

Document de recherche

**Défis auxquels sont confrontées les
Canadiennes vivant seules à la retraite**

Douglas Andrews, FICA, et Lori J. Curtis

Octobre 2021

Document rp221114

*This document is available in English
© 2021 Institut canadien des actuaires*

Défis auxquels sont confrontées les Canadiennes vivant seules à la retraite¹

Douglas Andrews, FICA, et Lori J. Curtis

Résumé

Nous définissons l'expression « femmes vivant seules à la retraite » et nous présentons des statistiques portant particulièrement sur les Canadiennes dans cette situation. Parmi les personnes qui vivent seules à la retraite, il y a plus de femmes que d'hommes et, en moyenne, elles ont tendance à être plus pauvres que les hommes. Nous analysons l'effet et le coût de l'augmentation du Supplément de revenu garanti de deux façons différentes. Nous discutons des options internationales existantes pour vieillir chez soi. Nous exprimons nos préoccupations au sujet des pratiques actuelles en matière de soins de longue durée en vue d'apporter des améliorations qui nécessiteront un financement supplémentaire et nous formulons des recommandations sur la façon de trouver ces fonds.

1. Introduction

La population canadienne vit beaucoup plus longtemps sans augmenter le nombre d'années passées au travail; une retraite plus longue doit être pourvue d'une vie professionnelle stable. La documentation reconnaît trois formes de retraite : premier stade (65 à 74 ans), stade intermédiaire (75 à 84 ans) et stade avancé (85 ans et plus). Les besoins en ressources suivent un modèle en U : ils sont élevés au premier stade, alors que les aînés sont actifs, plus faibles au stade intermédiaire, à mesure que les retraités s'adonnent aux routines à la maison, et de nouveau élevés au stade avancé, à mesure que la santé se détériore et que les activités de la vie quotidienne deviennent plus difficiles.² En moyenne, les femmes s'attendent à vivre plus longtemps que les hommes, et celles qui se marient ont tendance à épouser des hommes plus âgés qu'elles.

Les baby-boomers féminins, plus que les cohortes précédentes, ont divorcé ou ne se sont pas mariés (Curtis et Rybczynski 2015). En outre, souvent, l'homme du couple était le principal soutien dont l'épargne et le revenu de retraite étaient plus élevés, et les couples dépensaient traditionnellement plus longtemps lorsque les deux époux étaient vivants, sans planification suffisante de la durée du patrimoine et des autres ressources.

¹ La présente recherche a été rendue possible grâce à une subvention de l'Institut canadien des actuaires, qui a facilité la production de deux documents pour le Symposium Living to 100 2020 (L100S) de la Society of Actuaries. Un document, intitulé *How Amending Old Age Security Would Improve the State of Canadian Women Living in the Alone Stage of Retirement* (Curtis et Andrews 2020), quantifie les défis financiers auxquels de nombreuses Canadiennes vivant seules à la retraite sont susceptibles d'être confrontées et il les compare à ceux des hommes dans la même situation. Le second document, intitulé *Health and Social Care Analysis Regarding the State of Canadian Women Living in the Alone Stage of Retirement* (Andrews et Curtis 2020), décrit certains des défis non financiers auxquels feront face de nombreuses Canadiennes vivant seules à la retraite, analyse trois enjeux particuliers et propose des initiatives stratégiques. Ensemble, ces deux documents donnent un aperçu général la situation financière et autre d'une « Canadienne moyenne vivant seule à la retraite ». Nous remercions les commentateurs et les participants à la conférence L100S pour leurs suggestions qui ont facilité la préparation du présent document. La date de publication de ce document a été affectée par la COVID-19. Dans les documents précédents, nous nous sommes appuyés sur les données de Statistique Canada provenant d'une base de données à usage public et nous avons l'intention de mettre à jour nos calculs à l'aide des fichiers maîtres disponibles au Southwestern Research Data Centre. En raison de la COVID-19, nous n'avons pu y avoir accès.

² Par exemple, consultez <https://discover.rbcroyalbank.com/discover-the-three-stages-of-your-retirement-journey-pay-uf/>.

De plus, la plupart des gens ont tendance à sous-estimer leur espérance de vie.³

Selon Hudon et Milan (2016), environ 8 100 centenaires vivaient au Canada en 2015, et ce nombre devrait doubler d'ici 2031. Le groupe d'âge qui connaît la croissance la plus rapide au Canada est celui des 90 ans et plus. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans les groupes plus âgés (plus de 88 % des centenaires sont des femmes). Toutefois, l'espérance de vie des hommes au Canada a augmenté plus rapidement que celle des femmes (3,6 mois par année pour les hommes et 2,4 mois par année pour les femmes) (Hudon et Milan 2016), ce qui contribue en partie à la faible diminution de la proportion de femmes vivant seules à la retraite au Canada (Milan et coll. 2012, cité par Hudon et Milan 2016).

Après une longue période de stabilité, les taux de pauvreté chez les aînés⁴ augmentent au Canada, particulièrement chez les femmes. Mais les statistiques sont plus désolantes pour celles qui vivent seules.

Environ 216 000 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 3,5 % de la population âgée, vivaient dans la pauvreté en 2018, ce qui représente peu de changement par rapport à 2017. Le taux de pauvreté était de 1,7 % chez les aînés vivant en famille et de 7,9 % chez les aînés vivant seuls.⁵ Malgré ces statistiques, on a peu mis l'accent sur les femmes vivant seules à la retraite en général ou sur le stade avancé de la retraite en particulier.

Une proportion croissante de femmes de la génération du baby-boom finiront par vivre seules à des âges plus avancés avec un revenu limité lorsque les problèmes de santé et d'activité quotidienne deviendront plus lourds. Vers la fin du stade intermédiaire et vers le stade avancé de la retraite, de nombreuses femmes se retrouveront seules et devront composer avec des problèmes financiers et non financiers – nous appelons cela le « stade de la vie seule à la retraite » (SVSR). La COVID-19 a également révélé d'autres risques pour les personnes âgées, dont celles qui vivent seules à la retraite dans des établissements de soins de santé.

³ Et certains ne planifient pas du tout à long terme.

⁴ Le Canada n'avait pas de taux de pauvreté officiel avant 2018. Auparavant, plusieurs mesures de la pauvreté ou du faible revenu étaient utilisées par les chercheurs et les groupes de défense des intérêts. Statistique Canada utilisait le seuil de faible revenu (SFR) pour définir le faible revenu au Canada et il ne faisait pas référence à la pauvreté. Les chercheurs avaient tendance à utiliser une mesure non officielle de la pauvreté conforme à celle utilisée dans la littérature sur la pauvreté (la moitié du revenu médian ajusté selon la taille de la famille – semblable à la mesure de faible revenu après impôt, ou MFR-Apl). Dans le présent document, les disparités dans les taux de pauvreté énoncés dans la littérature sont imputables aux différentes mesures que l'on trouve dans la littérature. Dans nos analyses, nous présentons deux mesures clairement expliquées à la section 2 concernant les données, leur analyse et notre méthodologie. En outre, les taux de pauvreté des différents sous-groupes de la population (p. ex., les hommes âgés, les femmes âgées, les femmes âgées vivant seules) sont très différents. Nous tentons d'établir clairement quelles mesures nous utilisons et de quels groupes nous discutons.

⁵ www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200224/dq200224-fra.htm

Le présent document est axé sur les besoins des personnes vivant seules à la retraite⁶ du point de vue du bien-être financier (section 2) ainsi que de celui du logement et des soins⁷ (section 3). À la section 4, nous présentons des suggestions stratégiques : premièrement concernant des modifications apportées au Supplément de revenu garanti (SRG) dans le but de combler les écarts financiers et de faire passer les personnes aux prises avec les besoins les plus immédiats au-delà du seuil de pauvreté; et deuxièmement, en ce qui concerne les soins de longue durée (SLD). La section 5 propose des pistes de recherche future. La section 6 résume notre analyse et présente une conclusion.

Par souci de concision et de facilité de lecture, le présent document traite des nouveaux ouvrages cités ici, mais il renvoie le lecteur à deux autres documents pour les discussions documentaires qui y sont contenues.

⁶ Même si nous concentrons notre analyse sur les femmes vivant seules à la retraite parce qu'elles sont plus nombreuses que les hommes et que nous souhaitons accorder une attention particulière à leur situation, nous avons de la compassion pour les hommes qui vivent dans des circonstances semblables et nous reconnaissons que les mesures que nous proposons s'appliquent également aux hommes.

⁷ Pour les besoins sociaux et les utilisations possibles de la robotique pour répondre aux besoins des personnes vivant seules à la retraite, voir Andrews et Curtis (2020).

2. Enjeux financiers

Les enjeux financiers qui nous préoccupent sont les suivants : le niveau de revenu dont le Canadien moyen vivant seul à la retraite est susceptible de disposer – compte tenu du Régime de pensions du Canada (RPC), de la Sécurité de la vieillesse (SV), du SRG, des rentes privées et d’autres programmes de soutien du revenu – comparativement au niveau typique des dépenses nécessaires pour atteindre un niveau de vie de base, lié à la mesure du panier de consommation (MPC) au Canada. La MPC comprend des dépenses comme la nourriture, les vêtements et les chaussures, le transport, le logement et les autres coûts de la vie quotidienne. Nous examinons le revenu provenant de sources telles les rentes privées, le RPC et la SV pour les personnes à ce stade de la retraite. Nous le comparons à la MPC pour décrire la situation des femmes vivant seules à la retraite par rapport à d’autres groupes, y compris les hommes vivant seuls et les couples. Nous comparons également le revenu à la mesure de faible revenu (MFR), la mesure de la pauvreté relative reconnue à l’échelle internationale, afin de fournir un comparateur longitudinal.

2.1 DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Dans le présent rapport, nous analysons les données tirées du dernier recensement du Canada à partir du fichier de microdonnées à grande diffusion de 2016 (FMGD; Statistique Canada, 2019a). Le recensement, qui est effectué aux cinq ans, constitue la principale source de données démographiques au Canada. Il contient des renseignements importants pour le présent rapport, y compris l’âge, le sexe, les liens entre les membres du ménage (y compris l’état matrimonial ou l’union libre), le logement, le revenu et les sources de revenu, et la MFR. Les données utilisées ont été recueillies au moyen du questionnaire détaillé. En 2016, le questionnaire détaillé a été rempli par le quart de la population canadienne.

Fait important, les données sur le revenu proviennent des fichiers de l’impôt sur le revenu et des prestations des particuliers; elles sont donc exactes et ne sont pas affectées par des problèmes de données manquantes et d’erreurs de déclaration, comme c’est souvent le cas pour les données d’enquête. Notre échantillon comprend toutes les personnes de 65 ans et plus faisant partie d’un ménage dans l’une des provinces. Nous n’incluons pas les personnes vivant dans les territoires.

Les variables indicatrices qui précisent si les ménages vivaient sous la MFR après impôt (MFR-ApI) et les mesures de la MPC ont été fournies dans les données. Ces variables indicatrices ont été utilisées pour calculer les proportions d’aînés à différents stades de la retraite qui vivent dans la pauvreté, telles que calculées par les différentes mesures de la pauvreté. Nous examinons les sources de revenu déclarées dans les données⁸ pour toutes les personnes âgées vivant seules et celles qui vivent dans la pauvreté. Nous calculons ensuite un écart de pauvreté ou le montant de revenu nécessaire pour ramener les personnes au seuil de pauvreté comme base d’analyse des programmes de revenu pour réduire la pauvreté des personnes vivant seules à la retraite.

⁸ Certaines sources de revenu ne sont pas bien déclarées : le revenu de retraite, par exemple. Nous utilisons les observations issues des données en précisant qu’elles pourraient ne pas être représentatives de la population en raison de la sous-déclaration.

Les seuils de pauvreté selon la MFR-Apl et la MPC n'ont pas été fournis dans les données. Pour calculer les écarts de la MFR-Apl et de la MPC, nous utilisons des données tabulaires qui fournissent les seuils de la MFR-Apl et de la MPC calculés par Statistique Canada (Statistique Canada 2019b, 2019c, 2019d). Dans ces tableaux, les mesures de la MFR-Apl et de la MPC sont fournies pour différentes tailles de ménage; nous n'utilisons que les ménages d'une personne. La MFR-Apl est appliquée à l'ensemble du Canada. Les mesures de la MPC sont fournies pour 50 régions géographiques différentes et elles diffèrent pour ceux qui sont propriétaires de leur maison (aucun paiement hypothécaire). Toutefois, en raison des limites des données, nous n'avons pu appairer que 22 régions géographiques disponibles dans les données à grande diffusion. L'appariement des MPC et des données a nécessité le regroupement de certaines régions géographiques. Pour ce faire, nous avons utilisé des moyennes pondérées par la population des MPC pour appairer les 22 régions géographiques disponibles dans les données à grande diffusion. Les seuils ont ensuite été comparés au revenu total après impôt disponible pour les personnes incluses dans notre échantillon.⁹ Après avoir analysé cette information, nous utilisons les données du recensement sur les prestations de la SV afin d'estimer l'incidence des changements proposés sur les coûts.

