



# L'ÉCONOMIE DES SOINS EN ONTARIO :

**Une évaluation des  
politiques provinciales  
associées au travail de soins**

**Mai 2026**



# L'ÉCONOMIE DES SOINS EN ONTARIO :

**Une évaluation des politiques  
provinciales associées au travail de soins**

## Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Inez Hillel et Jay Piotrowski de Vivic Research.

Les auteurs remercient l'équipe de l'Ontario Nonprofit Network (ONN) pour son soutien et sa rétroaction durant tout le projet.

Ils souhaitent remercier tout particulièrement Megan Q. Linton (Disability Justice Network Ontario) dont les analyses précieuses ont contribué à ce travail.

Ils tiennent également à exprimer leur profonde gratitude envers les spécialistes qui ont accepté de faire partager leur expertise. Ce projet n'aurait pu se réaliser sans leur contribution.

ONN reconnaît l'appui de Femmes et Égalité des genres Canada.



Women and Gender  
Equality Canada

Femmes et Égalité  
des genres Canada

# Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
Qu'est-ce que le travail de soins rémunéré et non rémunéré?	
<b>Évaluer l'économie des soins en Ontario .....</b>	<b>4</b>
Dévalorisation généralisée du travail de soins et le cas de l'Ontario	
Les OSBL dans l'économie des soins de l'Ontario	
<b>Fiche d'évaluation relative au travail de soins : la note d'échec pour les politiques de l'Ontario .....</b>	<b>10</b>
<b>Résumé de la Fiche d'évaluation relative au travail de soins en Ontario .....</b>	<b>13</b>
<b>Principaux constats .....</b>	<b>20</b>
1. Les systèmes de soins fonctionnent à des niveaux intenable	
2. La crise du logement et le coût de la vie augmentent les besoins au-delà de la capacité du système de soins	
3. Une infrastructure physique solide favorise des soins adéquats, mais sa dérégulation et sa privatisation augmentent le fardeau en matière de soins	
4. La privatisation des soins affaiblit l'offre de services essentiels assurée par les OSBL	
5. La punition et la criminalisation comme réponses aux besoins en l'absence de services de soins et de soutien adéquats	
6. La faiblesse des lois sur l'emploi expose le personnel de soins à l'abus et à l'exploitation au travail	
L'économie des soins de l'Ontario dans un état précaire	
<b>Une province qui prend soin de ses gens, c'est possible .....</b>	<b>28</b>
Comment créer une province qui prend soin de ses gens	
<b>Conclusion .....</b>	<b>32</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>33</b>
<b>Annexe: Méthodologie pour adapter et utiliser la Fiche d'évaluation relative au travail de soins en Ontario .....</b>	<b>37</b>

# Introduction

Le travail de soins, rémunéré ou non, constitue un élément vital, mais trop souvent sous-estimé, de nos vies individuelles et de notre société. En l'absence de rémunération ou en présence d'une rémunération inadéquate, il sert de soutien à l'économie (Bureau de l'équité salariale, 2022).

Le système de soins en Ontario existe dans un état de crise perpétuel qui fait les manchettes : longs délais d'attente pour avoir accès aux services, privatisation des services de soins, lacunes dans la qualité et pénurie de personnel. Les systèmes sont surchargés et les répercussions dans les communautés, concrètes. Les Ontariens et Ontariennes peinent à accéder aux services de santé ou à un logement abordable, et les services pour les personnes âgées tout comme les programmes artistiques, culturels et de loisirs offerts dans les communautés disparaissent. En parallèle, de plus en plus d'aidants et d'aidantes se retrouvent pris entre les générations plus âgées et plus jeunes dont ils doivent s'occuper en même temps, sans parler de leurs propres besoins (Statistique Canada, 2024).

Les politiques et fonds provinciaux jouent un rôle déterminant pour la prestation des soins. À cet égard, les conditions actuelles peuvent être associées à des politiques publiques récentes et de longue date.

Le milieu de soins en Ontario, dont il est question dans le présent rapport, est encadré par des lois mal adaptées aux réalités actuelles. Les normes d'emploi ne tiennent compte de l'entrée du travail de soins dans l'économie sur demande. Les formules de financement ne reflètent la hausse du nombre de personnes dépendantes des différents programmes sociaux. Les programmes d'aide ne suivent le coût de la vie. Et les politiques ne reconnaissent l'effet multiplicateur des obstacles supplémentaires auxquels font face les communautés privées d'équité<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> ONN utilise les termes « méritant l'équité » et « privé d'équité » pour parler de groupes de personnes qui, en raison d'une discrimination systémique, rencontrent des obstacles les empêchant d'accéder aux ressources et aux possibilités dans la même mesure que d'autres membres de la société, et dont ils ont besoin pour obtenir des résultats équitables. Au [Canada](#), les groupes typiquement considérés comme méritant l'équité ou privés d'équité englobent les communautés noires, autochtones et racisées, les femmes, la communauté 2ELGBTQI+, les groupes religieux minoritaires et les personnes en situation de handicap. Dans le présent rapport, nous privilégions le terme « privé d'équité ».

# Qu'est-ce que le travail de soins **rémunéré** et **non** **rémunéré**?



Le **travail de soins** réfère à tout travail permettant de répondre aux besoins physiques, psychologiques et émotionnels des individus, des familles et de leurs communautés (Wray et al., 2023)<sup>2</sup>.

L'**économie des soins** représente la somme de ces activités, rémunérées ou non, réalisées par les secteurs public, privé et caritatif, ainsi que dans les ménages (Organisation internationale du Travail, n. d.)<sup>3</sup>. Le travail de soins est souvent accompli par des femmes noires, racisées, immigrantes ou migrantes (Vancouver and District Labour Council, 2023).

Le **travail de soins rémunéré** est effectué par des hommes et des femmes à l'emploi dans le secteur public, privé ou caritatif. Des exemples incluent les soins infirmiers, les services de soins à la personne, les services de garde d'enfants, l'administration et les services d'entretien.

Le **travail de soins non rémunéré** réfère principalement aux activités réalisées dans les ménages, notamment l'éducation des enfants, la cuisine, le ménage et le soutien médical ou urgent offert aux proches.

<sup>2</sup> La définition de « travail de soins » utilisée par ONN s'appuie sur celle proposée par l'[Organisation internationale du Travail](#) et de nombreux universitaires féministes.

<sup>3</sup> ONN utilise également le terme « infrastructure sociale » pour décrire l'économie des soins.

# Évaluer l'économie des soins en Ontario



Ce rapport présente un résumé des observations faites sur l'économie des soins en Ontario à l'aide d'une version adaptée de la [fiche d'évaluation des politiques relatives au travail de soins](#) (en anglais). Cet outil est utilisé pour mesurer le progrès, identifier des lacunes dans les politiques et enrichir le travail de plaidoyer afin de transformer les conditions sociales genrées qui compromettent les soins. La fiche d'évaluation a été créée par un groupe d'organismes, dont Oxfam, International Center for Research on Women (ICRW) Asia, International Domestic Workers Federation, Africa Leadership Forum, UK Women's Budget Group, Ciudadanía Bolivia, Padare Men's Forum Zimbabwe, Ugandan Women's Network et Youth Alive! Kenya.

L'information présentée dans ce rapport est le résultat de recherches et de consultations avec des spécialistes. La recherche s'est concentrée sur les politiques provinciales

qui encadrent directement divers éléments du travail de soins, p. ex. les soins de santé ou la garde d'enfants, ou qui influencent les conditions de travail et de vie des personnes chargées du travail de soins. Parmi les manquements dans le domaine de soins que les gens observent au quotidien, beaucoup prennent leur source dans les politiques provinciales (ou l'absence de celles-ci). La fiche d'évaluation place le travail de soins au centre des décisions concernant les politiques sur la prestation de services, les normes d'emploi et les projets d'infrastructure. Cette perspective permet de placer le travail de soins au cœur des efforts de plaidoyer auprès du gouvernement provincial.

La fiche d'évaluation pour l'Ontario comprend tous les scores, explications et sources. Le rapport sur la méthodologie qui l'accompagne fournit des détails sur l'adaptation de la fiche et sur l'évaluation selon le contexte ontarien.

## Dévalorisation généralisée du travail de soins et le cas de l'Ontario

Le travail de soins est un enjeu hautement genré et féminisé<sup>4</sup>. Que ce soit à la maison ou au travail, on marginalise ce travail très demandant sur le plan émotionnel et physique et exercé par les femmes. Il est qualifié d'inné ou d'obligatoire, de plus facile et de moins utile et, par conséquent, de moins important que le travail accompli par les hommes (Moser, 2024). Les conséquences de cette dévalorisation infiltrent toutes les sphères de la vie : les femmes font plus de travail



<sup>4</sup> Dans ce rapport, ONN et Vivic Research utilisent une définition inclusive des femmes, qui englobe les femmes trans et les femmes 2ELGBTQI+. Les données et études sur les expériences des personnes féminisées de genre non conforme sont insuffisantes, ce qui explique le choix, dans le contexte de ce rapport, d'utiliser le mot « femme » pour discuter des expériences de toute personne qui s'identifie ou est perçue comme femme.

non rémunéré à la maison que les hommes, les salaires dans les secteurs à majorité féminine sont moins élevés pour l'ensemble des personnes qui y travaillent, les heures supplémentaires et de longues journées de travail sont présentées comme une obligation liée au fait de s'occuper d'autrui, et les femmes reçoivent des soins de moindre qualité dans les établissements (Camargo-Plazas et al., 2022; Bureau de l'équité salariale, 2025; Scott, 2024).

Fait à noter, les études, les données et les discussions sur le travail de soins reposent en grande partie sur la perception cishétéronormative et binaire du genre et des sexes. Dans la réalité, les systèmes fondés sur la féminophobie, le sexisme et la transmisogynie convergent pour faire du travail de soins un devoir de toute personne féminisée, quel que soit son genre<sup>5</sup>.

Ce phénomène de dévalorisation du travail de soins s'observe à l'échelle mondiale, nationale et locale. En

<sup>5</sup> Le terme « féminophobie » renvoie à la dévaluation et à la régulation de la féminité chez les personnes de tout genre ou sexe. La « transmisogynie » renvoie à l'intersection entre la transphobie et la misogynie.





