PRACTICES

FOCUS ON CARE BEYOND CHILDHOOD PAID VS. UNPAID WORK

FUNDING ADVOCACY 5R APPROACH

CARE WORK AND NEURODIVERSITY

HOW DO PEOPLE UNDERSTAND NEURODIVERSITY?

MARGARET GIBSON

CARE WORK IS A COMMON THREAD

SOCIAL CHANGE DISABILITY ADVOCACY PEOPLE ARE DIFFERENT

ADDRESS SYSTEMIC FAILINGS

MANY IDENTITIES LOTS OF OVERLAP

POLICIES SHAPE CONFLICTS

DIVISION OF CARE - GIVERS & CARE-RECIPIENTS NEEDS NUANCE

FAMILY MEMBERS SERVICE PROVIDERS SELF-ADVOCACY & SELF CARE

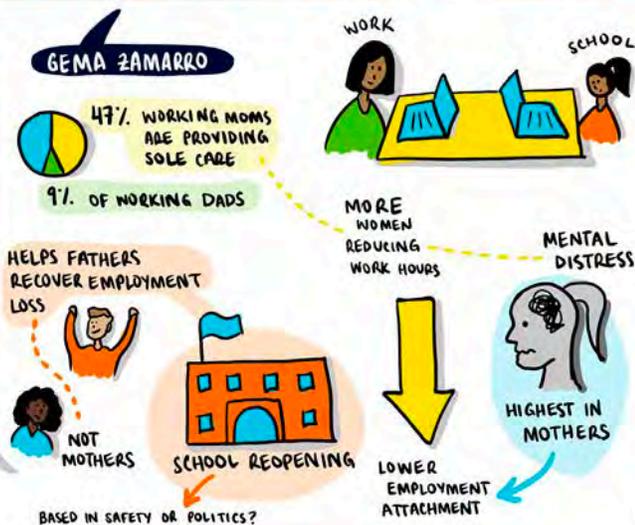
HOW DID THE COVID-19 PANDEMIC AFFECT STABILITY OF CHILD CARE ARRANGEMENTS AND WHAT FACTORS PREDICTED INSTABILITY?



PARENTAL STRESS AND ECEC PREFERENCES DURING COVID-19



SCHOOL CLOSURES AND REOPENINGS, CHILDCARE ARRANGEMENTS, AND LABOUR OUTCOMES DURING COVID-19



HEALTHCARE WORKERS IN CANADA BEFORE AND DURING THE COVID-19 PANDEMIC



EARLY CHILDHOOD EDUCATION AND CARE POLICY AND ITS ROLE IN ECONOMIC RECOVERY



MISSION CRITICAL:

STRATEGIES FOR ENSURING MARGINALIZED WOMEN'S POST-PANDEMIC JOB RECOVERY



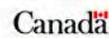
Research Roundtable: Care Work in the Recovery Economy | 3 Feb 2022

© Institute for Gender and the Economy



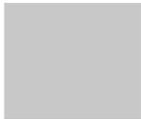
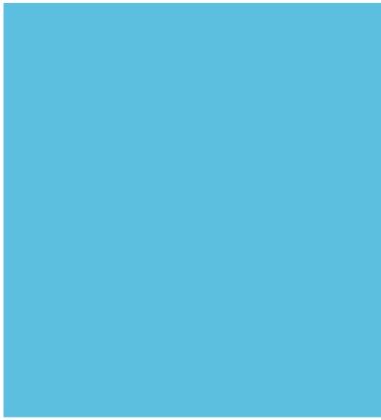
Government of Canada

Gouvernement du Canada



Live Graphic Recording: Emma Richard





Rotman School of Management
UNIVERSITY OF TORONTO



www.gendereconomy.org