2.2 ÉVALUATION DE L'ÉCART

Les sources de revenu qui suivent peuvent être accessibles pour une personne de 65 ans ou plus au Canada : une rente du RPC, une rente de la SV, un SRG s'ajoutant à celle de la SV, des rentes provenant de sources privées liées à l'emploi et des économies personnelles peut-être liées à l'emploi.

⁹ RHDC et Statistique Canada utilisent le « revenu disponible » pour calculer la MPC (voir la note de bas de page 6). Cette mesure n'est pas disponible dans les données. Pour les personnes âgées, les déductions pertinentes du revenu que nous ne pouvons ajuster sont des dépenses de santé non assurées mais prescrites par un médecin, comme les soins dentaires et de la vue, les médicaments sur ordonnance et les aides aux personnes handicapées. Celles-ci pourraient être importantes pour certains – par conséquent, notre écart de pauvreté pourrait être considéré comme une limite inférieure, donc non représentatif des aînés ayant d'importantes dépenses médicales nécessaires. Environ 7 % des aînés de notre échantillon auraient des écarts plus importants si nous pouvions mesurer le revenu disponible.

Les mesures du revenu dans les données comprennent le revenu total après impôt,¹⁰ le revenu de la SV et du SRG,¹¹ le RPC,¹² le revenu de retraite privé,¹³ et le total des transferts de revenu du gouvernement.¹⁴ Le revenu total de source publique englobe tous les transferts gouvernementaux, car il existe divers programmes de soutien du revenu qui varient selon la province de résidence. Par exemple, en Ontario, la province la plus peuplée du Canada, une personne peut avoir droit à un revenu provenant du programme Ontario au travail et du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH), si elle a une invalidité admissible et a besoin d'aide pour payer ses frais de subsistance, et du Système ontarien de revenu annuel garanti si le revenu provenant de toutes sources est toujours inférieur à un seuil établi. Dans les autres cas, les particuliers doivent généralement payer leurs frais de subsistance. Toutefois, pour les personnes ayant une invalidité admissible ou vivant dans des établissements de SLD, des subventions additionnelles provenant des provinces peuvent être offertes.

2.2.1 ANALYSE DES DONNÉES

Les tableaux 1A et 1B affichent respectivement la taille de l'échantillon de l'ensemble de la population d'ânés et de personnes âgées vivant seules, selon le sexe et la tranche d'âge. Le tableau 1C présente la population étudiée – ménages constitués d'une personne âgée de 65 ans et plus – selon le sexe, pour les tranches d'âge et les stades de la retraite examinés dans l'étude. Il convient de souligner que les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes âgés, dans une proportion de plus de 2 pour 1 aux premières années de la retraite;

¹⁰ « Revenu après impôt » désigne le revenu total moins l'impôt sur le revenu pendant la période de référence. L'impôt sur le revenu désigne la somme des impôts fédéraux sur le revenu, des impôts provinciaux et territoriaux sur le revenu, moins les mesures de réduction, le cas échéant. Les impôts provinciaux et territoriaux sur le revenu comprennent les primes d'assurance maladie dans certaines administrations » <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/pop004-fra.cfm>

¹¹ L'OASGI est définie comme étant « la rente de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti versés aux personnes âgées de 65 ans et plus et l'Allocation ou l'Allocation au survivant versée aux conjoints de 60 à 64 ans des bénéficiaires de la [SV] ou aux veufs ou veuves par le gouvernement fédéral ». <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/pop104-fra.cfm>

¹² Le RPC est défini comme étant les « [s]ommes reçues du [RPC] ou du Régime de rentes du Québec pendant la période de référence sous forme de rentes de retraite, de prestations de survivant et de prestations d'invalidité. Sont exclues les prestations de décès versées sous forme forfaitaire. » <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/pop008-fra.cfm>

¹³ « revenu de retraite privé » s'entend de tout revenu « associé aux régimes de retraite, d'avantages sociaux ou d'épargne des employeurs ou personnels. Il comprend [...] les régimes de retraite agréés des employeurs [...], les régimes de retraite agréés collectifs [...] et les régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) venus à échéance, dont les prestations sont versées sous forme de rente viagère, de rente à échéance fixe, d'un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR) ou de contrat de rente d'étalement du revenu; les rentes versées aux veufs ou aux veuves, ou à d'autres parents de personnes retraitées décédées; les rentes des fonctionnaires retraités, des membres des Forces armées canadiennes et d'officiers de la Gendarmerie royale du Canada (GRC); les paiements de rente reçus du Fonds des rentes du gouvernement canadien, d'une société d'assurances, etc. Sont exclus les prestations de décès forfaitaires, les prestations forfaitaires ou les retraits d'un régime de retraite ou d'un REER et les remboursements de cotisations payées en trop. »

<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/pop194-fra.cfm>

¹⁴ « Revenu total de source publique » s'entend de « toutes les prestations en espèces reçues des administrations fédérale, provinciales, territoriales ou municipales au cours de la période de référence. Il comprend : la pension [de la SV], le [SRG], l'Allocation ou l'Allocation au survivant; les prestations de retraite, d'invalidité et de survivant du [RPC] et du Régime de rentes du Québec; les prestations de l'assurance-emploi et du Régime québécois d'assurance parentale; les prestations pour enfants des programmes fédéraux et provinciaux; les prestations d'aide sociale; les indemnités d'accident du travail; la prestation fiscale pour le revenu de travail; les crédits pour la taxe sur les produits et services et la taxe de vente harmonisée; d'autres revenus de sources gouvernementales » ou un contrat de rente avec étalement du revenu. www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/pop037-fra

cette proportion augmente pour atteindre plus de 3 pour 1 à plus de 85 ans ou à un stade avancé de la retraite. Ce point est important, car les tableaux du reste du document présentent les proportions de populations données, mais il est conseillé au lecteur de garder à l'esprit la différence importante entre les tailles d'échantillon selon les sexes, ainsi que les différences de proportions.

Tableau 1A

POPULATION DE PERSONNES ÂGÉES SELON L'ÂGE
D'APRÈS LE RECENSEMENT DU CANADA DE 2016

| Âge | Femmes (%) | Hommes (%) | Total |
|----------------|------------------|------------------|------------------|
| 65 à 69 ans | 998 085 (52) | 917 415 (48) | 1 905 500 |
| 70 à 74 ans | 698 560 (52) | 647 463 (48) | 1 346 023 |
| 75 à 79 ans | 512 931 (54) | 436 230 (46) | 949 161 |
| 80 à 84 ans | 351 611 (54) | 289 562 (46) | 641 173 |
| 85 ans et plus | 308 062 (61) | 192 474 (39) | 500 536 |
| TOTAL | 2 859 249 | 2 483 144 | 5 342 393 |

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a).

Tableau 1B

POPULATION DE PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULS SELON L'ÂGE
D'APRÈS LE RECENSEMENT DU CANADA DE 2016

| Âge | Femmes (%) | Hommes (%) | Total |
|----------------|----------------|----------------|------------------|
| 65 à 69 ans | 241 610 (62) | 148 962 (38) | 390 572 |
| 70 à 74 ans | 209 568 (67) | 102 379 (33) | 311 947 |
| 75 à 79 ans | 184 593 (72) | 70 485 (28) | 255 078 |
| 80 à 84 ans | 155 030 (73) | 57 091 (27) | 212 121 |
| 85 ans et plus | 168 979 (77) | 51 726 (23) | 220 705 |
| TOTAL | 959 780 | 430 643 | 1 390 423 |

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a).

Tableau 1C

TAILLE DE L'ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE SELON L'ÂGE ET LE STATUT DE PERSONNE VIVANT SEULE À LA RETRAITE, D'APRÈS LE RECENSEMENT DU CANADA DE 2016

| Âge | Femmes (%) | Hommes (%) | Total |
|--|--------------------|--------------------|---------------|
| 65 à 69 ans | 6 481 (62) | 3 977 (38) | 10 458 |
| 70 à 74 ans | 5 627 (67) | 2 749 (33) | 8 376 |
| 75 à 79 ans | 4 973 (72) | 1 889 (28) | 6 862 |
| 80 à 84 ans | 4 181 (73) | 1 537 (27) | 5 718 |
| 85 ans et plus | 4 560 (77) | 1 389 (23) | 5 949 |
| PERSONNES VIVANT SEULES À LA RETRAITE | | | |
| Premier stade | 12 108 (64) | 6 726 (36) | 18 834 |
| Stade intermédiaire | 9 154 (73) | 3 426 (27) | 12 580 |
| Stade avancé | 4 560 (77) | 1 389 (23) | 5 949 |
| TOTAL N | 25 822 (69) | 11 541 (31) | 37 363 |

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a).

Le tableau 2 présente la proportion de personnes âgées vivant seules et en situation de pauvreté au Canada, selon la MFR-Apl (la plus utilisée dans la littérature et à l'échelle internationale) et la MPC (seuil officiel de pauvreté au Canada). Il convient de souligner que la proportion de personnes vivant dans la pauvreté est considérablement réduite lorsque l'on passe de la MFR-Apl à la MPC (de moitié dans tous les groupes d'âge sauf le plus jeune). Le taux de pauvreté passe de 25 % à 39 % selon la MFR-Apl à 10 % à 23 % selon le seuil de pauvreté d'après la MPC, selon l'âge et le sexe.¹⁵ Ensuite, les deux mesures donnent lieu à des tendances différentes. Les taux de pauvreté selon la MFR-Apl augmentent légèrement chez les femmes au fil de l'âge et ils diminuent chez les hommes à mesure qu'ils vieillissent. La MPC montre que les taux de pauvreté diminuent considérablement pour les deux sexes. Ces tendances sont importantes sur le plan statistique. En outre, une proportion légèrement plus élevée (et non un nombre absolu) d'hommes vivent dans la pauvreté dans le groupe d'âge le moins avancé, tandis que la proportion de femmes vivant dans la pauvreté est considérablement plus élevée dans les groupes d'âge les plus avancés selon l'une ou l'autre des mesures de la pauvreté (rappelons que les femmes âgées vivant dans la pauvreté sont toujours plus nombreuses que les hommes âgés).

Tableau 2

PROPORTION DE PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES ET DANS LA PAUVRETÉ EN 2016,
SELON LE GROUPE D'ÂGE

| Âge | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) |
|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 65 à 69 ans | 0,337 (0,473)^ | 0,376 (0,484)* | 0,213 (0,409)^ | 0,232 (0,422)* |
| 70 à 74 ans | 0,366 (0,482)^ | 0,372 (0,484)^ | 0,185 (0,388)^ | 0,172 (0,378)^ |
| 75 à 79 ans | 0,381 (0,486)^ | 0,349 (0,477)*^ | 0,163 (0,369)^ | 0,145 (0,352)^ |
| 80 à 84 ans | 0,369 (0,482)^ | 0,294 (0,456)*^ | 0,158 (0,365)^ | 0,131 (0,338)*^ |
| 85 ans et plus | 0,387 (0,487)^ | 0,250 (0,433)*^ | 0,151 (0,358)^ | 0,103 (0,304)*^ |
| TENDANCE | Augmentations | Diminutions | Diminutions | Diminutions |

Notes : * indique une différence importante entre les femmes et les hommes; ^ indique une différence importante par rapport au premier stade de la retraite des personnes vivant seules; ~ indique une tendance importante.

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a).

¹⁵ Nous ne sommes pas les premiers à montrer l'écart des mesures de la pauvreté pour les personnes âgées. Voir par exemple www.progressive-economics.ca/2018/03/09/how-to-measure-and-monitor-poverty-lim-vs-lico-vs-mbm/.

Le tableau 3 montre la proportion de personnes âgées vivant seules et en situation de pauvreté selon le stade de la retraite. L'information est présentée selon le sexe (hommes, femmes) et regroupée d'après le stade de la retraite (anticipé : 65 à 74 ans, intermédiaire : 75 à 84 ans, avancé : 85 ans et plus). Les tendances sont encore plus claires dans le tableau 3 que dans le tableau 2. Lorsqu'elle est mesurée par MFR-Apl, la proportion de femmes vivant dans la pauvreté augmente pour l'ensemble des femmes vivant seules à la retraite, tandis que la proportion d'hommes vivant dans la pauvreté diminue. Les proportions baissent pour les deux sexes lorsqu'on utilise le seuil de pauvreté de la MPC. Les hommes vivent dans une proportion plus élevée que les femmes sous les seuils de pauvreté au premier stade de la retraite, mais cette proportion s'inverse au stade intermédiaire, et la différence s'accroît au stade avancé de la retraite. En combinant les données des tableaux 1 et 3, en termes absolus, le nombre de femmes vivant dans la pauvreté représente près du double de celui des hommes au premier stade de la retraite, le triple au stade intermédiaire et le quadruple de celui des hommes au stade avancé de la retraite.