Ontario, il prend la forme d'une main-d'œuvre isolée selon le genre. En effet, la vaste majorité des effectifs dans l'économie des soins sont des femmes (Institut canadien d'information sur la santé, 2026). Qui plus est, les femmes racisées et immigrantes y affichent une représentation disproportionnée dans les rôles les plus précaires et les moins bien payés. Cette situation s'explique entre autres par les politiques d'immigration canadiennes qui renforcent les stéréotypes et une division du travail selon le genre et l'ethnie. Ces politiques invalident les attestations

et classifications de travail de soins, en particulier le travail domestique. Elles associent à ces occupations un « faible niveau de compétences », ce qui mène à la subordination des travailleurs et travailleuses de soins migrants et ouvre la porte à l'exploitation (Mooten, 2021). Souvent, pour ces personnes, la ligne entre le travail de soins rémunéré et non rémunéré est mince lorsque la charge d'un emploi rémunéré est telle qu'ultimement, elles sont contraintes de fournir des soins non rémunérés dans une proportion importante. Au total, on estime les salaires ainsi volés à plusieurs millions de dollars (Bedard et Gellatly, 2025). Les mêmes tendances s'observent pour toutes les formes d'oppression systémique et augmentent la précarité d'emploi pour les personnes en situation de handicap, les personnes 2ELGBTQI+ et les femmes à faible revenu. L'effet est décuplé pour les personnes qui subissent plusieurs formes d'oppression en même temps.

Le contexte du travail de soins rémunéré ne peut être dissocié du travail de soins non rémunéré dans les ménages. La montée de la pauvreté en Ontario entraîne une augmentation de la demande pour les services, tandis que la capacité pour fournir ces services diminue. Beaucoup de travailleurs et de travailleuses de première ligne éprouvent des difficultés à payer pour leur nourriture, leur logement et d'autres besoins



de base. En même temps, ils sont censés travailler de longues heures dans des emplois sous-financés (Workers' Action Centre, 2022). Les femmes occupant un emploi dans le domaine des soins montrent des taux d'épuisement supérieurs aux femmes dans d'autres secteurs. Pourtant, elles sont aussi censées fournir des niveaux de soins intenable pour leurs enfants, partenaires et parents vieillissants à la maison (Brophy et al., 2024; Luxton, 2021).

## **Les OSBL dans l'économie des soins de l'Ontario**

Depuis toujours, le gouvernement de l'Ontario a fait appel aux organismes sans but lucratif (OSBL) pour s'acquitter de ses responsabilités en matière de soins. Depuis 50 ans, la décroissance des services sociaux assurés par l'État a fait exploser

le rôle des OSBL comme prestataires de services de soins (Baines & Brown, 2025) directs et indirects. Ainsi, les organismes dans le domaine des arts offrent des soins indirects par l'organisation d'événements et d'expositions qui permettent aux aidants et aidantes de se voir et de mieux comprendre leur situation. Pour leur part, les organismes environnementaux prennent soin de l'environnement qui, lui, prend soin de nous. Les soins ne peuvent être confinés à un seul sous-secteur, mais constituent un vaste système.

Les mesures d'austérité prises par les gouvernements pendant des décennies ont entraîné la dégradation des services de soins. Ces mesures comprennent le dessaisissement d'entreprises détenues depuis longtemps par le gouvernement, le transfert de services aux municipalités et l'adoption d'une mentalité de plus en plus entrepreneuriale, plutôt qu'axée sur le bien

commun, à l'égard des activités gouvernementales (Box, 1999; Hyde, 2023). Par conséquent, le financement des services de soins fournis par les OSBL est souvent inadéquat malgré leur caractère essentiel dans l'économie de soins. Les OSBL prestataires doivent s'occuper d'une clientèle en forte croissance et de plus en plus complexe avec des budgets qui n'augmentent pas. Le personnel de première ligne doit porter le poids des manquements dans les services de soins alors qu'il gagne à peine un salaire de subsistance.

Malgré leur volonté de développement, les OSBL s'en trouvent défavorisés lorsque, pour obtenir de contrats du gouvernement, ils doivent entrer en concurrence avec des fournisseurs de services à but lucratif qui disposent de ressources plus importantes. Cette concurrence est d'autant plus critique que l'expansion des services de soins, notamment pour la garde d'enfants et les soins de longue durée, suit de plus en plus une logique de marché. Le système de soumissions pour les contrats de prestation de services avantage les entreprises privées dotées de ressources qu'elles peuvent affecter au processus de soumission. Les OSBL de toute taille sont désavantagés pendant le processus d'approvisionnement.

De nombreux OSBL qui fournissent des soins aux communautés privées d'équité doivent composer avec un terrain politique difficile. Les ententes de financement limitées et de courte durée forcent les organismes dans un état constant de recherche de financement et monopolisent leurs capacités et leur énergie aux dépens de leur important travail de plaidoyer (Gallagher et al., 2024). Ils tentent de faire face aux difficultés dans des conditions de crise tout en essayant de satisfaire aux exigences du gouvernement et des bailleurs de fonds.

# Fiche d'évaluation relative au travail de soins : **la note d'échec** pour les politiques de l'Ontario

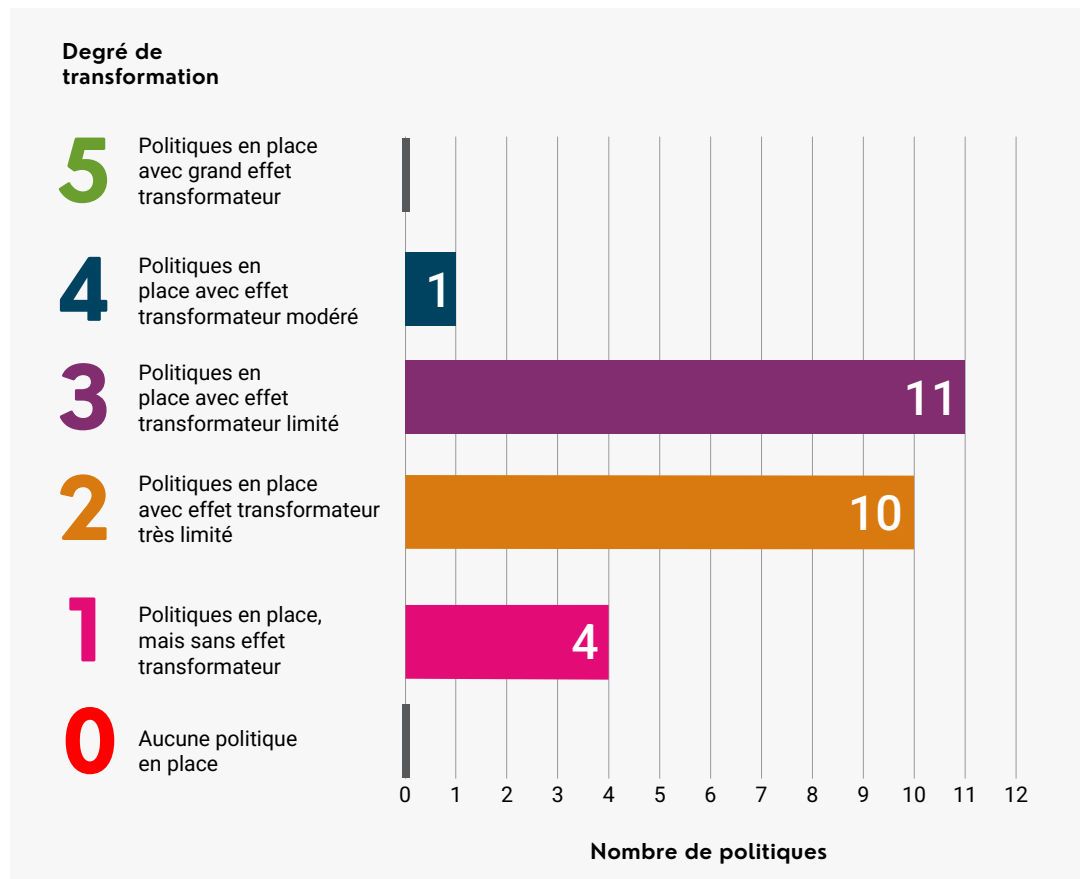


La Fiche d'évaluation permet d'évaluer un ensemble d'indicateurs à l'aide de critères d'évaluation auxquels est attribué un score de 0; 0,5 ou 1. De manière générale, les critères s'inscrivent dans quatre catégories : accessibilité et portée, conception et impact, réglementation et surveillance, et budget et administration<sup>6</sup>. Le score total attribué à chaque indicateur, indiqué en pourcentage, équivaut à un score de 1 à 5 exprimant le degré de transformation (figure 1).

<sup>6</sup> La Fiche d'évaluation complète est disponible sur demande en communiquant avec ONN à [admin@theonn.ca](mailto:admin@theonn.ca)

Aucune politique n'a obtenu un score supérieur à quatre sur l'échelle de transformation, c'est-à-dire qu'aucune politique pertinente pour le travail de soins en Ontario n'a de grand effet transformateur, selon l'évaluation. Autrement dit, les politiques ne permettent pas de transformer ni la distribution inégale et genrée du travail de soins ni la dévalorisation des soins et du travail de soins. Susceptible de répondre à des besoins immédiats, la conception des politiques ne permet pas de corriger les problèmes liés à l'inégalité des genres, les lacunes dans les soins ou l'exclusion systématique des communautés privées d'équité.

**Figure 1 : Évaluation des indicateurs relatifs au travail de soins pour l'Ontario selon leur degré de transformation**



Les résultats de l'étude montrent qu'en Ontario, les politiques liées au travail de soins n'ont pas d'effet transformateur. Ce constat s'explique principalement par le fait que ces politiques ne réussissent à atteindre l'ensemble de la population pour des raisons liées aux coûts, au statut de citoyenneté, aux délais d'attente ou aux critères d'admissibilité restrictifs.

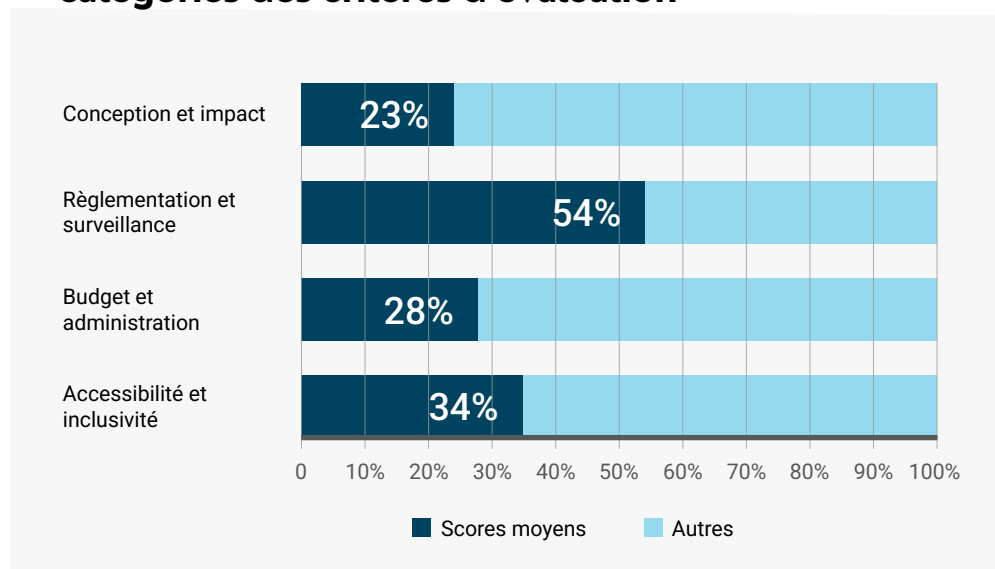
Des barrières systémiques comme le racisme, le sexisme, la transmisogynie et le capacitisme compliquent davantage l'accès aux soins et font en sorte que les gens ne se sentent pas assez en sécurité pour demander

de l'aide. Ces observations s'appliquent à toutes les politiques. Par exemple, concernant les services de soins directs, certains individus peuvent craindre de subir de la discrimination. Au sujet des politiques sur l'emploi, la peur de représailles de la part de l'employeur et les faibles salaires maintiennent les travailleurs et travailleuses dans une situation de précarité qui les empêche de dénoncer ou d'agir.