Tableau 3

PROPORTION DE PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES ET DANS LA PAUVRETÉ EN 2016
SELON LE STADE DE LA RETRAITE

| PERSONNES VIVANT SEULES À LA RETRAITE | MFR-Apl | | MPC | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) |
| Premier stade | 0,351 (0,471) | 0,375 (0,484)* | 0,200 (0,400)^ | 0,208 (0,406)* |
| Stade intermédiaire | 0,375 (0,484)^ | 0,325 (0,468)*^ | 0,161 (0,367)^ | 0,139 (0,346)*^ |
| Stade avancé | 0,387 (0,487)^ | 0,251 (0,433)*^ | 0,151 (0,358)^ | 0,103 (0,304)*^ |
| TENDANCE | Augmentations | Diminutions | Diminutions | Diminutions |

Notes : * indique une différence importante entre les femmes et les hommes; ^ indique une différence importante par rapport au premier stade de la retraite des personnes vivant seules; ~ indique une tendance importante.

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a).

Nous examinons ensuite la composition des revenus des personnes âgées. Pour les personnes à chaque stade de la retraite (premier stade, stade intermédiaire, stade avancé), le tableau 4 présente le ratio des quatre sources de revenu les plus importantes pour toutes les personnes âgées (partie supérieure) et celles vivant dans la pauvreté (partie intermédiaire selon la MPC et la tranche inférieure selon la MFR-Apl) : la SV/le SRG (revenu total de la SV et du SRG), le RPC, tous les transferts gouvernementaux, y compris la SV/le SRG et le RPC, et les revenus de rentes privés. Il convient de souligner que pour l'ensemble de la population de personnes

âgées, les transferts gouvernementaux représentent plus de 60 % du revenu des aînés, en moyenne, tandis que les revenus privés représentent moins de la moitié.¹⁶ À mesure que les femmes avancent dans les divers stades de la retraite, elles deviennent plus dépendantes des transferts gouvernementaux que les hommes. En moyenne, les hommes ont un revenu de retraite privé beaucoup plus élevé que les femmes au stade intermédiaire ou avancé de la retraite. Pour les personnes qui vivent dans la pauvreté, la dépendance aux transferts gouvernementaux est encore plus grande. Pour celles qui déclarent des transferts gouvernementaux, ceux-ci sont presque exclusifs dans leur revenu après impôt, passant d'un peu plus de 90 % du revenu après impôt au premier stade de la retraite à plus de 95 % au stade avancé. Il est intéressant de noter que le sexe n'est pas un facteur de différenciation important sur le plan statistique pour les personnes âgées vivant dans la pauvreté, selon la MPC, en ce qui concerne les sources de revenu; tant les hommes que les femmes dépendent fortement des transferts gouvernementaux s'ils vivent dans la pauvreté.

Tableau 4

SOURCES DE REVENU DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULS EN 2016 SELON LE STADE DE LA RETRAITE ET LE STATUT DE PAUVRETÉ^A

| Source de revenu | Premier stade | | Stade intermédiaire | | Stade avancé | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) |
| SV/SRG | 0,360 (0,256) | 0,361 (0,260) | 0,381 (0,240) | 0,342 (0,233)* | 0,389 (0,230) | 0,309 (0,204)* |
| RPC | 0,240 (0,127) | 0,241 (0,140) | 0,269 (0,119) | 0,276 (0,130)* | 0,283 (0,120) | 0,305 (0,131)* |
| Tous les gouvernements | 0,609 (0,294) | 0,612 (0,313) | 0,666 (0,272) | 0,634 (0,291)* | 0,686 (0,263) | 0,628 (0,277)* |
| Privé | 0,489 (0,280) | 0,503 (0,296)* | 0,430 (0,271) | 0,484 (0,287)* | 0,369 (0,253) | 0,437 (0,272)* |
| Pauvres selon la MPC | | | | | | |
| SV/SRG | 0,695 (0,224) | 0,656 (0,232) | 0,754 (0,174) | 0,722 (0,180)* | 0,770 (0,166) | 0,735 (0,185)* |

¹⁶ Voir la note au bas du tableau pour une explication des proportions de sources de revenu qui ne totalisent pas 1,0.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| RPC | 0,248 (0,223) | 0,295 (0,243)* | 0,224 (0,192) | 0,278 (0,204)* | 0,216 (0,160) | 0,282 (0,223)* |
| Tous les gouvernements | 0,913 (0,193) | 0,920 (0,181) | 0,943 (0,140) | 0,954 (0,130) | 0,954 (0,116) | 0,957 (0,129) |
| Privé | 0,269 (0,274) | 0,239 (0,267) | 0,216 (0,253) | 0,224 (0,319) | 0,193 (0,239) | 0,239 (0,345) |
| Pauvres selon la MRF-Apl | | | | | | |
| SV/SRG | 0,637 (0,201) | 0,621 (0,199)* | 0,633 (0,171) | 0,615 (0,169)* | 0,620 (0,166) | 0,587 (0,171)* |
| RPC | 0,258 (0,173) | 0,278 (0,188)* | 0,278 (0,145) | 0,309 (0,160)* | 0,287 (0,129) | 0,342 (0,157)* |
| Tous les gouvernements | 0,908 (0,167) | 0,918 (0,160)* | 0,928 (0,120) | 0,949 (0,098)* | 0,924 (0,107) | 0,943 (0,100)* |
| Privé | 0,201 (0,191) | 0,176 (0,189)* | 0,149 (0,154) | 0,126 (0,151)* | 0,125 (0,129) | 0,127 (0,154) |
| TENDANCE | Augmentations | Diminutions | Diminutions | | Diminutions | Diminutions |

Notes : ^ Proportion du revenu des personnes qui déclarent la source de revenu. Les proportions ne totalisent pas 1,0 puisque ce ne sont pas toutes les personnes âgées qui déclarent tous les types de revenus. Le revenu de retraite privé a été particulièrement mal déclaré (déclaré comme non applicable ou non déclaré). * Les proportions des femmes diffèrent sensiblement de celles des hommes.

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a).

Enfin, nous présentons l'écart moyen selon la mesure de la pauvreté, le stade de la retraite et le sexe. Le tableau 5 montre que l'écart moyen entre les seuils de pauvreté en vertu de la MRF-Apl et la MPC diminue à mesure que la retraite progresse, tant pour les mesures de la pauvreté que pour les deux sexes. Cela indique que les revenus pour les deux sexes augmentent à mesure que les personnes vieillissent (les avantages fiscaux et les subventions augmentent au fil du vieillissement des personnes) ou que les personnes qui étaient en couple deviennent des personnes vivant seules à la retraite à la suite du décès de leur conjoint ou conjointe et que ces personnes sont plus riches, en moyenne, que celles qui étaient seules au premier stade de la retraite. En outre, les personnes qui vivent à un âge plus avancé peuvent être plus riches (la documentation sur la santé démontre clairement que les personnes plus riches sont en meilleure santé et vivent plus longtemps que celles qui ne le sont pas, à tous les points de la répartition du revenu).

Le tableau 5 indique également que les écarts ne diffèrent pas sensiblement entre les sexes en général.

Si nous nous concentrons sur l'écart de la MPC, l'écart pour les femmes en début de retraite est d'environ 30 \$ inférieur à celui des hommes. Les écarts entre les hommes et les femmes représentent quelques dollars aux stades intermédiaire et avancé. L'écart moyen mesuré par la MPC est de 261 \$ pour toutes les femmes vivant seules, de 293 \$ pour tous les hommes vivant seuls et de 271 \$ pour toutes les personnes âgées vivant seules.¹⁷ Rappelons que la MPC donne une notion de la capacité d'acheter un panier de biens et services nécessaires, de sorte qu'en moyenne, il manque 271 \$ aux aînés vivant seuls pour acheter un panier de biens jugés nécessaires.

Tableau 5

ÉCART DE PAUVRETÉ MOYEN MENSUEL⁺ POUR LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES SELON LE STADE DE LA RETRAITE

| PERSONNES VIVANT SEULES À LA RETRAITE | MFR-Apl | | MPC | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) |
| Premier stade | 350 (298) | 361 (314) | 290 (306) | 320 (327)* |
| Stade intermédiaire | 0,269 (243)^ | 250 (240)*^ | 228 (261)^ | 223 (296) ^ |
| Stade avancé | 238 (212)^ | 224 (212)^ | 217 (238)^ | 221 (237)^ |
| TENDANCE | Augmentations | Diminutions | Diminutions | Diminutions |

Notes : + L'écart de pauvreté mesure la différence entre le seuil de pauvreté et le revenu du ménage pour les personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté. * indique une différence importante entre les femmes et les hommes. ^ indique une différence importante par rapport au premier stade de la retraite. ~ indique une tendance importante.

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a).

¹⁷ Les écarts moyens ont été calculés par les auteurs et ils ne figurent pas dans le tableau.

3. Logement et soins

3.1 DONNÉES SUR LES MODÈLES INTERNATIONAUX

Outre les défis de revenu décrits à la section précédente, les personnes vivant seules à la retraite peuvent être confrontées à un éventail d'autres défis.¹⁸ Tout au long de la période au cours de laquelle elle vit seule à la retraite, la personne aura des besoins en matière de logement et d'hébergement. La plupart des personnes préfèrent demeurer chez elles le plus longtemps possible. Toutefois, à un moment donné, le foyer peut se révéler inadapté, être trop grand pour être entretenu ou mal situé pour avoir accès à la famille et aux aidants naturels, ou encore par besoin d'un niveau plus élevé de soins à domicile (ou même en établissement). La première partie de cette section présente des exemples précis de différents modèles internationaux qui marient les caractéristiques du logement et des soins, mais cette liste n'est pas exhaustive. Nous y traitons de la façon dont l'accès à un tel modèle peut être limité si le revenu ou le patrimoine est insuffisant. La deuxième partie porte sur certaines expériences et informations récentes concernant les soins de longue durée au Canada. La troisième partie renferme une brève conclusion.

3.1.1 LE LOGEMENT POUR LA VIE AU CANADA

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons communiqué avec plusieurs résidences pour personnes âgées et nous avons effectué des visites sur place. Le Village of Winston Park à Kitchener (Ontario), qui fait partie de la chaîne des villages Schlegel,¹⁹ offre un programme de soins, de la vie autonome jusqu'aux SLD institutionnalisés,²⁰ dans un complexe divisé en quartiers distincts; c'est-à-dire un établissement où loger à mesure que l'on passe du faible besoin d'aide aux soins modérés, aux SLD et enfin aux soins de fin de vie. Il semble s'agir du modèle de soins à reproduire pour les personnes vivant seules à la retraite.

D'autres fournisseurs offrent des approches semblables ou prévoient d'offrir des services comparables à l'avenir.

Toutefois, en examinant le coût de ces soins, nous pensons que ces services seront probablement abordables pour les personnes qui vivent à l'extrémité supérieure de la répartition de la richesse. Nous avons estimé que pour un séjour à Winston Park d'environ 20 ans, commençant par un mode de vie autonome avec un minimum d'aide pour les activités de la vie quotidienne et une détérioration continue des soins de longue durée et le décès, il faudrait une valeur nette d'au moins 1 million de dollars à l'entrée.²¹

¹⁸ Voir la discussion dans Andrews et Curtis (2020).

¹⁹ Fondée par Ron Schlegel, qui a grandement contribué à la recherche sur le vieillissement à l'Université de Waterloo.

²⁰ Au Canada, la prestation et la réglementation des soins de longue durée relèvent des provinces et des territoires, et les exigences et les normes varient d'une province et d'un territoire à l'autre. Toutefois, en Ontario, où se trouve cet établissement, le gouvernement fixe un montant quotidien maximal pour les SLD, et les résidents qui ont des problèmes de revenu peuvent demander des réductions, c.-à-d. des subventions gouvernementales. Outre les SLD décrits ci-dessus, les services nécessaires à des fins médicales qui sont couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, comme les visites chez le médecin, et les médicaments couverts en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario, les coûts associés à l'hébergement seraient assumés par le résident.

²¹ Les calculs des auteurs ne sont pas présentés ici.

Lors d'une conférence tenue à l'Université de Waterloo, le professeur Nashir Samanani²² a décrit un modèle novateur de soins en place à Generations Calgary, en Alberta. Il combine des services de garde d'enfants et des soins aux personnes âgées offerts dans un campus afin d'encourager des interactions sociales de grande qualité entre les générations, une vie multigénérationnelle, y compris un complexe de soins capable de satisfaire les personnes ayant toutes les exigences en matière de soins. Il offre des conditions de vie adaptées aux adultes et aux familles, de sorte que les familles puissent vivre avec ou près de leurs proches qui ont besoin de soins ou qui devraient en avoir besoin.

Ce milieu offre des possibilités de bénévolat, ce qui pourrait être une voie pour rendre abordable la vie dans cette collectivité à long terme.

3.1.2 PAYS-BAS : Les *STICHTINGS*

Après une étude plus approfondie, nous avons constaté qu'il existe aux Pays-Bas un modèle de programme de soins qui est plus abordable au niveau des patients dont le Canada pourrait tirer des leçons. Il est important de noter le « niveau des patients », car nous avons constaté que les Pays-Bas appliquent un taux d'imposition parmi les plus élevés au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de beaucoup supérieur à celui du Canada. Il est certain que la question des services qui devraient être fournis par le gouvernement doit être examinée par la population de chaque pays. Nous sommes d'avis que le moment et la portée des exigences en matière de santé et de soins de longue durée ne sont pas prévisibles; compte tenu du vieillissement de la population, la capacité de la majorité des personnes d'épargner suffisamment pour répondre à leurs propres besoins est précaire; et la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), qui prévoit les soins de santé nécessaires pour tous, devrait inclure ce type de soins. Nous appuierions donc une plus grande participation du gouvernement pour veiller à ce que des soins soient prodigués dans la dignité à tous pendant toute leur vie.

Les données empiriques suivantes concernant les Pays-Bas donnent une description d'un programme de soins souhaitable pour les personnes vivant seules à la retraite :

Peu après le décès de mon père à la fin de 2005, ma mère a commencé à montrer des signes précoces de perte de mémoire. Mes parents vivaient dans le petit village où je suis née et qui offrait des options de soins aux personnes âgées, mais mon frère et son épouse ont décidé qu'il serait préférable que ma mère déménage dans leur ville (un peu plus grande) où elle pourrait séjourner dans un établissement d'aide à la vie autonome à distance de marche de leur domicile. Ce fut le début de l'aventure.²³ Les logements sont conçus pour une vie autonome avec cuisine complète, mais il y a un suivi quotidien pour s'assurer que les médicaments sont pris et une surveillance générale pour déceler tout changement évident dans l'état de santé.

²² Dans une allocution prononcée le 25 mars 2021 dans le cadre d'une séance intitulée « Des modèles novateurs pour prendre soin des personnes âgées » à la Conférence sur le vieillissement, la COVID-19 et l'adoption de technologies en santé.

²³ <http://www.deulenas.nl/>

Elle était très heureuse dans cet établissement, mais après quelques années et quelques autres évaluations cognitives, il était clair qu'un niveau de soins plus élevé était nécessaire.

Elle a dû déménager dans un autre établissement similaire de soins pour personnes âgées²⁴, mais celui-ci offrait un service distinct de traitement de la démence, qui est normalement le dernier recours. Dans cette petite ville, tous les établissements de soins de santé étant situés dans le même secteur général, le déménagement a donc été très facile.

Les deux établissements sont des *stichtings*²⁵ à but non lucratif, une entité juridique néerlandaise qui s'apparente à une fondation et qui semble être supervisée par le gouvernement au niveau municipal. Les personnes qui souhaitent obtenir un soutien gouvernemental doivent se soumettre à une évaluation physique, mentale et financière. Le niveau de soins requis est fourni, mais les personnes paient pour les soins selon une évaluation de leur capacité de payer. Dans ce modèle, le niveau de soins requis est disponible tout au long de la vie, mais il n'y a pas véritablement de succession au décès, le cas échéant. Cependant, des options de soins privés sont offertes à des coûts beaucoup plus élevés pour ceux qui veulent une solution de rechange, habituellement un hébergement dans de magnifiques manoirs anciens dans des milieux spectaculaires.²⁶

3.1.3 VILLAGES DE RETRAITE

Le concept des villages de retraite est nouveau et il gagne en popularité au Royaume-Uni et en Australie (Crisp et coll. 2013; Jian et coll. 2014; Mayhew et coll. 2017; Pacione 2012). Il peut s'agir de logements privés, de logements partagés ou de logements locatifs. Les villages de retraite englobent généralement les quatre caractéristiques principales suivantes : les résidents n'occupent plus un emploi à temps plein, les personnes de mêmes âges sont regroupées dans le même emplacement géographique, il y a un sentiment de collectivité par le biais d'activités et d'intérêts communs et, enfin, l'expérience accroît l'autonomie tout en assurant la sécurité (Pacione 2012).

Créé en 1914, Whiteley Village est un village de retraités géré par le Whiteley Homes Trust, un organisme de bienfaisance enregistré (Mayhew et coll. 2017). On y offre toute une gamme de services : aide à domicile, soins infirmiers, soins palliatifs et soins de fin de vie. Contrairement à de nombreux autres villages de retraite au Royaume-Uni qui comptent sur des résidents autofinancés et issus de milieux à revenu élevé, les personnes qui s'inscrivent à Whiteley Village doivent avoir un faible revenu et peu d'actifs, de sorte qu'elles ont tendance à provenir de milieux socioéconomiques faibles. Whiteley Village offre trois types d'hébergement : Almshouses (chalets pour personnes autonomes), Huntley House (établissement de soins supplémentaires pour ceux qui aimeraient être autonomes, mais qui ont besoin de plus de soutien) et, enfin, Whiteley House (établissement résidentiel et centre de soins infirmiers axés sur la personne).

²⁴ <https://www.innoforte-zorg.nl/ik-zoek-een-woning/lorentzhuis.aspx>

²⁵ <https://en.wikipedia.org/wiki/Stichting>

²⁶ Expérience personnelle de Peter VanderPlaats.

Mayhew et coll. (2017) ont trouvé des preuves statistiques importantes qui suggèrent qu'en entrant dans Whiteley Village entre 65 et 69 ans, les résidentes ont connu une hausse significative de leur longévité par rapport aux femmes du même groupe d'âge en Angleterre et au pays de Galles. Toutefois, ils n'ont pas été en mesure de produire des preuves statistiques importantes pour les hommes.

3.1.4 COLLECTIVITÉS DE RETRAITE OFFRANT DES SOINS CONTINUS

Les collectivités de retraite offrant des soins continus (CRSC), habituellement des organismes sans but lucratif, sont des collectivités de personnes groupées par âges qui offrent aux personnes âgées une gamme de soins et de conditions de logement correspondant aux diverses étapes du processus de vieillissement, le tout axé sur le concept de « vieillissement chez soi » (Lee et Severt 2018; Shippee 2009; Sweem et Stowe 2012). La demande dans les CRSC a récemment connu une hausse aux États-Unis et dans d'autres pays, comme Israël, car la proportion et les besoins de la population vieillissante continuent de croître (Ayalon 2015). Les CRSC combinent des aspects des soins de longue durée, allant des collectivités actives ou autonomes aux résidences avec services, aux soins infirmiers spécialisés et aux soins de mémoire. Outre les services de santé, les CRSC offrent du soutien pour les activités quotidiennes comme l'entretien ménager, le transport, l'engagement social et la restauration (Gaines et coll., 2011). En général, de nombreuses personnes âgées s'installent pour la première fois dans un CRSC à la suite de la perte du conjoint et elles cherchent à trouver de la compagnie (Ayalon 2018; Koren et Ayalon 2019).

Les CRSC visent à fournir aux personnes âgées les ressources nécessaires pour traverser diverses étapes du vieillissement, tout en maintenant un milieu familial. Des études ont montré que le passage à un CRSC a grandement amélioré l'engagement social et resserré les liens sociaux entre les résidents (Heisler et coll. 2003; Jenkins et coll. 2002; Krout et coll. 2002). Toutefois, ces résultats sont beaucoup plus modérés lorsque les résidents font leur entrée dans un CRSC (Ayalon 2015). Bien que l'objectif des CRSC consiste à mettre l'accent sur un programme de soins, comme l'a mentionné Ayalon (2015), il se peut que les résidents qui doivent faire la transition d'un niveau de soins à l'autre dans un CRSC expérimentent un certain « décalage environnemental ».

Selon le département de la Santé de l'État de New York,²⁷ le paiement à un CRSC comporte deux volets : un droit d'entrée et un droit mensuel. De façon générale, les droits d'entrée commencent à environ 115 000 \$ US, tandis que les droits mensuels commencent à environ 2 100 \$ US pour une seule unité de vie autonome.²⁸

Les personnes doivent choisir l'un des trois contrats suivants : contrat de soins de vie complets (type A), contrats modifiés (type B) et contrats de services rémunérés à l'acte (type C) (département de la Santé, État de New York 2019). Le contrat de soins de vie complets comporte les honoraires les plus élevés par rapport aux autres contrats; toutefois, il offre une gamme complète de services, comme une aide illimitée à la vie autonome, des traitements médicaux et des soins infirmiers spécialisés, le tout gratuitement ou à peu de

²⁷ La réglementation aux États-Unis varie d'un État à l'autre. Par souci de concision, nous ne citons que l'information de New York.

²⁸ www.health.ny.gov/facilities/long_term_care/retirement_communities/continuing_care/

frais supplémentaires.²⁹ Un autre aspect à prendre en compte dans le contrat de soins de vie complets consiste à savoir si les frais d'entrée initiaux sont non remboursables, progressivement remboursables au fil du temps ou partiellement ou entièrement remboursables.³⁰ Le contrat modifié comprend un groupe limité de services. Si les services fournis dépassent les services contractuels, des frais mensuels plus élevés sont facturés. Dans un contrat de rémunération à l'acte, bien que les frais d'entrée initiaux puissent être inférieurs à ceux d'autres contrats, les adhérents à ce contrat paient pour des services très précis, comme une résidence avec services, des soins infirmiers d'urgence ou de courte durée ou des soins de mémoire, selon leurs besoins. Les résidents visés par ce type de contrat doivent payer les soins infirmiers de longue durée selon un taux quotidien.

3.1.5 L'EDEN ALTERNATIVE

Une autre forme d'approche intégrée est l'Eden Alternative, qui se décrit comme un organisme sans but lucratif 501(c)3.³¹ Elle a vu le jour aux États-Unis il y a environ 20 ans et elle a été implantée dans dix autres pays, dont le Canada et le Royaume-Uni. Son site Web³² la décrit comme une philosophie fondée sur des principes qui modifie la culture pour créer des collectivités axées sur les aînés. Une partie de la philosophie porte sur le parcours continu pour établir un « habitat humain ». L'éducation y joue un rôle important. Des programmes de formation sont offerts et les communications sont maintenues au moyen de bulletins et de conférences. Le modèle tente de remédier à la solitude, à l'impuissance et à l'ennui vécus par les personnes âgées vivant dans des milieux traditionnels en les faisant participer à la prise de décisions et aux activités de soins, et en faisant participer les autres membres de la famille, les enfants et les autres aidants naturels au partage des soins avec les aînés. La philosophie peut être appliquée aux soins à domicile ou en milieu communautaire, ainsi qu'aux établissements de SLD.

Les recherches citées³³ ont révélé des réussites dans les établissements de SLD qui respectent ces principes, comme la diminution des incidents comportementaux, des plaies de pression et de l'absentéisme du personnel. Lorsque les principes sont appliqués aux soins prolongés, les réussites relevées semblent être liées au fonctionnement de l'établissement et comprennent la réduction du roulement du personnel, des heures supplémentaires et du nombre de blessures subies par les employés. En milieu familial, la recherche a permis de constater des perspectives améliorées et des changements positifs dans les relations entre les participants.

Le coût approximatif d'un séjour à domicile selon l'Eden Alternative varie entre 4 000 \$ US et 12 000 \$ US par mois. La moyenne nationale aux États-Unis se situe à 6 360 \$ par mois.³⁴ Ces coûts couvrent la gamme complète des soins. Les coûts non liés aux soins inclus dans ce calcul

²⁹ www.aarp.org/caregiving/basics/info-2017/continuing-care-retirement-communities.html

³⁰ La mesure dans laquelle les frais initiaux pour les contrats de soins de vie complets sont remboursables peut varier d'une collectivité à l'autre. www.caregiverslibrary.org/Caregivers-Resources/GRP-Care-Facilities/HSGRP-Continuing-Care-Retirement-Communities/Continuing-Care-Retirement-Communities-Article

³¹ www.edenalt.org/about-the-eden-alternative/

³² www.edenalt.org

³³ Ibid.

³⁴ www.payingforseniorcare.com/nursing-home-alternatives

comprennent les repas, les activités, les animaux domestiques, les jardins, les terrains de jeu pour enfants, etc. Aux États-Unis, les maisons Eden Alternative sont financées par Medicaid ou par le régime privé ou les deux, tout comme les maisons traditionnelles de soins infirmiers.

Une telle structure de prix limite l'accès aux personnes bien nanties ou bien assurées ou, pour les établissements qui acceptent Medicaid, aux personnes qui y sont admissibles et aux établissements qui ont de l'espace pour une personne admissible à Medicaid.

3.2 LES SLD AU CANADA

Les établissements de soins de longue durée offrent des soins infirmiers en tout temps (24 heures sur 24, 7 jours sur 7), des soins médicaux primaires supervisés et de l'aide pour les activités et intérêts quotidiens (ICIS 2020b). Les foyers de soins de longue durée³⁵ sont agréés, réglementés et financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les foyers de SLD financés par l'État peuvent être privés ou publics. Les foyers de SLD privés peuvent être subdivisés en organismes sans but lucratif et à but lucratif. En Ontario, on dénombre au total 626 foyers de soins de longue durée, dont 46 % financés par l'État et 54 % sont privés – 28 % privés à but lucratif, 23 % privés sans but lucratif et 3 % n'appartenant à aucune de ces catégories (ICIS 2020b).