Une bonne partie des politiques de l'Ontario pertinentes pour le travail de soins sont faibles, désuètes et échouent à répondre aux besoins en matière de soins. Dans les cas les plus préoccupants, les politiques publiques sont adoptées et mises en œuvre de manière à nuire activement à l'accès à des soins de qualité (Ali et al., 2025; Armstrong et Armstrong, 2023). De plus, les lois en vigueur incluent rarement des dispositions de protection contre la privatisation, la recherche de profits ou la dérégulation (Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2023, Yalnizyan et Armstrong, 2023). Les politiques obtiennent les meilleurs scores

dans la catégorie Règlementation et surveillance, témoignant de la présence de mécanismes de déclaration fondés sur les plaintes. En revanche, les limites de ces mécanismes se constatent à la vue des faibles scores dans la catégorie Conception et impact.

**Figure 2 : Scores moyens selon les principales catégories des critères d'évaluation**



# Résumé de la Fiche d'évaluation relative au travail de soins en Ontario



## Section 1

### Travail de soins non rémunéré

Domaines d'intervention	Indicateurs	%	DDT*	Politiques évaluées	Description
1.1 Infrastructure physique nécessaire au travail de soins	1.1.1 Eau propre	47	3	Loi de 2002 sur la salubrité de l'eau potable	L'Ontario a une réglementation concernant l'eau salubre. Cependant, plusieurs projets de loi adoptés depuis 2025 ont affaibli la Loi sur la salubrité de l'eau potable.
	1.1.2 Air pur	9	1	L'Ontario n'a pas de politique provinciale sur l'air pur.	L'Ontario n'a aucune politique provinciale sur l'air pur, mais certaines dispositions de la Loi sur la santé et la sécurité au travail et du Code du bâtiment de l'Ontario s'appliquent.
	1.1.3 Électricité domestique	62	4	Loi de 1998 sur la Commission de l'énergie de l'Ontario ET Loi de 2017 sur le Plan ontarien pour des frais d'électricité équitables	La province règlemente la Commission de l'énergie et subventionne l'accès à l'électricité avec des programmes fondés sur le revenu.
	1.1.4 Infrastructure de connectivité	0	0	Exclu de la fiche d'évaluation - voir le <a href="#">Rapport de méthodologie</a>	De manière générale, la compétence en matière d'infrastructure de connectivité relève du gouvernement fédéral.
	1.1.5 Transport collectif	21	2	Loi de 2001 sur les municipalités	La province a transféré la prestation du transport collectif aux municipalités et a confié sa coordination à deux agences provinciales.
	1.1.6 Logement	0	0	Exclu de la fiche d'évaluation - voir le <a href="#">Rapport de méthodologie</a>	Les politiques sur le logement relèvent de tous les paliers de gouvernement. Elles sont largement contrôlées par le marché privé et encadrées par les politiques sur le zonage et la protection des locataires.
1.2 Services de soins	1.2.1 Services de soins de santé publique	50	3	Loi de 2025 sur les soins primaires	Le gouvernement provincial a défini une série d'objectifs pour garantir l'accès à un praticien de soins primaires à l'ensemble de la population. Toutefois, il n'a adopté aucune stratégie de mise en œuvre pour combler le manque de praticiens de soins primaires.

DDT = Degré de transformation

- 0 Aucune politique en place    1 Politiques en place, mais sans effet transformateur    2 Politiques en place avec effet transformateur très limité  
 3 Politiques en place avec effet transformateur limité    4 Politiques en place avec effet transformateur modéré  
 5 Politiques en place avec grand effet transformateur

## Section 1

### Travail de soins non rémunéré

Domaines d'intervention	Indicateurs	%	DDT*	Politiques évaluées	Description
1.2 Services de soins	1.2.2 Services de protection et d'éducation de la petite enfance	52	3	Loi de 2014 sur la garde d'enfants et la petite enfance ET Accord entre le Canada et l'Ontario sur l'apprentissage et la garde des jeunes enfants	Les politiques provinciales sur les services de garde d'enfants, combinées aux politiques fédérales, ont permis de réduire le coût des services de garde pour les personnes ayant accès à des places subventionnées. Cependant, des lacunes dans la mise en œuvre ont entraîné de longues listes d'attente et un important roulement du personnel.
	1.2.3 Foyers de soins de longue durée	20	1	Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée	La province réglemente et finance des établissements de soins de longue durée, de plus en plus privatisés, avec des tarifs journaliers fondés sur le revenu.
	1.2.4 Soins à domicile	28	2	Loi de 2020 pour connecter la population aux services de soins à domicile et en milieu communautaire ET Loi de 2023 sur la prestation commode de soins à domicile	La province finance l'accès à certaines formes de soins à domicile privés ou fournis par des OSBL, par l'intermédiaire d'Assurance-santé Ontario.
	1.2.5 Services en trouble développemental	52	3	Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle	La province finance des services de logement, d'emploi et récréatifs, fournis par des agences sans but lucratif grâce à des paiements de transfert, en plus du programme Passeport, un système de financement direct.
	1.2.6 Services psychiatriques et en santé mentale	17	1	Loi de 2011 sur la santé mentale	La province gouverne et finance l'accès aux établissements et services psychiatriques publics.
	1.2.7 Services en déficience physique	33	2	Programme de financement direct	La province inclut l'accès au Programme de financement direct dans le système de soins à domicile.

DDT = Degré de transformation

## Section 1

### Travail de soins non rémunéré

Domaines d'intervention	Indicateurs	%	DDT*	Politiques évaluées	Description
1.2 Services de soins	1.2.8 Services pour les personnes victimes de violence fondée sur le genre	33	2	Ontario-STANDS: Solidarité dès maintenant contre la violence sexiste, par des actions décisives, de la prévention, de l'autonomisation et du soutien ET Loi de 2016 sur le Plan d'action contre la violence et le harcèlement sexuel (en soutien aux survivants et en opposition à la violence et au harcèlement sexuels)	La province règlemente et finance l'accès à certains services et maisons d'hébergement d'urgence sans but lucratif pour les victimes de violence conjugale. Toutefois, la demande dépasse largement les services.
	1.2.9 Services d'aide aux sans-abri et de logement	23	2	Loi de 2011 sur les services de logement	Les politiques et programmes de la province incluent des mesures pour les personnes à faible revenu et peuvent inclure des mesures d'urgence. Cependant, l'accès aux logements sociaux est insuffisant, et on observe des politiques de plus en plus préjudiciables envers les personnes sans-abri.
	1.2.10 Services de lutte contre la toxicomanie	27	2	Loi sur l'assurance-santé, 1990 ET Loi de 2024 sur les soins et le rétablissement en milieu communautaire	De récentes politiques provinciales limitent l'accès aux services de réduction des méfaits, et ce malgré de longs délais d'attente pour les services existants.
1.3 Protections sociales liées au travail de soins	1.3.1 Politiques de transfert de fonds liées au travail de soins : prestations pour les aidants	0	0	Exclu de la fiche d'évaluation - voir le <a href="#">Rapport de méthodologie</a>	L'Ontario n'offre aucune prestation pour les aidants et aidantes. Le gouvernement fédéral offre un soutien par le biais de l'assurance-emploi ou sous forme de crédits d'impôt.

DDT = Degré de transformation

## Section 1

### Travail de soins non rémunéré

Domaines d'intervention	Indicateurs	%	DDT*	Politiques évaluées	Description
1.3 Protections sociales liées au travail de soins	1.3.2 Politiques de transfert de fonds liées au travail de soins : POSPH	43	3	Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées	Le gouvernement provincial soutient les personnes en situation de handicap résidant en Ontario, qui sont dans l'impossibilité de travailler en raison de la nature de leur handicap. Cependant, le montant de la prestation demeure en deçà du seuil de pauvreté officiel.
1.4 Milieux de travail solidaires du travail de soins	1.4.1 Congé de maladie payé	35	2	Loi de 2000 sur les normes d'emploi	La loi provinciale garantit trois jours de congé de maladie non rémunérés avec protection d'emploi.
	1.4.2 Congé parental à prestations égales	48	3	Loi de 2000 sur les normes d'emploi	La loi provinciale garantit des congés de maternité et parental non rémunérés avec protection d'emploi.
	1.4.3 Travail flexible	37	2	Code des droits de la personne de l'Ontario, 1990	Le Code des droits de la personne de l'Ontario garantit l'obligation d'accommodement, y compris pour prendre soin de quelqu'un.

DDT = Degré de transformation

## Section 2

### Travail de soins rémunéré

Domaines d'intervention	Indicateurs	%	DDT*	Politiques évaluées	Description
2.1 Conditions de travail	2.1.1 Salaire minimum pour les travailleurs et travailleuses de soins rémunérés	43	3	Loi de 2000 sur les normes d'emploi	Le salaire minimum en Ontario est de 17,60 \$, soit en deça du salaire de subsistance dans toutes les municipalités de la province. De nombreux travailleurs et travailleuses de soins occupent des postes rémunérés au salaire minimum.
	2.1.2 Équité salariale entre les sexes et salaire égal pour travail égal	33	2	Loi de 2000 sur les normes d'emploi et Loi sur l'équité salariale 1990	Le gouvernement provincial a légiféré sur l'équité salariale, et la discrimination fondée sur le sexe et le genre est interdite. Toutefois, les salaires sont plus bas dans les secteurs économiques dont la main-d'oeuvre est majoritairement féminine.
	2.1.3 Heures de travail	38	2	Loi de 2000 sur les normes d'emploi	Les lois provinciales sur les heures de travail sont souvent déconnectées de la réalité du personnel de soins. Dans les secteurs des services sociaux et des soins de la santé, les heures supplémentaires, parfois non rémunérées, sont très répandues.
2.2 Règlementation des milieux de travail	2.2.1 Santé et sécurité au travail	57	3	Loi sur la santé et la sécurité au travail, 1990	La législation en matière de santé et de sécurité de la province s'applique à la plupart des milieux de travail en Ontario, à l'exception notable des résidences privées.
	2.2.2 Discrimination, harcèlement et violence au travail fondé sur le genre	47	3	Loi sur la santé et la sécurité au travail, 1990 ET Code des droits de la personne, 1990	La législation en matière de santé et de sécurité de la province transfère à chaque milieu de travail la responsabilité de mettre en œuvre des politiques relatives à la discrimination fondée sur le genre.
	2.2.3 Inspection du lieu de travail et mécanismes de grief	54	3	Loi sur la santé et la sécurité au travail, 1990	La Loi sur la santé et la sécurité au travail de l'Ontario réglemente les inspections proactives et réactives des milieux de travail et instaure un mécanisme fondé sur les plaintes pour les travailleurs et travailleuses dont les droits ont été lésés.