Des données récentes indiquent une augmentation importante de la proportion de résidents ayant des besoins plus pressants; par exemple, entre 2013 et 2018, le pourcentage de résidents d'établissements de SLD ayant besoin d'un soutien important est passée de 79 % à 86 %.³⁶ L'Ontario Long Term Care Association (2019a) soutient que le resserrement des critères d'admission dans un foyer de SLD au fil des ans ont fait en sorte que des personnes commencent à recevoir des soins à un stade plus avancé pour leurs troubles physiques et cognitifs et à un stade plus avancé de démence.

3.2.1 ÂGE ET CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES RÉSIDENTS ET RÉSIDENTES DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Pour l'exercice 2019-2020, l'âge moyen d'une résidente était de 85 ans, contre 80 ans pour un résident (ICIS 2020c). Au total, 54,6 % des résidents avaient plus de 85 ans. Les femmes représentaient 66,8 % de tous les résidents pris en charge. La proportion de personnes âgées de 95 ans et plus admises dans un foyer de SLD en Ontario a augmenté depuis 2011 (Ontario Long Term Care Association 2019a).

3.2.1.1 RÉSIDENTS ET RÉSIDENTES VIVANT SEULS À LA RETRAITE

En général, la grande majorité des personnes âgées en établissement de soins (83,9 %) vivent seuls. Les données du recensement montrent que les personnes ayant perdu leur conjoint ou conjointe étaient plus susceptibles de déménager dans un établissement de soins (Milan et coll. 2012). Les données indiquent une légère différence dans la proportion de femmes de 65 à 74 ans vivant seules (82,5 %) par rapport aux hommes dans la même situation (81,3 %). Chez

³⁵ Au Canada, les SLD relèvent des provinces; il existe donc certaines différences entre elles. Pour faciliter la discussion, nous ne faisons référence qu'à l'Ontario.

³⁶ La professeure agrégée Carrie McAiney a déclaré lors de la conférence de l'Université de Waterloo sur le vieillissement, la COVID-19 et l'adoption des technologies de la santé, le 24 mars 2021, qu'en moyenne 70 % des personnes qui reçoivent des SLD sont atteintes de démence.

les résidents de 85 ans et plus, la proportion de femmes vivant seules était beaucoup plus élevée que celle des hommes vivant seuls – 92,2 % comparativement à 70,6 % respectivement (Milan et coll. 2012). Bien que le fait de vivre seul augmente considérablement la probabilité d’entrer dans un établissement de soins pour les femmes, il ne s’agit pas d’un prédicteur aussi solide pour les hommes. Les résidents et résidentes de foyers de SLD qui ont déclaré vivre seuls avaient tendance à être nés au Canada et à éprouver des problèmes de santé.

3.2.2 AVANTAGES, QUALIFICATIONS ET NOMBRE DE MEMBRES DU PERSONNEL ET INSPECTIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Les enquêtes de la santé publique au cours des dernières années démontrent une importante pénurie de préposés et préposées aux bénéficiaires et de personnel infirmier dans certains secteurs (ministère des Soins de longue durée 2020). Pour répondre aux besoins en soins de la population vieillissante et croissante, pour chaque tranche de 15 000 lits, il faudra 20 % plus de personnel de soins, comme des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et des préposés aux bénéficiaires (Ontario Long Term Care Association, 2019a). En vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, tous les foyers de SLD de l’Ontario doivent satisfaire aux exigences suivantes en matière de dotation : une personne à l’administration; à la direction des soins infirmiers et personnels; à la direction médicale; une personne médecin traitant ou un personnel infirmier autorisée de la catégorie élargie; et enfin, au moins une personne infirmière autorisée en service en tout temps (ministère des Soins de longue durée 2020). Les préposés et préposées aux bénéficiaires représentent le pourcentage le plus élevé du personnel des foyers de SLD; 41 % des employés travaillent à temps plein, 48 % à temps partiel et 10,7 % à titre « occasionnel ». Le salaire horaire moyen des préposés et préposées aux bénéficiaires dans le secteur des SLD est de 21,41 \$³⁷ (ministère des Soins de longue durée 2020). Fait remarquable, les préposés et préposées aux bénéficiaires ne sont pas obligatoires pour doter un établissement de SLD et ils ne sont pas des fournisseurs de services réglementés.

Le salaire horaire moyen des IA, des IAA et des infirmiers et infirmières autorisées praticiennes (IAP) était respectivement de 38,05 \$, de 27,02 \$ et de 58,56 \$. Environ 30 % des IA et des IAA occupent deux emplois ou plus dans des établissements différents. Toutefois, parmi tous les foyers de SLD, 76,1 % des professionnelles et professionnels inscrits ont dit préférer un emploi à temps plein. Les données de 2018 montrent que 43 % des préposés et préposées aux bénéficiaires ont quitté le secteur en raison de l’épuisement professionnel découlant du manque de personnel dans les établissements (ministère des Soins de longue durée 2020).

³⁷ Les salaires varient selon que l’établissement de soins de longue durée est privé ou public et, s’il est privé, s’il est à but lucratif ou sans but lucratif. De plus, un montant de 21,45 \$ peut constituer un salaire viable s’il est reçu pour un emploi à temps plein, comme de 35 à 40 heures par semaine, mais insuffisant s’il est reçu seulement pour 15 à 30 heures par semaine pour un emploi à temps partiel ou occasionnel.

3.2.3 COÛTS, EXIGENCES ET SOUTIEN DU GOUVERNEMENT POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Selon un rapport de Deloitte LLP et affiliés (2021) commandé par l'Association médicale canadienne, d'ici 2031, les besoins de la population canadienne en matière de SLD et de soins à domicile auront augmenté de 59,5 % et 53 % respectivement par rapport aux niveaux de 2019, et le coût des SLD et des soins à domicile doublera presque, passant de 29,7 milliards de dollars en 2019 à 58,5 milliards en 2031. Cela donne une indication de l'ampleur du financement requis. Les paragraphes suivants décrivent le financement et le soutien au niveau individuel en Ontario.

En Ontario, les centres d'accès aux soins communautaires déterminent qui est admissible aux SLD au moyen d'évaluations (Ontario Long Term Care Association 2019b). Le gouvernement provincial fournit une aide financière aux établissements pour les fournitures nécessaires aux soins infirmiers et personnels, aux services de soutien social et récréatif des résidents et aux aliments crus nécessaires à la préparation des repas. Le gouvernement verse des fonds supplémentaires aux établissements de SLD pour l'équipement de prévention des chutes. Il ne paie toutefois pas la totalité du coût, celui-ci étant partagé avec les résidents et résidentes. Ces derniers doivent payer eux-mêmes les frais d'hébergement et de repas.³⁸ Les frais d'hébergement sont utilisés pour le personnel non spécialisé, les prêts hypothécaires, les services publics et les autres dépenses liées à l'immeuble.³⁹ Le taux maximal pour l'hébergement est le même dans tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario.

Les personnes incapables de payer une chambre de base peuvent avoir droit à une subvention maximale de 1 891,31 \$ par mois offerte dans le cadre du Programme de réduction des tarifs pour les soins de longue durée. Pour être admissible à cette subvention, un bénéficiaire doit recevoir toutes les prestations suivantes auxquelles il a droit : la SV, le POSPH (pour les personnes non admissibles à la SV) et le SRG. L'admissibilité à la subvention pourrait également dépendre du revenu net. En 2018, l'Ontario a consacré 4,28 milliards de dollars aux soins de longue durée (7 % du budget global de la santé), ce qui représente un coût quotidien approximatif de 149,95 \$ par résident (Ontario Long Term Care Association, 2019b).

3.2.4 COVID-19 ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Durant la première vague de la pandémie et jusqu'à la fin de mai 2020, les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite représentaient plus de 80 % de tous les décès liés à la COVID-19 au pays (ICIS, 2020b). En Ontario, les décès en soins de longue durée ont représenté plus de 70 % de tous les décès liés à la COVID-19 (ICIS, 2020a). Une enquête publique sur les établissements de SLD au plus fort de la pandémie a révélé que lorsque des éclosions de COVID-19 se sont produites, les effectifs ont diminué, car beaucoup d'employés et employées ont contracté le virus ou ont refusé de travailler en raison de préoccupations liées à la sécurité dues au manque d'équipement de protection individuelle. Les préposés et

³⁸ Depuis le 1^{er} juillet 2019, le tarif maximal d'hébergement dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario oscille entre 1 850 \$ et 2 640 \$ par mois. Les coûts dépendent de l'âge du foyer et si la chambre est privée, semi-privée ou partagée. Pour une chambre à séjour de longue durée et services de base, le tarif maximal est de 62,18 \$ par jour ou 1 891,31 \$ par mois.

³⁹ <https://www.ontario.ca/fr/page/obtenir-de-laide-pour-payer-des-soins-de-longue-duree>

préposées aux bénéficiaires représentaient la plus grande proportion du personnel qui s'est absenté (ministère des Soins de longue durée 2020). Il a également été révélé que les déplacements du personnel exerçant plusieurs emplois à temps partiel dans différents foyers de soins ont vraisemblablement entraîné la propagation de la COVID-19.⁴⁰

Tout en déplorant la performance du Canada pendant la COVID-19 en ce qui concerne les personnes qui reçoivent des SLD, Estabrooks et coll. (2020) mentionnent qu'il y a des causes profondes et de longue date qui sous-tendent ce rendement, et ils en énumèrent 13, notamment :

1. Le Canada n'a pas relevé le défi du financement actuel et futur des SLD.
2. Le Canada n'a pas réussi à optimiser l'intégration dans les secteurs des soins communautaires, des soins de longue durée et des soins de courte durée.
3. Le Canada n'a pas utilisé les données pour gérer efficacement le secteur des SLD.
4. Le Canada n'a pas examiné l'agrément et la réglementation des SLD de façon systémique, tout comme les pratiques exemplaires qui sous-tendent la réglementation.
5. Les niveaux de personnel réglementé dans les foyers de soins ont été systématiquement abaissés.
6. La main-d'œuvre non réglementée qui fournit plus de 90 % des soins directs aux résidents et résidentes dans les maisons de retraite n'a pas voix au chapitre.
7. Le Canada a fourni une formation et un soutien insuffisants à l'effectif des maisons de retraite, aux gestionnaires et aux dirigeants du secteur des SLD, ainsi qu'au personnel des secteurs de l'alimentation, de la buanderie et de l'entretien ménager.
8. Le Canada n'a généralement pas reconnu les profondes iniquités et inégalités auxquelles sont confrontés de nombreuses personnes âgées au Canada, qui sont accentuées dans les maisons de retraite.
9. Les Canadiennes et Canadiens âgés atteints de démence qui vivent dans des maisons de retraite sont sans voix.
10. Le Canada n'a systématiquement pas composé avec les conséquences des tendances démographiques liées au vieillissement, à la prévalence de la démence et à la diminution du nombre de proches aidants auprès des adultes âgés.

⁴⁰ La COVID-19, notre intervention, les répercussions, les conséquences imprévues, les ratés stratégiques, etc., feront l'objet de nombreuses recherches futures. Ce n'était même pas une considération lorsque nous avons proposé la présente recherche et effectué notre travail initial. Cette section n'est pas exhaustive, mais elle vise à fournir des renseignements généraux.
https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/directives/LTCH_HPPA.pdf

3.3 EN RÉSUMÉ

Il semble que certaines personnes seront privées de soins respectueux et nécessaires (comme c'est le cas actuellement⁴¹) à moins que nous puissions mettre en place un système de soins continus pour toutes les personnes vivant seules : un système qui offre des services allant de l'aide aux activités de la vie quotidienne jusqu'à la détérioration de l'état physique et mental (y compris la déficience cognitive et la démence) et aux soins palliatifs en fin de vie, en passant par les SLD. Un tel système de soutien doit être offert aux personnes dans le besoin, y compris celles qui ont peu ou pas de richesse. Pour être abordables, les soins devront probablement être fournis par un organisme sans but lucratif ou sur une base similaire, ce qui signifie qu'ils devront être offerts par l'État ou être fortement réglementés.

Sinon, le système sera probablement fragmenté, cloisonné et non axé sur le patient, comme c'est le cas à l'heure actuelle.

⁴¹<http://www.ohrc.on.ca/fr/il-est-temps-dagir-faire-respecter-les-droits-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-en-ontario/soins-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>

4. Propositions stratégiques

4.1 COMBLER L'ÉCART FINANCIER

Dans Curtis et Andrews (2020), nous discutons de trois façons de combler l'écart financier, qui sont quantifiées au tableau 5. Nous nous concentrons ici sur le coût de l'augmentation du SRG afin d'améliorer la situation des personnes vivant dans la pauvreté et nous montrons l'impact estimatif de la mesure proposée.