DDT = Degré de transformation

## Section 2

### Travail de soins rémunéré

Domaines d'intervention	Indicateurs	%	DDT*	Politiques évaluées	Description
2.3 Protections des travailleurs et travailleuses migrants de soins	2.3.1 Droits et protections égaux pour les travailleurs et travailleuses migrants de soins	20	1	Loi de 2009 sur la protection des étrangers dans le cadre de l'emploi	La Loi sur la protection des étrangers dans le cadre de l'emploi s'applique spécifiquement aux travailleurs et travailleurs étrangers temporaires. D'autres politiques s'appliquent également, notamment la Loi sur les normes d'emploi et la Loi sur la santé et la sécurité au travail, si la personne travaille dans un milieu de travail réglementés par ces lois.
2.4 Droit d'association	2.4.1 Droit à la représentation et à la négociation, à la liberté d'association et au droit de grève	59	3	Loi de 1995 sur les relations de travail	La Loi sur les relations de travail garantit le droit de s'organiser. Cependant, de nombreuses dispositions limitent la capacité de certains travailleurs et travailleuses de faire la grève.

DDT = Degré de transformation

# Principaux constats



## 1 Les systèmes de soins fonctionnent à des niveaux intenable

À l'échelle de l'économie des soins, les travailleurs et travailleuses de première ligne qui œuvrent auprès des communautés privées d'équité sont les plus touchés par la forte pression sur les ressources. De plus, ils vivent souvent eux-mêmes à l'intersection de plusieurs axes d'oppression. Le personnel de soins est contraint de travailler dans des conditions dangereuses où il subit du harcèlement sexuel, des abus, des menaces de déportation, du racisme et de la discrimination (Amnesty International, 2025). Cette situation concerne particulièrement les personnes les plus vulnérables sur le plan social et de l'emploi, par exemple les préposés aux services à la personne issus de l'immigration. Souvent, les difficultés que le personnel de soins rencontre dans sa vie professionnelle, soit une surcharge de travail et un manque de ressources, se reflètent aussi dans sa vie personnelle.

Les principaux facteurs derrière l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé, notamment la croissance et le vieillissement de la population, l'inflation, la pauvreté et les inégalités, suivent une tendance à la hausse. En revanche, les investissements dans le secteur des soins n'augmentent pas au même rythme (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2025). Le sous-financement gouvernemental chronique et considérable a donné lieu à des dettes et déficits, à une réduction des services et à des

délais d'attente prolongés. Pourtant, on sait que le financement pluriannuel pour les coûts opérationnels des fournisseurs de services de santé et sociaux donne un meilleur rendement que les annonces de dépenses ponctuelles qui n'offrent aucune garantie de stabilité ou de pérennité des services (Gallagher et al., 2024; McWhinney, 2024).

En l'absence d'une base solide de soins primaires, les gens renoncent à se faire soigner, dépendent d'aidants ou d'aidantes non rémunérées, ou sont forcés de faire appel aux services de soins urgents, y compris les urgences et les refuges (Institut canadien d'information sur la santé, 2024). L'accès aux soins primaires est crucial pour accéder aux différents services de soutien et fournisseurs de logement et ainsi, possiblement, interrompre le cycle de l'itinérance. Pourtant, en Ontario, plus de trois millions de personnes n'ont pas de prestataire de soins primaires. Et même si elles sont jumelées à un médecin de famille, elles réussissent rarement à obtenir des soins primaires facilement et dans un délai opportun (Registered Nurses' Association of Ontario, 2025). À ce sujet, la pénurie de personnel et les délais d'attente dangereusement longs pour les services spécialisés requis par les personnes vivant avec un trouble du développement, les personnes âgées et les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ne représentent que deux

exemples des lacunes actuelles en matière de soins (Community Living Ontario, 2024). Les OSBL ont atteint un point de rupture et, en conséquence, les besoins non comblés se manifestent dans les salles d'urgence et dans la rue. Pendant des années, le personnel de

soins et les syndicats ont dénoncé le manque d'investissements dans la prévention et dans les soins communautaires. Cette situation s'est répercutée sur les services d'urgence bien au-delà de leurs capacités et dans un état de crise perpétuelle.

## 2 La crise du logement et le coût de la vie augmentent les besoins au-delà de la capacité du système de soins

La question du logement ne fait habituellement pas partie des conversations sur l'économie des soins. Pourtant, de l'avis des spécialistes des politiques et des gens sur le terrain, le logement et l'itinérance sont au cœur des préoccupations de tout le secteur. La hausse des loyers dans le marché de l'habitation à but lucratif fait grimper le taux d'itinérance (Falvo, 2024; School of Cities, 2025). Cependant, la disponibilité de logements hors marché n'a cessé de diminuer au cours des trente dernières années, et l'itinérance est devenue une crise à la vue de tous, qui exacerbe les services de première ligne. Quel que soit le niveau de service ou de soins, il ne pourra jamais compenser les répercussions négatives de l'itinérance sur le plan de la santé et de la vie sociale (Harris et al., 2019; Wiens et al., 2021). Une situation de logement stable permet de mettre la vie d'une personne sur des bases solides, ce qui contribue à diminuer la dépendance aux services d'urgence.

Dans le marché privé, les besoins des locataires passent après le profit. La

nécessité d'offrir plus de logements avec un loyer proportionné au revenu, de logement de transition ou avec service de soutien est bien documentée (Tamarack Institute, 2025). Le revenu et les mesures de protection des locataires sont des facteurs tout aussi importants pour maintenir les gens dans leur logement. Pourtant, on assiste actuellement à leur affaiblissement (Advocacy Centre for Tenants Ontario, 2025). Les solutions à cette problématique sont bien connues. Malgré cela, les réformes proposées par le [projet de loi 60 \(Loi de 2025 visant à lutter contre les retards et à construire plus rapidement\)](#) et le [projet de loi 10 \(Loi de 2025 pour protéger l'Ontario en rendant les rues plus sûres et les collectivités plus fortes\)](#) représentent un pas en arrière compte tenu de leurs objectifs officiels. En effet, selon des spécialistes, elles pourraient faire augmenter les cas de discrimination et d'expulsion parmi les locataires (Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario, 2025; Société canadienne d'hypothèque et de logement, 2025).

### 3 Une infrastructure physique solide favorise des soins adéquats, mais sa dérégulation et sa privatisation augmentent le fardeau en matière de soins

L'infrastructure des services publics joue un rôle critique pour les soins, puisqu'elle détermine le temps et l'intensité des efforts requis pour accomplir les tâches ménagères. Les lacunes se manifestent davantage dans les moments de grande insécurité, p. ex. lors de phénomènes météorologiques extrêmes ou durant une pandémie. Dans les communautés autochtones sous avis d'ébullition d'eau, le manque d'eau potable ne complique pas seulement le travail pour fournir des soins, mais est aussi directement associé à des crises de santé mentale (Casey, 2025). À la suite de l'enquête sur la tragédie de Walkerton, l'Ontario a adopté une réglementation pour le maintien et la surveillance de l'approvisionnement en eau potable sécuritaire (Kwofie, 2025). Toutefois, la loi ne protège guère l'accès même à l'eau potable propre et sécuritaire. De plus, les modifications annoncées à la [Loi sur l'eau saine](#) ouvriront la porte à la privatisation et à la dérégulation de l'eau potable. La privatisation d'Hydro One sert d'exemple poignant de cette évolution qui s'est concrétisée sous différents gouvernements provinciaux subséquents (Syndicat canadien de la fonction publique - SCFP, 2015; PressProgress, 2015).

Les manquements dans le financement et l'entretien des infrastructures facilitant le travail de soins à l'échelle provinciale et fédérale, notamment le transport collectif et le logement, entraînent un transfert des

responsabilités aux municipalités et aux ménages. Les vides ainsi créés deviennent des occasions pour le secteur privé d'étendre son champ d'action dans la prestation de biens publics. Dans le domaine des transports, on connaît les partenariats publics-privés. Sur le marché de l'habitation, on témoigne de la prolifération de sociétés financières (August, 2022; SCFP, 2024).

Qui plus est, les politiques sur les infrastructures n'ont pas suivi le rythme de croissance des soins virtuels et, de manière générale, des besoins technologiques en milieu de soins (Fierlbeck et Wyonch, 2025). L'utilisation accrue des services de santé virtuels n'a pas trouvé écho dans des politiques assurant une meilleure connectivité dans le nord de l'Ontario ou faisant de l'abordabilité de l'accès Internet à large bande une priorité. En lieu et place, les services de soins virtuels privés se sont multipliés en parallèle aux services publics. Les barrières persistantes à l'équité continuent d'affecter de manière disproportionnée les personnes âgées; les personnes touchées par la pauvreté; les communautés noires, autochtones et racisées; les personnes dans une situation de logement précaire ou d'itinérance; et les personnes nouvellement arrivées au pays (Santé publique Ontario, 2023). Les personnes hébergées dans les établissements publics, y compris les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux, doivent payer des coûts élevés pour le service

Internet sans fil et accepter des restrictions de contenu. Pourtant, l'accès Internet fait partie intégrante des interactions sociales et de l'accès aux services, en plus d'être reconnu comme un déterminant de santé (Ghonaim, 2021).

## **4 La privatisation des soins affaiblit l'offre de services essentiels assurée par les OSBL**

L'offre de services privés non réglementés s'est multipliée dans plusieurs domaines de soins, dont le traitement de dépendances, la santé mentale, les foyers de groupe, les soins de longue durée, la garde d'enfants, les services chirurgicaux et les agences de placement. Alors que les systèmes de soins publics et sans but lucratif composent avec une pression énorme, une part croissante des contributions fiscales est versée à des entreprises privées qui cherchent à profiter des besoins médicaux et sociaux de la population (Longhurst, 2023, 2025).

Les lacunes dans le domaine des soins créent un marché pour les fournisseurs à but lucratif qui offrent des services inaccessibles pour bon nombre de citoyens et citoyennes et qui agissent sans surveillance et reddition de compte (D'Souza et al., 2025). Il en résulte un secteur des soins à deux volets où les gens ayant les moyens requis peuvent choisir de se prévaloir de services privés, tandis que les autres n'ont accès qu'au système public. La multiplication des soins à but lucratif peut sembler réduire la pression sur le secteur public. Toutefois, selon des travaux de recherche, elle crée l'effet inverse (Angell, 2008). Ces services redirigent des

fonds publics vers des entreprises privées et aggravent la pénurie de personnel en recrutant les travailleurs et travailleuses du système public. Qui plus est, il a été démontré que les résultats en matière de soins restent en deçà des résultats observés dans le système public (Ontario Health Coalition, 2024).

En outre, on constate l'incohérence des services de soins offerts par le secteur privé. De surcroît, celui-ci n'offre aucune garantie de qualité supérieure au secteur public compte tenu du peu de transparence sur le plan des normes et de la gestion des soins. Enfin, les intérêts privés s'immiscent dans les établissements publics par le recours aux agences privées afin de résoudre la pénurie de personnel dans les hôpitaux et dans d'autres milieux de soins (Longhurst, 2025). Bien que les agences en tirent des profits, les travailleurs et travailleuses recrutés de cette façon n'ont que peu de pouvoirs et de ressources, en plus de s'exposer à des risques d'exploitation et de vol de salaires (Bedard et Gellatly, 2025). Dans le domaine des soins, les profits doivent être considérés comme de l'argent directement soustrait à la prestation de soins.

## 5 La punition et la criminalisation comme réponses aux besoins en l'absence de services de soins et de soutien adéquats

Le nombre croissant de personnes laissées pour compte par des services de soins sous-financés est accueilli par des politiques et procédures qui rendent l'accès aux soins requis de plus en plus difficile. La fermeture de sites de consommation supervisée dans la foulée du projet de [loi 223 \(Loi de 2024 visant à accroître la sécurité dans les rues et à renforcer les collectivités\)](#) sert d'exemple épatant de politiques qui rendent l'accès à l'aide plus difficile pour les toxicomanes. En conséquence, elle fait augmenter la consommation de drogues, les préjudices évitables et les décès par surdose (Ontario Drug Policy Research Network, 2025).

Des expériences répétées de négligence systémique créent les conditions propices aux situations d'urgence. En l'absence de services et d'infrastructures de soins adéquats, la probabilité pour les personnes touchées de se retrouver en contact avec les responsables du maintien de l'ordre et dans un contexte punitif augmente. Ainsi, le [projet de loi 6 \(Loi de 2025 pour des municipalités plus sûres\)](#) fait augmenter le contact entre la police et les personnes vivant dans des campements (Pitawanakwat et al., 2025). Le risque de se faire arrêter, puis incarcérer ou envoyer dans un établissement est disproportionnellement élevé pour les

personnes susceptibles de vivre des épisodes de crise dans l'espace public (O'Grady et Simpson, 2024; Pitawanakwat et al., 2025). Cette population comprend les personnes en situation d'itinérance; les personnes vivant dans un logement social ou de soutien; les jeunes; les personnes noires, autochtones, racisées, réfugiées et demanderesse d'asile.

Les stigmates sociaux liés au capacitisme, aux considérations de classes sociales et au racisme renforcent la perception selon laquelle les personnes en situation de crise n'ont pas voix au chapitre. De plus, ils justifient le recours à la violence et à la coercition selon une logique voulant que la surveillance, la punition, la « pathologisation » et la détention représentent des éléments de soins acceptables (Mannoe, 2023; Rozinskis et Rourke, 2024). Pourtant, on a démontré que ces éléments compromettent les soins, échouent à offrir de la sécurité à quiconque et affectent de manière disproportionnée les personnes autochtones, noires et racisées (DuBois et al., 2025). Néanmoins, ils ont fait leur entrée dans les politiques de la province par la [Loi sur la santé mentale](#) qui autorise les arrestations et traitements non volontaires (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2025).

## **6 La faiblesse des lois sur l'emploi expose le personnel de soins à l'abus et à l'exploitation au travail**

Les lois et protections en matière d'emploi, en particulier la Loi sur les normes d'emploi, la Loi sur la protection des étrangers dans le cadre de l'emploi et la Loi sur la santé et la sécurité au travail de l'Ontario, poursuivent un objectif commun. Elles doivent assurer des conditions de travail sécuritaires et exemptes d'abus et d'exploitation. Néanmoins, en réalité, elles manquent de mordant. Elles ont démontré leur inefficacité lorsque des transgressions en milieu de travail surviennent. Elles n'offrent aucune protection aux travailleurs et travailleuses de soins dans l'économie sur demande (Hopwood et al., 2024; Ziegler et al., 2020). Les employeurs et recruteurs les contournent en profitant de failles dans la loi. Entre autres, ils commettent délibérément des erreurs de classification des occupations ou attirent des travailleurs et travailleuses migrants avec un visa de visiteur au lieu de demander un permis de travail (Migrant Workers Alliance for Change, 2023).

Le manque de financement et l'absence de priorités ont entraîné une réduction

drastique des inspections préventives. En conséquence, tout le fardeau d'aborder les conditions de travail repose sur les épaules des travailleuses et travailleurs eux-mêmes. Les mécanismes de plaintes se sont avérés inefficaces lorsque ces personnes vivent d'une paye à l'autre ou que leur employeur contrôle, ou prétend contrôler, leur statut d'immigrant (Yang et Liu, 2021). Même si le personnel s'organise pour faire valoir ses doléances, il n'a que peu de recours, et les conséquences pour l'employeur sont quasi inexistantes (Bedard et Gellatly, 2025). Le visage de l'exploitation des travailleurs et travailleuses dans l'économie des soins en Ontario prouve que le problème n'en est pas un de « mauvais employeurs ». Il est plutôt de nature systémique et structurelle (Amnesty International, 2025). Il prend naissance dans les hiérarchies sociales qui attribuent une valeur inégale aux travailleurs et travailleuses, et dans les politiques d'emploi, d'immigration et de soins qui renforcent ces formes d'oppression.

## **L'économie des soins de l'Ontario dans un état précaire**

La fiche d'évaluation pour l'Ontario expose les limites des politiques relatives aux soins dans la province. Les soins sont à la fois négligés et dévalorisés. Par conséquent, les Ontariens et Ontariennes sont gouvernés par des politiques dépourvues de soins. Quelques exceptions existent, mais elles ne sont pas à la hauteur de l'évolution du domaine en l'absence de mises à jour ou d'investissements adéquats. Au lieu de s'ancrer dans l'esprit des soins, les politiques publiques vont dans le sens contraire en misant sur les politiques économiques traditionnelles axées sur l'extraction de ressources et les secteurs dominés par les hommes.

À présent, les services de soins et les gens qui y travaillent ont atteint, malgré eux, un point critique, et ce en dépit des drapeaux rouges que les spécialistes, les défenseurs, les travailleuses de première ligne et les syndicats lèvent depuis des années. En même temps, ils assistaient à la détérioration de la situation. Compte tenu de ses ressources et de son financement insuffisants, l'économie des soins ne peut suivre le rythme des besoins. Ainsi, la responsabilité de combler ces besoins incombe encore aux aidants et aidantes non rémunérés.

Ce constat sombre offre tout de même une occasion de transformation. La santé de l'économie des soins concerne tout le monde, et nous avons besoin d'un effort collectif pour tracer de nouvelles voies vers une province qui prend soin de ses gens.



**Une province qui  
prend soin de ses gens,  
c'est possible**

# Comment créer une province qui prend soin de ses gens

Dans différents pays et régions, on commence à constater que le renforcement du secteur des soins apporte d'importants bienfaits sociaux, économiques et écologiques. La population en bénéficie, en particulier les femmes qui, en grande majorité, dépendent des services de soins et les fournissent. L'économie en bénéficie, tout comme l'environnement et les recettes publiques, puisque le bien-être amélioré des

Ontariens et Ontariennes rapportera des dividendes substantiels.

Pour construire une province qui prend soin de sa population, les politiques publiques doivent s'inspirer de l'esprit des soins et les mettre au cœur de l'action, y compris les politiques portant sur l'économie des soins.

Voici nos recommandations :



## **Renoncer à la criminalisation au profit de politiques publiques centrées sur les soins**

- Prioriser l'investissement dans les systèmes et services de soins aux dépens de la criminalisation en abrogeant les lois qui déclarent illégaux les comportements et stratégies de survie causés par des besoins non comblés.



## **Reconnaître les infrastructures physiques facilitant comme un élément central des soins**

- Reconnaître l'infrastructure sociale et des services publics comme un élément essentiel des soins rémunérés et non rémunérés en intégrant des défenseurs du secteur dans la prise de décisions relatives aux politiques.
- Investir dans le logement avec loyer proportionné au revenu et dans la protection des locataires pour garantir l'accès et le maintien au logement.



## **Reconnaître les infrastructures physiques facilitant comme un élément central des soins**

- Offrir la gratuité du transport collectif en commençant par les travailleurs et travailleuses de soins rémunérés et non rémunérés, les bénéficiaires du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) et du programme Ontario au travail, les personnes âgées et les jeunes.



## **Des conditions de travail décent pour les travailleurs et travailleuses de soins**

- Offrir des salaires concurrentiels aux travailleurs et travailleuses de soins dans un véritable effort d'atteindre l'équité salariale en Ontario.
- Relever les normes d'emploi pour atteindre les conditions de travail décent minimales et élargir la portée des lois sur l'emploi pour tenir compte de l'évolution du travail de soins.
- Accorder la résidence permanente à tous les travailleurs et travailleuses de soins actuels et futurs, et ce dès leur arrivée, afin de les rendre moins vulnérables à l'exploitation.
- Prioriser les mesures de sécurité préventives en milieu de travail au lieu de faire peser sur les travailleurs et travailleuses le fardeau de rapporter des préoccupations par des mécanismes fondés sur les plaintes.



## **Consolider l'économie des soins**

- Investir dans les systèmes de soins publics et sans but lucratif, y compris les soins primaires, les soins à domicile, les sites de consommation supervisée et les soins en santé mentale, afin de réduire l'utilisation des services d'urgence et de garantir un accès aux soins pour tout le monde.



## **Mettre fin à la recherche de profits dans les soins**

- Mettre un terme à la privatisation de tous les services de soins et rendre les acteurs à but lucratif obsolètes en ramenant les fonds publics versés aux fournisseurs privés dans le secteur public afin d'y offrir des services de soins accessibles et de qualité.
- Changer la législation relative aux soins afin d'interdire la privatisation et la dérégulation.
- Renverser la tendance du financement inadéquat dans les services sociaux et de santé des dernières décennies en mettant de l'avant des modèles de financement de base de longue durée.