À la sous-section 2.2.1, nous avons présenté des statistiques montrant la proportion de ménages d'une personne âgée de 65 ans et plus vivant sous le seuil de pauvreté selon le sexe, l'âge et le stade de la retraite, ainsi que l'écart mensuel estimé pour les personnes vivant dans la pauvreté. Aux fins de l'analyse, nous illustrons l'incidence sur la pauvreté chez les personnes âgées et nous estimons le coût de deux propositions de modification du SRG décrites ci-après. Aux tableaux 6 à 9, nous montrons l'incidence de ces changements sur la proportion de personnes âgées vivant sous le seuil de pauvreté et les écarts de pauvreté. Nous estimons le coût de ces changements à partir des données démographiques du Recensement de 2016, comme elles ont été décrites précédemment.

Nous avons analysé l'impact de l'augmentation du SRG de 290 \$ par mois et de 217 \$ par mois. Ces montants ont été choisis aux fins d'analyse comme suit. Le revenu mensuel nécessaire pour éliminer, en moyenne, le plus grand écart de pauvreté chez les femmes est de 290 \$ (le premier stade de la retraite). Le revenu mensuel supplémentaire requis pour effacer l'écart moyen pour les femmes les plus vulnérables, celles qui vivent seules en fin de retraite, est de 217 \$.

Comme le SRG n'est payable qu'aux personnes dans le besoin, ces subventions seraient des suppléments non imposables de la SV versés aux personnes âgées vivant sous le seuil de pauvreté de la MPC. La subvention non imposable n'influerait pas sur les autres transferts gouvernementaux reçus par les personnes âgées (la subvention n'a pas pour but d'aggraver la situation des personnes âgées en réduisant par inadvertance d'autres subventions ou allègements fiscaux nécessaires).

Les tableaux 6 et 7 montrent l'incidence d'un supplément de 290 \$ par mois. Le tableau 6 indique que la proportion de personnes âgées vivant seules en situation de pauvreté diminue sensiblement tant chez les hommes que chez les femmes, à tous les stades. Le tableau 7 montre que, pour les personnes pauvres avant le supplément, l'écart de pauvreté moyen disparaît chez les femmes en début de retraite et devient négatif chez les hommes et les femmes aux stades intermédiaire et avancé (ce qui montre qu'une partie suffisante de cette population est passée au-dessus du seuil de pauvreté pour dépasser l'écart de revenu de celle qui est restée). Un faible écart subsiste en moyenne pour les hommes en début de retraite. Pour ceux qui demeurent dans la pauvreté après le supplément, l'écart moyen augmente.

Cela indique que ceux qui restaient dans la pauvreté après le supplément avaient des revenus très faibles et, en moyenne, demeuraient bien en deçà du seuil de pauvreté même après avoir reçu 290 \$ de plus par mois. Les tableaux 8 et 9 donnent le portrait d'un supplément moins élevé de l'État de 217 \$ par mois. Les taux de pauvreté sont sensiblement réduits. Ceux qui restent dans la pauvreté après le supplément enregistrent encore des écarts importants.⁴²

Tableau 6

Taux de pauvreté de la MPC avant et après le supplément de revenu (290 \$) pour les personnes vivant seules à la retraite

| PERSONNES VIVANT SEULES À LA RETRAITE | Taux de pauvreté avant le supplément | | Taux de pauvreté après le supplément | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) |
| Premier stade | 0,200 (0,400) | 0,208 (0,406) | 0,045 (0,207) | 0,054 (0,227) |
| Stade intermédiaire | 0,161 (0,367) | 0,139 (0,436) | 0,022 (0,147) | 0,015 (0,121) |
| Stade avancé | 0,151 (0,358) | 0,103 (0,304) | 0,016 (0,126) | 0,010 (0,100) |

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a) et des résultats de l'étude.

⁴² Les écarts moyens indiqués aux tableaux 7 et 9 peuvent porter à confusion. L'écart moyen déclaré concerne ceux qui demeurent dans la pauvreté. La subvention proposée permet aux personnes proches du seuil de pauvreté de le dépasser (avant la subvention), de sorte que celles qui restent sous le seuil sont bien en-dessous de la limite avant la subvention (c.-à-d. que leur écart est important); ainsi, celles qui restent sous le seuil de pauvreté ont une subvention plus importante et présentent un écart moyen plus prononcé.

Tableau 7

ÉCART MOYEN MENSUEL DE PAUVRETÉ+ POUR LES PERSONNES VIVANT DANS LA PAUVRETÉ AVANT ET APRÈS LE SUPPLÉMENT DE REVENU (290 \$)

| PERSONNES VIVANT SEULES À LA RETRAITE | Pauvres avant le supplément | | Pauvres après le supplément | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) |
| Premier stade | 0 (306) | 30 (326) | 361 (303) | 376 (309) |
| Stade intermédiaire | -62 (261) | -67 (296) | 340 (312) | 429 (424) |
| Stade avancé | -73 (238) | -69 (237) | 324 (274) | 327 (330) |

Nota : + L'écart de pauvreté mesure la différence entre le seuil de pauvreté et le revenu du ménage pour les personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté.

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a) et des résultats de l'étude.

Tableau 8

TAUX DE PAUVRETÉ AVANT ET APRÈS LE SUPPLÉMENT DE REVENU (217 \$) POUR LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES SELON LE STADE DE LA RETRAITE

| PERSONNES VIVANT SEULES À LA RETRAITE | Taux de pauvreté avant le supplément | | Taux de pauvreté après le supplément | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) |
| Premier stade | 0,200 (0,400) | 0,208 (0,406) | 0,062 (0,240) | 0,070 (0,255) |
| Stade intermédiaire | 0,161 (0,367) | 0,139 (0,436) | 0,037 (0,189) | 0,027 (0,163) |
| Stade avancé | 0,151 (0,358) | 0,103 (0,304) | 0,031 (0,173) | 0,019 (0,138) |

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a) et des résultats de l'étude.

Tableau 9

ÉCARTS MENSUELS DE PAUVRETÉ+ AVANT ET APRÈS LE SUPPLÉMENT DE REVENU (217 \$) POUR LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES SELON LE STADE DE LA RETRAITE (MESURE DE LA MPC)

| PERSONNES VIVANT SEULES À LA RETRAITE | Pauvres avant le supplément | | Pauvres après le supplément | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) | Femmes Moyenne (écart-type) | Hommes Moyenne (écart-type) |
| Premier stade | 73 (306) | 103 (326) | 328 (313) | 359 (321) |
| Stade intermédiaire | 11 (261) | 6 (296) | 266 (302) | 290 (387) |
| Stade avancé | 0 (238) | 4 (237) | 232 (264) | 229 (296) |

Nota : + L'écart de pauvreté mesure la différence entre le seuil de pauvreté et le revenu du ménage pour les personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté.

Source : Calculs des auteurs à partir du FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 (Statistique Canada 2019a) et des résultats de l'étude.

Le coût de ces deux changements est le suivant. Si seules les personnes âgées vivant dans la pauvreté recevaient le supplément de 290 \$, il en coûterait 1,17 milliard de dollars au gouvernement. Le supplément de 217 \$ coûterait 875 millions \$.

Pour mettre ces dépenses en perspective, envisageons ce qui suit : le gouvernement du Canada a consacré 48 milliards de dollars aux prestations aux personnes âgées et 22 milliards aux prestations pour enfants en 2016.⁴³ Le PIB du Canada en 2016 était d'environ 2,24 billions de dollars;⁴⁴ par conséquent, la proposition de majorer le SRG de 290 \$ par mois ne représenterait qu'une augmentation marginale du coût des prestations – un coût supplémentaire d'environ 0,05 % du PIB en 2016⁴⁵ ou une augmentation des prestations versées aux personnes âgées de moins de 2,5 %.

4.2 CORRIGER LES LACUNES EN MATIÈRE DE PRESTATION DE SOINS DE LONGUE DURÉE

La mention du « triangle de fer » pour illustrer les compromis dans le domaine des soins de santé est portée au crédit de Kissick (1994). Les trois volets sont le coût, l'accès et la qualité. L'argument est le suivant : la modification d'un volet aura une incidence sur au moins un des autres volets. C'est la situation dans laquelle on se retrouve lorsqu'on tente de combler les lacunes en matière de prestation des SLD.

⁴³ budget2016-fr.pdf

⁴⁴ www.statista.com/statistics/263574/gross-domestic-product-gdp-in-canada/

⁴⁵ Certaines réserves s'imposent. Nos taux et écarts de pauvreté sont probablement inférieurs, car nous n'avons pas été en mesure de calculer les dépenses de santé et n'avons donc pas été capables de calculer le revenu exact qui devrait être utilisé pour mesurer la pauvreté selon la MPC.

Les SLD sont inclus dans les services de santé que doivent fournir les provinces. Celles-ci reçoivent le Transfert canadien en matière de santé à l'égard des services de santé; à leur avis, ce montant est souvent insuffisant et il devrait être davantage majoré.⁴⁶ Si les provinces n'investissent pas suffisamment dans les soins de longue durée, l'accès ou la qualité diminuera, comme le prévoit le triangle de fer. Les plaintes du public portent généralement sur la détérioration ou l'insuffisance de la qualité des soins, bien que l'accès aux soins fasse également l'objet de plaintes. Certes, les taux de mortalité élevés dans les établissements de SLD pendant la COVID-19 témoignent d'une qualité de soins inadéquate.

Voici quelques suggestions courantes sur la façon d'accroître la qualité des soins :

- Embaucher un nombre suffisant de personnel adéquatement formé pour fournir des services de meilleure qualité.
- Embaucher du personnel à temps plein et leur offrir des régimes de rémunération et d'avantages sociaux adéquats comprenant des congés de maladie payés, pour qu'il ne soit pas obligé de travailler dans plus d'un établissement ou de se rendre au travail, même malade.
- Les gouvernements devraient surveiller de plus près la qualité des soins dispensés et prendre des mesures d'application plus rigoureuses lorsque la qualité est inadéquate.

Nous appuyons ces suggestions, mais nous reconnaissons que leur application entraînera une augmentation du coût global.⁴⁷ Pour gérer la hausse des coûts globaux des SLD, il faut augmenter les revenus publics (généralement grâce à des impôts plus élevés ou à de nouvelles taxes), réduire les dépenses dans d'autres secteurs, augmenter les déficits de l'État ou combiner ces approches. Compte tenu de l'ampleur des déficits qu'encourt l'État pour répondre aux besoins sanitaires et économiques accompagnant l'intervention liée à la COVID-19, nous soupçonnons qu'il y aura peu d'intérêt pour une augmentation des déficits gouvernementaux une fois que la pandémie sera réputée sous contrôle. Les suggestions stratégiques que nous proposons concernent donc les deux premières propositions.

4.2.1 HAUSSE DES IMPÔTS

McCabe et coll. (2020) ont réclamé une réforme globale de la fiscalité. Nous convenons que le régime fiscal pourrait être révisé afin d'accroître le fardeau fiscal des personnes qui gagnent les revenus les plus élevés ou qui sont les plus riches. Cependant, cette question dépasse la portée du présent document. Nous abordons deux domaines précis dans lesquels une réforme pourrait être effectuée, sans les efforts et le temps requis pour une réforme complète, et dont une partie du fardeau serait assumée par le groupe d'âge pour lequel nous avons préconisé une augmentation des dépenses.

La plupart des soins de longue durée sont prodigués aux personnes de 65 ans et plus. Comme le soulignent Estabrooks et coll. (2020), le Canada n'en a pas planifié le financement. Au paragraphe 4.1, nous avons plaidé en faveur d'une augmentation du

⁴⁶ Le Transfert canadien en matière de santé augmente globalement chaque année, mais les provinces réclament des transferts encore plus importants.

⁴⁷ À moins que l'accès soit extrêmement limité, ce que nous n'appuyons pas.

supplément pour certaines personnes particulièrement démunies, également dans ce groupe d'âge. La question est de savoir quelle réforme fiscale ce groupe pourrait assumer dans le but de compenser en partie les coûts supplémentaires des SLD.

Le Canada offre l'un des programmes de soutien du revenu les mieux conçus au monde pour les personnes âgées. Grâce à la SV, il accorde une subvention démographique aux personnes de 65 ans et plus qui satisfont aux exigences de résidence; il s'agit d'une forme de revenu de base. Mais à partir du revenu net, avant ajustements, soit d'environ 79 000 \$, il récupère la SV à un taux de 15 %, ce qui élimine le revenu de base pour ceux qui en ont le moins besoin d'un tel revenu additionnel. De plus, le SRG complète la SV pour les personnes vraiment démunies.

Malgré cette excellente structure, des changements pourraient être apportés au programme pour réduire les montants versés aux personnes ayant d'autres sources de revenu, sans amputer les montants versés aux personnes dans le besoin, et ajouter le supplément au SRG déjà décrit. On pourrait raisonnablement abaisser le niveau auquel débute la récupération, peut-être à environ 61 000 \$⁴⁸, ce qui correspond approximativement au maximum des gains annuels ouvrant droit à pension en 2021. On pourrait aussi relever le taux de récupération et le porter, disons à 30 %, de sorte que les personnes dont le revenu net est supérieur à environ 85 000 \$ ne recevraient pas de SV. Étant donné que le SRG continuerait de compléter la SV, une telle réforme n'exposerait personne à la pauvreté. De plus, une subvention démographique n'est pas un paiement efficient puisqu'elle est versée aux personnes admissibles en fonction de leur âge et de leur résidence, peu importe leurs besoins, tandis que les dépenses consacrées aux SLD visent les personnes dans le besoin.

À la section 3, nous avons discuté des SLD dans le contexte du logement. Dans la situation où, même si l'on souhaite ardemment vieillir chez soi, avec une espérance de vie sans cesse croissante, on note une augmentation de la probabilité que certains soins soient nécessaires au-delà de ce qui peut être offert à domicile. Une dépense fiscale qui pourrait être revue est l'exonération des gains en capital à la vente d'une résidence principale. La réforme proposée comprendrait le traitement des gains en capital sur la vente de la maison comme tout autre gain en capital sur la vente d'un investissement, ou le traitement des gains en capital au-delà d'un certain seuil⁴⁹ comme des gains en capital ordinaires (ce qui pourrait être politiquement plus acceptable pour le gouvernement qui instaure une telle réforme).

De nombreuses autres réformes fiscales pourraient être envisagées, mais les deux précédentes sont des impôts frappant ceux qui ont la capacité de payer.⁵⁰

⁴⁸ Comme nous n'avons pas accès aux données qui nous permettraient de calculer l'impact de tels changements, les chiffres énoncés dans le présent paragraphe ne sont utilisés qu'à titre d'illustration. Dans le cadre de l'élaboration d'une proposition stratégique valable, les données sur les niveaux de revenu et l'incidence de la récupération seraient inestimables. La modification du taux de récupération soulèvera des problèmes concernant les taux effectifs marginaux d'imposition (TEMI) auxquels sont confrontées les personnes touchées et l'incidence de tout facteur dissuasif au travail découlant de ce TEMI. Il faut accorder une attention particulière à l'évaluation des conséquences pour les personnes vivant seules, car celles-ci ne peuvent pas compter sur les économies d'échelle liées aux dépenses du ménage et elles ne sont pas admissibles à certains avantages fiscaux (p. ex., le fractionnement du revenu).

⁴⁹ Le seuil pourrait correspondre à une exonération cumulative des gains en capital sur la vente d'une résidence principale ou à un seuil pour chaque vente d'une résidence principale.

⁵⁰ Comme nous l'avons déjà mentionné, nous préférierions les changements fiscaux qui sont le plus largement assumés par les

4.2.2 RÉFORME DES DÉPENSES

Comme dans le cas de la réforme fiscale, il existe de nombreuses façons de réviser les dépenses. Nous nous concentrerons sur deux éléments étroitement liés aux soins de longue durée.

À la sous-section 4.2.1, nous avons discuté de la modification des taux de récupération de la SV pour accroître l'efficacité des dépenses rattachées à la SV. On pourrait aussi plaider en faveur d'un changement apporté à la SV, comme l'âge d'admissibilité. Un gouvernement canadien précédent a proposé de porter l'âge d'admissibilité à la SV à 67 ans au fil du temps. L'espérance de vie des Canadiens et des Canadiennes ne cessant d'augmenter, on pourrait envisager de continuer à hausser l'âge d'admissibilité à la SV. Si l'âge d'admissibilité à la SV était repoussé, il serait important de veiller à ce que les programmes provinciaux d'aide sociale et(ou) le SRG fédéral soient modifiés afin que les personnes de 65 ans et plus dans le besoin continuent d'être admissibles à un soutien adéquat.

Le déploiement des vaccins contre la COVID-19 partout au Canada a été surveillé avec intérêt par un grand nombre de Canadiens et de Canadiennes. On ne peut s'empêcher de remarquer à quel point le système de santé canadien est complexe. Plusieurs le décrivent comme 13 systèmes de santé individuels, car 13 gouvernements provinciaux et territoriaux participent à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé. De plus, à l'exception des territoires du Nunavut et du Yukon, qui n'ont qu'une seule région, les provinces et les Territoires du Nord-Ouest comptent plusieurs régions ou autorités sanitaires qui participent à la prise de décisions et à l'administration, et certaines de ces régions et autorités renferment des subdivisions. Bien que l'approche segmentée vise à fournir des soins de santé selon les besoins de populations particulières, elle peut mener à des secteurs cloisonnés qui ne communiquent pas efficacement, à des questions interdivisionnelles qui complexifient la prestation des services et à la création de bureaucraties distinctes qui ajoutent aux coûts et minent l'efficacité, ce qui, ensemble, réduit la qualité de l'expérience du patient. Nous sommes d'avis qu'en repensant la conception de ces systèmes, on pourrait réduire les dépenses sans porter atteinte à la qualité.

personnes à revenu élevé et les plus riches. Nous nous opposons aux changements qui visent à améliorer la situation de personnes sous le seuil de pauvreté au détriment de celles qui se trouvent immédiatement au-dessus de ce seuil et qui ne s'étendent pas au reste de la répartition des revenus.

5. Pistes de recherche future

Le présent document porte sur la situation financière des femmes vivant seules à la retraite. Nous avons tenté de quantifier l'écart financier auquel seront confrontées nombre de ces femmes et nous avons déterminé le coût d'amélioration du SRG pour combler les écarts de pauvreté qui les affligent. Toutefois, de nombreux domaines de recherche importants liés au présent document doivent être examinés. Dans cette section, nous abordons un certain nombre de ces domaines.

Nous avons l'intention de nous concentrer uniquement sur les femmes vivant seules à la retraite, car nous avons pour hypothèse que leurs conditions de vie étaient beaucoup plus précaires que celles des hommes dans la même situation. Le nombre de femmes vivant dans la pauvreté l'emporte certainement, et jusqu'à quatre fois, sur le nombre d'hommes vivant dans la pauvreté; selon le stade de vie seule à la retraite. Cependant, les taux et les écarts de pauvreté ne diffèrent pas autant qu'on l'a supposé selon le sexe. À mesure que l'espérance de vie des hommes augmentera, il y aura un nombre croissant d'hommes vivant seuls à la retraite. Il sera également important de continuer à évaluer leur situation et de combler les lacunes pour eux. La majoration du SRG profiterait tant aux femmes qu'aux hommes.

Traditionnellement, les femmes prodiguent des soins à leurs conjoints. Au fur et à mesure qu'augmentera le nombre d'hommes vivant seuls à la retraite, le fardeau de soins et les dépenses pour ces hommes devront être pris en compte.

Il faudra mener beaucoup plus de recherches sur les obstacles auxquels sont confrontées les femmes par rapport aux hommes d'âges et d'antécédents comparables, ce qui mène à des résultats financiers différents. Il est bien établi que les femmes ont tendance à gagner moins que les hommes lorsqu'elles sont employées, elles sont plus susceptibles de prendre des congés pour responsabilités familiales (tant pour un enfant que pour les autres), elles ont des attitudes différentes de celles des hommes à l'égard du risque (ce qui a des répercussions financières sur le rendement des placements) et elles ont une espérance de vie plus longue que les hommes (voir, par exemple, Curtis et Rybczynski 2015). Bien que ces différences soient documentées, notre société canadienne a été très lente à apporter des changements significatifs pour atténuer les difficultés financières que ces différences imposent aux femmes. D'autres recherches seront nécessaires sur la façon de mettre en œuvre des mesures et des programmes pour atténuer ces défis financiers.

Les femmes vivant seules à la retraite peuvent également subir des écarts financiers parce qu'elles ont pu compter sur leur conjoint pour gérer les fonds et les placements du ménage, ce qui entraîne un manque de littératie financière, une piètre planification budgétaire et une mauvaise gestion de l'argent en ce qui concerne leur espérance de vie commune et leurs besoins financiers. Il faudra effectuer beaucoup plus de recherches sur la planification et les dépenses des familles. De plus, il existe un besoin d'éducation financière pour les couples et les personnes âgées, et comme le montre la documentation, particulièrement pour les femmes.

Au moins deux mesures de la pauvreté sont couramment utilisées au Canada : la MFR pour les comparaisons internationales et la nouvelle norme de pauvreté, qui est une MPC. Pourtant, d'autres mesures de la pauvreté pourraient être utilisées; elles pourraient produire des résultats différents. Milligan (2008) construit des mesures du dénombrement des effectifs liées à la pauvreté du revenu et de la consommation. En ce qui concerne les personnes âgées, il constate que les disparités de revenu peuvent fausser les mesures de la pauvreté en utilisant le revenu, particulièrement en ce qui concerne les personnes âgées à revenu plus élevé. Il observe également que les résultats pour les personnes âgées sont sensibles à la façon dont les flux de logements sont imputés. De plus, il constate des différences entre les mesures de la pauvreté du revenu ainsi que de la consommation et il soulève des questions concernant notre objectif de pauvreté en ce qui concerne les personnes âgées, dont la plupart ne travaillent pas, comparativement à celles qui travaillent. D'autres recherches pourraient être effectuées pour étudier la mesure de la pauvreté chez les personnes âgées.

Même si le nombre de personnes qui vivent actuellement seules à la retraite est faible, la population du Canada est vieillissante, en partie en raison de l'augmentation de l'espérance de vie. Dans les années à venir, il est probable que le nombre de personnes vivant seules à la retraite augmentera. Le temps passé en réception de SLD est une attente réaliste pour les personnes âgées qui vivent seules à la retraite. MacDonald et coll. (2020) utilisent un modèle démographique établi par microsimulation pour produire des projections jusqu'en 2050 afin de quantifier deux risques associés aux SLD : les dépenses publiques et l'ampleur des soins informels prodigués par des proches parents non rémunérés. Ce dernier aspect des soins semble intégré à notre système de soins de longue durée, mais il est peu probable qu'il soit une composante disponible pour ceux qui vivent seuls à la retraite.

Bien que la LCS fasse en sorte que tous les résidents admissibles aient un accès raisonnable et gratuit à tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires au point de prestation, les provinces et les territoires exercent le contrôle sur ce qui est jugé médicalement nécessaire. Même si les soins à domicile sont devenus un aspect important des soins de santé, ils ne sont pas considérés comme un service médical de base et ils ne sont donc pas assujettis à la LCS. Par conséquent, les services de soins à domicile ne sont pas assujettis à la couverture au premier dollar (Johnson et coll. 2018) ni à la supervision fédérale par l'entremise de la LCS. Il n'existe même pas de compréhension commune de ce qu'impliquent les soins à domicile; les définitions diffèrent non seulement au Canada, mais aussi d'un pays à l'autre, de sorte qu'il est difficile de comparer le financement et les dépenses (ICIS 2007, 2019). L'exclusion doit être réexaminée.

Nous devons discuter ouvertement de la façon dont nous prévoyons, en tant que société canadienne, de fournir les soins de longue durée à l'avenir, de la portion de ces soins qui sera financée par l'État, de la portion que la personne ou la famille devra être disposée à prendre en charge et de la façon la plus efficace de fournir et de financer un tel système.

L'étude du système d'assurance des SLD en Allemagne pourrait être instructive. La participation y est obligatoire. Les primes requises, qui sont partagées par le personnel et leurs employeurs et qui ne cessent de croître, sont financées par répartition. Le système prévoit soins et assurances publics et privés.

Enfin, les données sur le revenu disponibles pour cette étude comportaient certaines limites; l'utilisation des fichiers maîtres de Statistique Canada qui contiennent des renseignements plus précis sur le revenu permettrait d'établir de meilleures projections. Comme nous l'avons mentionné, nous n'avons pas consulté ces fichiers en raison de préoccupations sanitaires liées au recours au Southwestern Research Data Centre.

Même si la création d'une infrastructure sociale pour atténuer les iniquités financières pour les personnes âgées produirait un meilleur revenu social, elle ne garantit pas qu'elles vivront dans la dignité.

Andrews (2008) suggère qu'une vie dans la dignité nécessite également un capital physique humain, un capital social et la capacité de faire des choix de vie. Il faut poursuivre les recherches sur les facteurs qui contribuent au capital social.⁵¹ Dans le présent document, nous discutons de certaines ententes de logement, car il s'agit d'une considération importante pour toutes les personnes vivant seules à la retraite et qui a des répercussions financières. Cependant, dans notre discussion, nous fournissons seulement quelques exemples internationaux différents. Il existe de nombreux autres domaines où des recherches pourraient être menées sur la façon dont les personnes âgées pourraient organiser leur vie pour partager leurs capacités et leurs forces avec d'autres afin d'améliorer leur bien-être collectif de façon financièrement avantageuse, comme les collectivités-amies des personnes âgées ou les soins à domicile dans un milieu communautaire.