## **Améliorer les conditions du travail de soins non rémunéré**

- Reconnaître la dépendance au travail de soins non rémunéré et travailler pour un changement social en mesurant l'incidence des politiques de soins sur les aidantes et aidants non rémunérés.
- Instaurer un revenu de base afin de garantir l'universalité des avantages et éviter qu'ils dépendent de l'emploi, du statut d'immigrant ou matrimonial.

# Conclusion



Les OSBL et leur personnel représentent des composants essentiels de l'économie des soins. Souvent, les OSBL fournissent des soins spécialisés aux personnes exclues des services offerts par le secteur privé en raison de leur inaccessibilité ou inabordabilité. À la maison, les travailleuses et travailleurs des OSBL assument d'autres responsabilités de soins, en plus de faire un travail exigeant sur le plan émotionnel et physique, souvent mal payé et avec des ressources limitées. Tous les OSBL devraient s'investir dans la consolidation de l'économie des soins et dans la transformation des conditions de soins, pour leur propre bénéfice, celui de leur personnel et de leurs bénéficiaires.

La fiche d'évaluation comprend des cadres mesurant l'effet des politiques sur le travail de soins non rémunéré. Cet angle est rarement considéré dans l'élaboration des politiques en Ontario. La fiche d'évaluation met en évidence l'interdépendance de toutes les formes de soins, rémunérés et non rémunérés. De

ce fait, elle nous sert de rappel que tout le monde a besoin du travail de soins et que l'amélioration des conditions de soins est dans l'intérêt de toutes et tous.

La fiche d'évaluation est un excellent outil de plaidoyer. Elle expose les lacunes dans les politiques de soins et identifie les acteurs gouvernementaux responsables de la surveillance et de la réglementation. Elle identifie les politiques restreintes et les instances responsables de leurs résultats, et par le fait même, contribuent à orienter et à concentrer les efforts de plaidoyer dans un objectif d'efficacité. Les recommandations formulées dans ce rapport se veulent un appel à l'action à toutes et tous pour continuer ce travail de plaidoyer multisectoriel. De valeur générale, elles reconnaissent l'existence de diverses sorties de crise, à condition que l'équité des soins pour toutes et pour tous soit au cœur des intentions.

# Bibliographie

- ➔ Ali, F., Sprakes, A., Mende-Gibson, J., Russell, C., Shaw, A., Bonn, M., Celinski, A., Kaminski, N., Karamouzian, M., Strike, C., et Rehm, J. (2025), « "I won't make it without this program": The impact of safer opioid supply program closures in Ontario », dans : *Harm Reduction Journal*, 22(1), p. 151. <https://doi.org/10.1186/s12954-025-01298-6>
- ➔ Amnesty International (2025), « *Le Canada m'a détruite* » : *Exploitation des travailleuses et travailleurs migrants au Canada*, Amnesty International. <https://www.amnesty.org/fr/wp-content/uploads/sites/8/2025/01/AMR2088072025FRENCH.pdf>
- ➔ Angell, M. (2008), « Privatizing health care is not the answer: Lessons from the United States », *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 179(9), p. 916–919. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081177>
- ➔ Armstrong, P. et Armstrong, H. (2023), « How Privatization Infects the Canadian Health Care System », dans : *New Labor Forum*, 32(3), p. 42–49. <https://doi.org/10.1177/10957960231194053>
- ➔ Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario (3 juin 2025), Re: Bill 10 (2025) – Schedule 8: *Measures Respecting Premises with Illegal Drug Activity Act, 2025*. <https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2025/06/Submission-to-MAG-on-Bill-10-Schedule-8-2025.pdf>
- ➔ Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (8 mai 2023), *Le projet de loi 60 est une catastrophe qui fait dérailler les soins de santé publics et l'accès à des soins de qualité pour les patients*, Ontario Nurses' Association. <https://ona.org/fr/news/20230508-bill-60-derails-public-health-care/>
- ➔ August, M. (2022), *La financiarisation du logement au Canada : rapport de synthèse pour le Bureau du défenseur fédéral du logement*, Commission canadienne des droits de la personne.
- ➔ Baines, D. et Brown, C. (2025) « We are limited by the structures we work in: Neoliberalism, feminist political economy, and the social justice dilemma in social work », *Studies in Political Economy / Recherches En Économie Politique*, 106(1), p. 2–21. <https://doi.org/10.1080/07078552.2025.2475663>
- ➔ Bedard, E. et Gellatly, M. (2025), *The crisis of wage theft in Ontario*, Workers' Action Centre. <https://workersactioncentre.org/wp-content/uploads/2025/10/WAC-Wage-Theft-Report-web.pdf>
- ➔ Box, R. C. (1999), « Running Government Like a Business: Implications for Public Administration Theory and Practice », *The American Review of Public Administration*, 29(1), p. 19–43. <https://doi.org/10.1177/02750749922064256>
- ➔ Brophy, J. T., Keith, M. M., Hurley, M., & Slatin, C. (2024). Running on Empty: Ontario Hospital Workers' Mental Health and Well-Being Deteriorating Under Austerity-Driven System. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 34(3), 182–197. <https://doi.org/10.1177/10482911241267347>
- ➔ Bureau de l'équité salariale (11 septembre 2022), *L'économie des soins non rémunérés et ses vérités : il est temps de prendre soin des soignant(e)s*. Bureau de l'équité salariale. <https://payequity.gov.on.ca/leconomie-des-soins-non-remuneres-et-ses-verites-il-est-temps-de-prendre-soin-des-soignantes/?lang=fr>
- ➔ Bureau de l'équité salariale (2025), *L'écart salarial entre les sexes : plus grand que vous le pensez*, Bureau de l'équité salariale. [https://payequity.gov.on.ca/\\_fr-gwg/?lang=fr](https://payequity.gov.on.ca/_fr-gwg/?lang=fr)
- ➔ Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (23 octobre 2025), *Secteur de la santé de l'Ontario : Examen du plan de dépenses 2025*, Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario. <https://fao-on.org/fr/rapport/estimates-2025-health/>
- ➔ Camargo-Plazas, P., Waite, J., Sparringa, M., Whitfield, M., & Duhn, L. (2022). Nobody listens, nobody wants to hear you: Access to healthcare/social services for women in Canada. *New Trends in Qualitative Research*, 11, e554–e554. <https://doi.org/10.36367/ntqr.11.2022.e554>
- ➔ Casey, L. (10 juillet 2025), *First Nations call for Ontario minister to resign over clean drinking water bill*, CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/first-nations-demand-ontario-environment-minister-resign-1.7581599>

- ➔ Centre ontarien de défense des droits des locataires (24 octobre 2025), *Les 5 principales préoccupations de l'ACTO concernant le projet de loi 60*, Centre ontarien de défense des droits des locataires. <https://www.acto.ca/fr/les-5-principales-preoccupations-de-lacto-concernant-le-projet-de-loi-60/>
- ➔ Centre de toxicomanie et de santé mentale (2025), *Involuntary treatment for substance use disorders in the provincial corrections system*, Centre de toxicomanie et de santé mentale. <https://www.camh.ca/-/media/driving-change-files/public-policy/involuntary-treatment-for-sud--policy-brief--sept-2025-pdf.pdf>
- ➔ Community Living Ontario. (2024). *Ending the Wait: Evolving developmental services to support more people with limited resources*. Community Living Ontario. <https://communitylivingontario.ca/wp-content/uploads/2024/11/Ending-the-Wait.pdf>
- ➔ CUPE. (2024). *P3 transit projects expose failures of privatization*. Canadian Union of Public Employees. <https://cupe.ca/p3-transit-projects-expose-failures-privatization>
- ➔ D'Souza, S., Ellenwood, L, et Mathieu-Leger, L. (2025, Octobre 24). 'No one was getting any better': When private addiction treatment centres put patients in danger. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/private-addiction-treatment-centres-unregulated-danger-9.6948952>
- ➔ DuBois, N., Herbert, C. et Sowards, E. M. (2025). *Criminalization of Homelessness Harms Individual and Public Health*. National Alliance to End Homelessness.
- ➔ Falvo, N. (24 septembre 2024), *Economic and social factors associated with the use of homeless shelters*, Homeless Hub. <https://homelesshub.ca/blog/2024/economic-and-social-factors-associated-with-the-use-of-homeless-shelters/>
- ➔ Fierbeck, K. et Wyonch, R. (2025), *Disconnected: Inside Canada's Patchwork of Virtual Care*, C.D. Howe Institute. <https://cdhowe.org/publication/disconnected-inside-canadas-patchwork-of-virtual-care/>
- ➔ Gallagher, T. L., Gosine, K. et Parker, D. C. (2024), « Funding (In)security and Challenges: Non-Profit Literacy Programming and Neoliberal Contradictions in Canada », *Journal of Health and Human Services Administration*, 47, p. 1–17. <https://doi.org/10.1177/10793739241253224>
- ➔ Ghonaim, H. (30 juillet 2021), *Kitchener hospital's internet policy leaves patient's family paying \$600 monthly for service they say he needs*, *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/kitchener-waterloo/kitchener-ontario-internet-policy-family-complaint-1.6121812>
- ➔ Harris, M., Gadermann, A., Norena, M., To, M., Hubley, A. M., Aubry, T., Hwang, S. et Palepu, A. (2019), « Residential moves and its association with substance use, healthcare needs, and acute care use among homeless and vulnerably housed persons in Canada », *International Journal of Public Health*, 64(3), p. 399–409. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1167-6>
- ➔ Hopwood, P., MacEachen, E., Bourgeault, I., McAiney, C., Yanar, B. et Davis, A. (2024), « On-Demand and Marketplace Platforms: Gig Care Work Conditions on Two Digital Labour Platform Care Models », *Critical Sociology*, 08969205241279868. <https://doi.org/10.1177/08969205241279868>
- ➔ Hyde, C. (2023), « Precarious Professionals: The Impact of Neoliberalism on the Workforce of the Nonprofit Human Service Sector », *Nonprofit Policy Forum*, 15(2), p. 121–137. <https://doi.org/10.1515/npf-2023-0008>
- ➔ Institut canadien d'information sur la santé (2024), *Le pouls des soins de santé : mesurer les priorités partagées en santé au Canada, 2024*, Institut canadien d'information sur la santé. <https://www.cihi.ca/fr/le-pouls-des-soins-de-sante-mesurer-les-priorites-partagees-en-sante-au-canada-2024>
- ➔ Institut canadien d'information sur la santé (12 février 2026), *La main-d'œuvre de la santé au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-aperçu>
- ➔ Kwofie, E. (28 avril 2025), *Safe drinking water 25 years after Walkerton*, Association canadienne du droit de l'environnement. <https://cela.ca/safe-drinking-water-25-years-after-walkerton/>
- ➔ Longhurst, A. (2023), *At What Cost? Ontario hospital privatization and the threat to public health care*, Canadian Centre for Policy Alternatives Manitoba. <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Ontario%20Office/2023/11/AtWhatCost-FINAL-November%202023.pdf>
- ➔ Longhurst, A. (12 mai 2025), *Hollowed out: Ontario public hospitals and the rise of private staffing agencies*, CCPA. <https://www.policyalternatives.ca/news-research/hollowed-out/>

- ➔ Luxton, M. (2021), *Valuing Unpaid Work in the Home* (Policy4Women), Institut canadien de recherches sur les femmes. <https://www.criaw-icref.ca/wp-content/uploads/2021/04/Valuing-Unpaid-Work-in-the-Home.pdf>
- ➔ Manoe, M. (2023), *Involuntary Treatment: Criminalization by another name*, Pivot Legal Society. [https://assets.nationbuilder.com/pivotlegal/pages/3690/attachments/original/1679547073/Involuntary\\_Treatment\\_-\\_Criminalization\\_by\\_another\\_name\\_-\\_Finalized\\_2.pdf?1679547073](https://assets.nationbuilder.com/pivotlegal/pages/3690/attachments/original/1679547073/Involuntary_Treatment_-_Criminalization_by_another_name_-_Finalized_2.pdf?1679547073)
- ➔ McWhinney, T. (3 décembre 2024), *Beyond Survival: The Impact of Unrestricted Funding on Charities' Sustainability* [Université de Carleton]. Projet Canada Perspectives des Organismes de bienfaisance (PCPOB). <https://carleton.ca/cicp-pcpob/2024/beyond-survival-the-impact-of-unrestricted-funding-on-charities-sustainability/>
- ➔ Migrant Workers Alliance for Change, Workers' Action Centre et Parkdale Community Legal Services (18 avril 2023), *Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs Review of Bill 79: Working for Workers Act, 2023*. [https://workersactioncentre.org/wp-content/uploads/2023/04/Submission-to-the-Standing-Committee-on-Finance-and-Economic-Affairs-Review-of-Bill-79\\_-Working-for-Workers-Act-2023.pdf](https://workersactioncentre.org/wp-content/uploads/2023/04/Submission-to-the-Standing-Committee-on-Finance-and-Economic-Affairs-Review-of-Bill-79_-Working-for-Workers-Act-2023.pdf)
- ➔ Mooten, N. (2021), *Racisme, discrimination et travailleurs migrants au Canada : éléments de preuve tirés des études sur le sujet*. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/documents/pdf/francais/organisation/rapports-statistiques/research/racism/r8-2020-racism-fra.pdf>
- ➔ Moser, A. (2024). From wages for housework to self-care: Feminist perspectives on the care economy. *International Politics*. <https://doi.org/10.1057/s41311-024-00554-z>
- ➔ O'Grady, B., et Simpson, A. (2024). The Great Rise . . . and Then the Great Fall: Toronto Police Service's Enforcement of the Ontario Safe Streets Act, 2000–2022. *Canadian Public Policy*, 50(3), 277–291. <https://doi.org/10.3138/cpp.2023-040>
- ➔ Ontario Drug Policy Research Network. (2025). *Together for Change: What We Heard at the Community Substance Use Forum*. Ontario Opioid Drug Observatory. <https://odprn.ca/wp-content/uploads/2025/02/Together-For-Change-What-We-Heard-at-the-Community-Substance-Use-Forum.pdf>
- ➔ Ontario Health Coalition (9 septembre 2024), *MYTH BUSTER: 10 Big Myths about Health Care Privatization*, Ontario Health Coalition. <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/myth-buster-10-big-myths-about-health-care-privatization/>
- ➔ Organisation internationale du Travail (n. d.), *L'économie du soin*. Consulté : <https://www.ilo.org/fr/themes-et-secteurs/leconomie-du-soin>
- ➔ Pitawanakwat, B. O., Agnew, M. et Balaban, K.-L. (25 septembre 2025), *Ontario's "Safer Municipalities Act" (Bill 6) and the Criminalization of Indigenous People in the City*, Yellowhead Institute. <https://yellowheadinstitute.org/2025/ontarios-safer-municipalities-act-bill-6-and-the-criminalization-of-indigenous-people-in-the-city/>
- ➔ PressProgress (29 octobre 2015), *5 reasons the privatization of Hydro One is a really, really bad idea*, PressProgress. [https://pressprogress.ca/5\\_reasons\\_privatization\\_hydro\\_one\\_is\\_a\\_really\\_really\\_bad\\_idea/](https://pressprogress.ca/5_reasons_privatization_hydro_one_is_a_really_really_bad_idea/)
- ➔ Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). *Ontario's primary care crisis*. <https://rnao.ca/media/10160/download?inline>
- ➔ Rozinskis, R., & Rourke, C. (2024). Challenging Involuntary Treatment and Confinement in Canada Through the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). *Studies in Social Justice*, 18(3), 418–439. <https://doi.org/10.26522/ssj.v18i3.4246>
- ➔ Santé publique Ontario (2023), *Barriers and Strategies to Equity in Digital Health Programs and Services*. Santé publique Ontario. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/E/2023/eb-barriers-strategies-equity-digital-health-programs-services.pdf>
- ➔ School of Cities (2025) *Ontario's Housing Crisis Explained*, Université de Toronto. [https://schoolofcities.utoronto.ca/wp-content/uploads/2025/04/School-of-Cities\\_Housing-Crisis-Final3.pdf](https://schoolofcities.utoronto.ca/wp-content/uploads/2025/04/School-of-Cities_Housing-Crisis-Final3.pdf)
- ➔ Scott, K. (2024), *Work in progress: Women in Canada's changing post-pandemic labour market: Bumpy Ride series, spring 2024 update* (Beyond Recovery: Toward a Gender-Just Economy), Canadian Centre for Policy Alternatives Manitoba.
- ➔ Société canadienne d'hypothèque et de logement (2025), *Les liens entre les expulsions et l'itinérance* (Expulsions de locataires au Canada). <https://www.cmhc-schl.gc.ca/professionnels/marche-du-logement-donnees-et-recherche/recherche-sur-le-logement/rapports-de-recherche-en-habitation/besoins-et-conditions-de-logement/expulsions-locataires-canada-liens-entre-expulsions-itinerance#>

- ➔ Statistique Canada (2024), *Qui sont les aidantes et aidants pris en sandwich au Canada?*, gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2024003-fra.htm>
- ➔ Syndicat canadien de la fonction publique (22 décembre 2015), *La privatisation d'Hydro One : un cadeau aux banquiers de Bay Street payé par les Ontariens*. Syndicat canadien de la fonction publique. <https://scfp.ca/economie-au-travail/la-privatisation-dhydro-one-un-cadeau-aux-banquiers-de-bay-street-paye-par-les>
- ➔ Tamarack Institute (16 octobre 2025), *Homelessness and Housing in Canada: A Human Rights Crisis*. <https://www.tamarackcommunity.ca/articles/homelessness-and-housing-in-canada-a-human-rights-crisis>
- ➔ Vancouver and District Labour Council (1er février 2023), *BHM 2023: It's time Canada takes care of Black care workers*, CLC News. <https://vdlc.ca/clc-news/?id=17037>
- ➔ Wiens, K., Nisenbaum, R., Sucha, E., Aubry, T., Farrell, S., Palepu, A., Duhoux, A., Gadermann, A. et Hwang, S. W. (2021), « Does Housing Improve Health Care Utilization and Costs? A Longitudinal Analysis of Health Administrative Data Linked to a Cohort of Individuals With a History of Homelessness », *Medical Care*, 59, p. 110. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001379>
- ➔ Workers' Action Centre. (2022). *From the Frontlines: An urgent agenda for decent work*. Workers' Action Centre. <https://workersactioncentre.org/wp-content/uploads/2022/05/WAC-From-the-Frontlines-web.pdf>
- ➔ Wray, D., Badets, J., Keating, N. et Fast, J. (2023), *L'économie des soins au Canada : un cadre conceptuel*, Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-652-x/89-652-x2023002-fra.htm>
- ➔ Yalnizyan, A. et Armstrong, P. (16 février 2023), « In health care it is not privatization to fear, it's profitization », *The Toronto Star*. [https://www.thestar.com/opinion/contributors/in-health-care-it-is-not-privatization-to-fear-it-s-profitization/article\\_071a1cf3-d9d3-5cd8-8ee3-5ee6fe03a6cf.html](https://www.thestar.com/opinion/contributors/in-health-care-it-is-not-privatization-to-fear-it-s-profitization/article_071a1cf3-d9d3-5cd8-8ee3-5ee6fe03a6cf.html)
- ➔ Yang, J. R. et Liu, J. (2021), *Strengthening accountability for discrimination: Confronting fundamental power imbalances in the employment relationship (Unequal Power)*, Economic Policy Institute. <https://www.epi.org/unequalpower/publications/strengthening-accountability-for-discrimination-confronting-fundamental-power-imbalances-in-the-employment-relationship/>
- ➔ Ziegler, E., McCallum, K. E., Porter, K. et Beketa, C. (2020), *Typologie des travailleurs à la demande au Canada : vers un nouveau modèle de compréhension du travail à la demande par l'entremise du capital humain, social et économique*, Centre des compétences futures.

**Crédit photo :** iStock.com/jimfeng, Unsplash: Jomarc Nicolai Cala, Unsplash: Hugo Coulbouée, iStock.com/SeventyFour, Unsplash: agecymru, iStock.com/LittleCityLifestylePhotography, Unsplash: Vitaly Gariev, Unsplash: Dickensian Street Urchin, Unsplash: Nubelson Fernandes, Unsplash: Monica Melton, iStock.com/kate\_sept2004, iStock.com/Kar-Tr



# Annexe

## Méthodologie pour adapter et utiliser la Fiche d'évaluation relative au travail de soins en Ontario

La *Fiche d'évaluation* relative au travail de soins en Ontario a été adaptée à partir d'une fiche d'évaluation des politiques relatives au travail de soins, créée par un groupe d'organisations. Parmi elles, on compte Oxfam, International Center for Research on Women (ICRW) Asia, International Domestic Workers Federation, Africa Leadership Forum, UK Women's Budget Group, Ciudadanía Bolivia, Padare Men's Forum Zimbabwe, Ugandan Women's Network et Youth Alive! Kenya. Le matériel original comprend un [guide de notation](#) (en anglais) et une grille d'évaluation.

La fiche d'évaluation permet d'évaluer concrètement les politiques qui encadrent le travail de soins rémunéré ou non rémunéré aux niveaux national ou infranational. Elle a été conçue pour mesurer les progrès, établir les lacunes dans les politiques concernées et servir d'outil de plaidoyer. En fin de

compte, elle devra permettre de transformer les conditions sociales qui nuisent au travail de soins et qui affectent de manière disproportionnée les femmes, les filles et les personnes de diverses identités de genre.

La fiche d'évaluation relative au travail de soins en Ontario comprend deux sections : l'une pour le travail de soins rémunéré et l'autre pour le travail de soins non rémunéré. Chaque section est divisée en domaines d'intervention subdivisés en indicateurs dont chacun représente une politique particulière. Des critères d'évaluation permettent d'évaluer les indicateurs, soit de 13 à 20 critères par indicateur.

L'équipe de recherche responsable d'adapter et de noter la fiche d'évaluation a été composée d'Inez Hillel et de Jay Piotrowski de Vivic Research.

## Adaptation de la fiche d'évaluation au contexte de l'Ontario

Dans le cadre de ce projet, la fiche d'évaluation originale a été adaptée pour évaluer le contexte du travail de soins en Ontario. L'ensemble des indicateurs a été adapté au contexte provincial en excluant ceux dont la responsabilité incombe au gouvernement fédéral ou municipal. De plus, un petit nombre d'indicateurs a été exclu afin de réduire la portée de la fiche d'évaluation en raison de contraintes budgétaires et temporelles. Ces changements sont le résultat d'échanges préliminaires avec des chercheurs et des spécialistes dans l'économie du travail de soins en Ontario et au Canada.

Deux séances de consultation ont permis de présenter la fiche d'évaluation aux gens et de recueillir des commentaires sur les sujets prioritaires dans l'économie du travail de soins en Ontario. Ces commentaires ont été intégrés durant la phase de révision, notamment en ajoutant ou en retirant des indicateurs. Les commentaires ont aussi permis de préciser certains critères d'évaluation.

## Ajout et retrait d'indicateurs

Au total, 12 indicateurs de la fiche originale ont été retirés dans la fiche adaptée à l'Ontario :

1. Services et installations sanitaires
2. Repas fournis à l'école et bons alimentaires
3. Programmes publics sensibles au travail de soins
4. Services de garde sur les lieux
5. Allaitement au travail
6. Prestations sociales pour travailleurs et travailleuses
7. Interdiction du travail des enfants
8. Normes publicitaires et représentation médiatique interdisant les stéréotypes liés au genre
9. Campagnes gouvernementales de sensibilisation visant à mettre en valeur et à reconnaître le travail de soins ou à changer les normes relatives au genre en lien avec le travail de soins
10. Politiques éducatives sur les stéréotypes liés au genre
11. Cadre d'évaluation permettant de saisir et de suivre le progrès en matière de bien-être
12. Données et sondages sur l'usage du temps.

De plus, trois indicateurs ont été ajoutés :

- + Infrastructure d'air pur
- + Infrastructure de connectivité (voir le chapitre « Limites et forces »)
- + Infrastructure de logement (voir le chapitre « Limites et forces »)

La fiche d'évaluation originale inclut l'indicateur « **Services de soin pour les personnes ayant des besoins supplémentaires** ». Elle précise que les critères pour différents besoins doivent être évalués séparément. Par conséquent, les six catégories de services de soins suivantes ont été évaluées afin de refléter l'étendue des politiques de soins de compétence provinciale :

- + Personnes vivant avec un trouble développemental
- + Personnes ayant des besoins en santé mentale
- + Personnes vivant avec une déficience physique
- + Personnes victimes de violence fondée sur le genre
- + Personnes en situation d'itinérance
- + Personnes ayant des dépendances.

L'indicateur « **Services de soins pour les personnes âgées** » inclus dans la fiche d'évaluation originale a été divisé en deux indicateurs : « **Foyer de soins de longue durée** » et « **Soins à domicile** »

L'indicateur « **Transferts de fonds associés au travail de soins** » a été évalué pour deux domaines d'intervention, soit les « **Protections sociales pour les aidants et les aidantes** » et le « **Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)** »

## Précision des indicateurs et critères d'évaluation

Des changements mineurs aux indicateurs et aux critères d'évaluation ont permis de les adapter aux spécificités de l'économie du travail de soins en Ontario.

Changements	Ajouts	Retraits
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le langage utilisé a été adapté pour clarifier que la fiche d'évaluation a pour objet les politiques provinciales.</li> <li>▶ Le champ d'application de l'indicateur 1.2.1 : <i>Soins de santé publique</i> a été limité aux soins primaires, suivant la recommandation du guide de notation d'évaluer un seul aspect de cet indicateur à large portée.</li> <li>▶ L'horizon de temps pour le critère de l'allocation budgétaire a été changé pour inclure les dépenses depuis 2015, au lieu de se limiter au cycle budgétaire précédent. Ainsi, on évite de comparer les dépenses actuelles avec les augmentations de financement non représentatives au plus fort de la pandémie de COVID-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un critère d'évaluation concernant le consentement aux soins a été ajouté.</li> <li>▶ Un critère d'évaluation concernant la disponibilité d'options de soins adaptés à la culture a été ajouté.</li> <li>▶ Un critère d'évaluation concernant l'évolution des politiques suivant une logique punitive a été ajouté. Aux fins de cette évaluation, nous avons défini « logique punitive » comme l'ensemble des mentalités, politiques et pratiques ancrées dans une logique de punition et d'emprisonnement. Nous avons utilisé ce critère d'évaluation pour déterminer comment la surveillance, la punition et le contrôle peuvent s'introduire dans les politiques relatives au travail de soins.</li> <li>▶ Un critère d'évaluation concernant les tendances de privatisation au cours des dix dernières années a été ajouté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les critères d'évaluation portant sur des questions de compétence fédérale (p. ex. la ratification de traités internationaux) ont été retirés.</li> </ul>

## Méthode de notation

La *Fiche d'évaluation relative au travail de soins en Ontario* présente un portrait de l'économie du travail de soins à un moment précis : la notation et les séances de validation ont eu lieu entre juillet et décembre 2025.

Chaque critère d'évaluation s'est vu attribuer la note 0; 0,5 ou 1 suivant le guide de notation qui accompagnait la fiche d'évaluation. La note 0,5 indique que la réponse à la question globale n'est ni « oui » ni « non », mais n'exprime pas nécessairement un progrès réalisé à moitié.

Dans de nombreux cas, plusieurs politiques, plans d'action, programmes et cadres orientent la prestation de services de soins ou la réalisation d'infrastructures de soins pour un seul indicateur. Vivic Research a tenté d'isoler une seule politique. Lorsque cela n'a pas été possible, l'équipe a dressé une liste de tous les documents pris en considération pour la notation. De plus, lorsque possible, elle a priorisé les textes législatifs par rapport aux plans d'action et à d'autres documents à caractère non législatifs.

Les membres de l'équipe de Vivic Research ont indépendamment noté chaque indicateur, puis ont comparé leurs résultats afin de mettre en évidence et d'analyser d'éventuels écarts. Les sources suivantes ont alimenté le processus de notation : des lois et règlements ontariens, des projets de loi, des documents budgétaires, des rapports de recherche produits par des organismes à but non lucratif et par d'autres groupes de plaidoyer, des documents d'information sur les politiques pertinentes et des articles médiatiques. Outre la recherche documentaire, la notation s'appuie sur des séances de validation avec des spécialistes du secteur et des politiques sur le travail de soins. Ces séances ont été coordonnées avec l'aide du réseau d'ONN.

## Limites et forces de la fiche d'évaluation

Vivic Research n'a pas été en mesure de compléter la notation de deux indicateurs ajoutés à la fiche d'évaluation adaptée au contexte de l'Ontario, soit l'infrastructure de connectivité et l'infrastructure de logement. Dans les deux cas, l'équipe a plutôt ajouté une brève explication du rôle de chaque indicateur dans l'économie provinciale du travail de soins.

La décision initiale d'inclure l'infrastructure de connectivité dans la fiche d'évaluation était motivée par l'expansion rapide des services de santé virtuels. Elle visait à établir des liens entre l'infrastructure de connectivité et l'accès aux soins. Toutefois, des conversations avec des spécialistes ont permis de comprendre que la responsabilité de cette infrastructure incombe principalement au gouvernement fédéral. Pour sa part, le logement comme infrastructure de soins n'a finalement pas été pris en compte puisque les politiques à ce sujet sont actuellement profondément ancrées dans le secteur privé. Bien que les politiques sur l'aménagement du territoire et la location offrent une certaine orientation, il n'existe que peu

d'encadrement gouvernemental du logement en tant qu'infrastructure. Malgré cela, la politique provinciale sur le logement social a été évaluée sous l'indicateur 1.2.9 Service d'aide aux sans-abri et de logement.

La deuxième difficulté rencontrée par l'équipe de recherche concerne la mise en commun des diverses perspectives exprimées par les spécialistes des politiques de soins ou du secteur durant les séances de validation. Leurs perspectives différaient en fonction de la population desservie, particulièrement au sujet des critères d'évaluation pour les barrières à l'accès et les résultats de la politique en question. Afin d'assurer la cohérence du processus de notation, l'équipe a décidé d'utiliser un angle intersectionnel pour comprendre comment les politiques influent sur les gens vivant au croisement de plusieurs axes d'oppression. Elle a du même coup reconnu que la note finale ne reflète pas nécessairement l'expérience de chaque intervenant relativement aux systèmes de soins. Ainsi, il était probable que les organisations expriment des points de vue divergents au sujet de la conception des politiques, p. ex. sur la question de la tenue ou non de consultations durant le processus d'élaboration.

En outre, la fiche d'évaluation originale, en raison de sa conception, favorise l'existence de directives législatives imposant la façon de fournir des services de soins. Cette perspective a été remise en question durant les séances de validation avec des représentants et représentantes du secteur de la violence fondée sur le genre. Selon ces personnes, les organismes qui travaillent avec des personnes survivantes bénéficient de la possibilité de fournir leurs services en adoptant la perspective de leurs bénéficiaires plutôt que le contraire. Cette rétroaction a mené à l'exclusion du score final de tout critère d'évaluation susceptible de pénaliser une pratique qui constitue un reflet positif du travail des organismes communautaires féministes.

L'une des grandes forces de la fiche d'évaluation pour l'Ontario est sa capacité d'établir des liens entre les politiques et les lacunes dans les services de soins, subies par la population. Elle permet d'identifier un texte législatif particulier et les organes gouvernementaux responsables de les mettre en application. Les consultations ont joué un rôle central pour permettre à l'équipe de recherche de comprendre comment les politiques, plus étoffées en théorie qu'en pratique, sont traduites en soins concrets.

Enfin, bien que la fiche d'évaluation comprenne des sections distinctes pour le travail de soins rémunéré et non rémunéré, chaque indicateur inclut des critères d'évaluation portant sur les effets des politiques sur les prestataires de soins non rémunérés. En déconstruisant le mur qui sépare le travail de soins rémunéré et non rémunéré, la fiche d'évaluation souligne et rappelle l'interdépendance du travail de soins sous toutes ses formes. Ainsi, elle ouvre la voie à une intensification des efforts de plaidoyer et à des manifestations de solidarité pour tous les travailleurs et travailleuses de soins.



<https://theonn.ca>

[info@theonn.ca](mailto:info@theonn.ca)