Andrews (2008) soulève également la question de savoir à quel soutien les personnes âgées peuvent raisonnablement s'attendre de la part d'autres membres de la famille, en particulier ceux qui vivent seuls à la retraite. Cette question dépend des traditions culturelles, de la baisse des taux de natalité et du vieillissement de la population.⁵² De plus, quelle que soit la tradition culturelle, les responsabilités les plus lourdes des aidants naturels ont tendance à échoir aux femmes. Lorsque la société choisit de faire de la prise en charge des membres âgés une responsabilité familiale, nous devons comprendre les répercussions sur notre notion d'une société juste et égale, en posant des questions comme : qu'est-ce que cela signifie pour la participation des femmes au marché du travail, et est-ce une décision fondée sur le privilège qui crée de plus grandes iniquités pour celles qui manquent de richesse? Des recherches sont effectuées dans ce domaine, mais davantage de travaux nous permettraient de mieux comprendre les choix qui s'offrent à nous en matière d'élaboration de politiques.

⁵¹ Dans Andrews et Curtis (2020), nous abordons certaines de ces questions, comme la prescription sociale et l'utilisation de la robotique, mais il s'agit d'un sujet vaste.

⁵² Ce dernier facteur a une incidence sur le nombre de personnes vivant seules à la retraite, mais aussi sur l'âge des aidants potentiels et sur leurs capacités physiques et leur endurance pour la prestation de soins.

6. Conclusions

Dans le présent document, nous présentons des statistiques qui montrent que les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes âgés à un âge comparable à tous les stades de la retraite, et cet effet s'intensifie avec l'âge. En raison d'un certain nombre de facteurs, on peut s'attendre à ce qu'un pourcentage élevé de femmes vivent seules à la retraite. Le vieillissement de la population devrait accroître le nombre de femmes vivant seules à la retraite. Ces femmes sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les autres personnes âgées qui ne sont pas ainsi catégorisées, peu importe la mesure de la pauvreté. Notre étude a également révélé qu'un nombre croissant d'hommes, bien que beaucoup moins élevé que celui des femmes, ont une vie relativement difficile, et que cette situation devrait être surveillée.

Une approche stratégique pour réduire la pauvreté chez les personnes qui vivent seules à la retraite consisterait à majorer le SRG. Nous analysons deux niveaux différents de subventions supplémentaires et nous estimons que le coût annuel de ces niveaux se chiffrerait à environ un milliard de dollars au départ (selon les données de 2015). Même si l'estimation de l'incidence n'est pas susceptible d'être précise en raison des limites des données dont il a été question précédemment, nous croyons qu'un tel coût est abordable et nous exhortons les gouvernements à agir rapidement en fonction de cette information dans le but d'améliorer le sort des personnes âgées les plus vulnérables au Canada.

Notre examen des solutions de rechange en matière de logement suggère qu'au Canada, seules les personnes ayant un important patrimoine sont susceptibles d'avoir la possibilité de vivre dans un établissement où elles peuvent recevoir une gamme de soins à mesure qu'elles vieillissent, au fil de l'évolution de leurs besoins en matière de soins. Les exemples des *stichtings* Pays-Bas et de Whiteley Village au Royaume-Uni fournissent une orientation sur la façon dont le Canada pourrait adopter une approche de vieillissement chez soi plus abordable que celle qui existe à l'heure actuelle.

Le nombre élevé d'infections et de décès imputables à la COVID-19 qui ont touché les personnes résidant ou travaillant dans des établissements de SLD a attiré l'attention du public au sujet de la qualité des soins de longue durée. Nous comprenons que les changements visant à améliorer la qualité coûteront cher. Nous suggérons des façons d'augmenter les impôts ou de réduire les dépenses, plus particulièrement dans les domaines liés aux personnes âgées et aux soins de santé. Il existe bien d'autres possibilités pour une réforme complète de la fiscalité ou des dépenses, mais elles dépassent la portée du présent document.

Nous avons abordé la vie de personne seule à la retraite et certains des défis auxquels sont confrontées les personnes qui se trouvent dans cette situation. Nous espérons que ce document permettra de sensibiliser davantage le public et d'améliorer les conditions et la situation des Canadiennes qui se retrouvent dans ce type de vulnérabilité.

7. Remerciements

Le présent document s'inscrit dans un projet plus vaste intitulé *Vieillesse de la population, répercussions sur la valeur de l'actif et effets sur les régimes de retraite : Une étude internationale*, qui a été financé par les partenaires suivants : l'Institut canadien des actuaires, l'Institute and Faculty of Actuaries, la Society of Actuaries, le Conseil de recherches en sciences humaines, l'Université de Kent et l'Université de Waterloo. Outre les auteurs, l'équipe du projet élargi comprend les chercheurs Stephen Bonnar et Kathleen Rybczynski, tous deux de l'Université de Waterloo; Miguel Leon Ledesma, Jaideep Oberoi, Aniketh Pittea et Pradip Tapadar, tous de l'Université de Kent; Mark Zhou, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement; et le contributeur Tony Wirjanto, de l'Université de Waterloo.

La recherche énoncée dans le présent document a été financée en partie par une subvention de l'ICA et de l'Université de Waterloo, à qui nous sommes reconnaissants. Le présent document regroupe deux documents susmentionnés présentés au symposium 2020 Living to 100 de la Society of Actuaries. Nous prenons acte des commentaires formulés par les participants au symposium et les rédacteurs qui ont lu ces documents et qui ont proposé des modifications. Nous tenons également à remercier les deux examinateurs anonymes embauchés par l'ICA qui ont fourni des suggestions utiles sur la façon d'améliorer le présent document.

Dans le cadre de cette recherche, les étudiants en enseignement coopératif de l'Université de Waterloo, Kavishka Abeywickrama (financée par le programme du vice-recteur de l'UW et le programme de stages pratiques pour étudiants), Asha Abraham (financée par une subvention de recherche de l'ICA) et Sean Ruby (financé par la Bourse de recherche de premier cycle RBC), ont apporté une précieuse contribution.

Nous avons également reçu des conseils utiles de Gillian Alexander, qui a organisé une visite du village de Winston Park, qui fait partie des villages de Schlegel, et de Peter VanderPlaat, qui a fourni des renseignements sur le système de soins aux Pays-Bas.

Les auteurs et autrices remercient tous ceux et celles qui ont participé au projet.

8. Bibliographie

Andrews, Doug. *Living to 100 and Beyond in Canada with Dignity*, Society of Actuaries, 2008, www.soa.org/globalassets/assets/files/resources/essays-monographs/2008-living-to-100/mono-li08-1b-andrews.pdf.

Andrews, Douglas et Lori Curtis. *Health and Social Care Analysis Regarding the State of Canadian Women Living in the Alone Stage of Retirement*, Society of Actuaries, 2020, www.soa.org/globalassets/assets/files/resources/essays-monographs/2020-living-to-100/complete-paper-4b-andrews.pdf.

Ayalon, Liat. « Loneliness and Anxiety About Aging in Adult Day Care Centers and Continuing Care Retirement Communities », *Innovation in Aging*, vol. 2, n° 2, 2018, pp. 1-10.

Ayalon, Liat. « Perceptions of Old Age and Aging in the Continuing Care Retirement Community », *International Psychogeriatrics*, vol. 27, n° 4, 2015, pp. 611-620.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Les soins de longue durée et la COVID-19 : comparaisons internationales*, 2020a, <https://www.cihi.ca/fr/les-soins-de-longue-duree-et-la-covid-19-comparaisons-internationales>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Les foyers de soins de longue durée au Canada : combien y en a-t-il et qui en sont les propriétaires?* 2020b, www.cihi.ca/fr/les-foyers-de-soins-de-longue-duree-au-canada-combien-y-en-a-t-il-et-qui-en-sont-les-proprietaires.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). 2020c. *Profil des résidents des établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée, 2019-2020 : Statistiques rapides*, extrait de [La situation des personnes âgées dans les ménages \(statcan.gc.ca\)](http://www.statcan.gc.ca), <https://www.cihi.ca/fr/profil-des-residents-des-etablissements-de-soins-en-hebergement-et-hopitaux-de-soins-de-longue-0>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019*, Ottawa (Ontario), 2019.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Exploration des données*. Ottawa (Ontario), 2007.

Crisp, Dimity A., Tim D. Windsor, Peter Butterworth et Kaarin J. Anstey. « What Are Older Adults Seeking? Factors Encouraging or Discouraging Retirement Village Living », *Australasian Journal on Ageing*, vol. 32, n° 3, 2013, pp. 163-170.

Curtis, Lori J. et Douglas W. Andrews. *How Amending Old Age Security Would Improve the State of Canadian Women Living in the Alone Stage of Retirement*, Society of Actuaries, 2020, www.soa.org/globalassets/assets/files/resources/essays-monographs/2020-living-to-100/complete-paper-5b-andrews.pdf.

Curtis, Lori et Kate Rybczynski. *Are Female Baby Boomers Ready for Retirement? Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster*, vol. 3, n° 1, article 3, 2015,

<https://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss1/3>.

Deloitte LLP et ses sociétés affiliées. *Crise des soins aux aînés au Canada. Répondre à une demande deux fois plus grande*, Association médicale canadienne, Ottawa (Ont.), 2021.

Department of Health, New York State. *Continuing Care Retirement Communities & Fee-For-Service Continuing Care Retirement Communities*, juillet 2019, www.health.ny.gov/facilities/long_term_care/retirement_communities/continuing_care/.

Estabrooks, Carole A., Sharon E. Straus, Colleen M. Flood, Janice Keefe, Pat Armstrong, Gail J. Donner, Véronique Boscart, Francine Ducharme, James L. Silvius et Michael C. Wolfson. *Rétablir la confiance : La COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée au Canada*. Société royale du Canada, 2020.

Gaines, Jean M., Judith L. Poey, Katherine A. Marx, John M. Parrish et Barbara Resnick. « Health and Medical Services Use: A Matched Case Comparison Between CCRC Residents and National Health and Retirement Study Samples », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 54, n° 8, 2011, pp. 788-802.

Heisler, Elayne, Gary W. Evans et Phyllis Moen. « Health and Social Outcomes of Moving to a Continuing Care Retirement Community », *Journal of Housing for the Elderly*, vol. 18, n° 1, 2003, pp. 5-23.

Hudon, Tamara et Anne Milan. *Les femmes âgées*, Statistique Canada, 2016, www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-503-x/2015001/article/14316-fra.htm.

Jenkins, Kristi Rahrig, Amy Mehraban Pienta et Ann L. Horgas. « Activity and Health-Related Quality of Life in Continuing Care Retirement Communities », *Research on Aging*, vol. 24, n° 1, 2002, pp. 124-149.

Jian, Zuo, Bo Xia, Jake Barker et Martin Skitmore. « Green Buildings for Greying People », *Facilities*, vol. 32, n° 7, 2014, pp. 365-381.

Johnson, Shanthi, Juanita Bacsu, Hasanthi Abeykoon, Tom Mcintosh, Bonnie Jeffery et Nuelle Novik. « A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada », *Canadian Journal on Aging*, vol. 37, n° 4, 2018, pp. 400-419.

Kissick, William, *Medicine's Dilemmas: Infinite Needs Versus Finite Resources*. Yale University Press, New Haven (CT) et Londres, 1994.

Koren, Chaya et Liat Ayalon. « Not Living Together yet All the Time Together: The Construction of Living Apart Together in Continuing Care Retirement Communities from Perspectives of Residents and CCRC Staff », *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 36, n° 11-12, 2019, pp. 3855-3874.

Krout, John A., Phyllis Moen, Heidi H. Holmes, Jean Oggins et Nicole Bowen. « Reasons for Relocation to a Continuing Care Retirement Community », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 21, n° 2, 2002, pp. 236-256.

Lee, Ji-Eun et Denver Severt. « Diagnostic Assessments of Service Quality in a Continuing Care Retirement Community (CCRC): An Exploratory Study », *Journal of Quality Assurance*

in Hospitality & Tourism, vol. 19, n° 1, 2018, pp. 91-111.

MacDonald, Bonnie-Jeanne, Sim Segal, Michael Wolfson et Heidi Walsh. *Soins de longue durée futurs au Canada : Un cadre de gestion du risque d'entreprise pour cerner et quantifier les principales préoccupations*, Institut canadien des actuaires, Ottawa (Ontario); Casualty Actuarial Society, Arlington (VA); Society of Actuaries, Schaumburg (Illinois), 2020.

Mayhew, Les, Ben Rickayzen et David Smith. *Does Living in a Retirement Village Extend Life Expectancy? The Case of Whiteley Village*, Cass Business School, Faculty of Actuarial Science and Insurance, City, Université de Londres, février 2017.

McCabe, Christopher, Robin Boadway, Fabian Lange, Richard E. Gold, Christopher S. Cotton, Vic Adamowicz, Dan Breznitz, Stewart Elgie, Evelyn Forget, Esyllt Jones, Nathalie de Marcellis-Warin, Stuart Peacock et Lindsay Tedds. *Renewing the Social Contract: Economic Recovery in Canada from COVID-19*, Société royale du Canada, Ottawa (Ont.), 2020.

Milan, Anne, Nora Bohnert, Sandrine LeVasseur et François Pagé. « Conditions de logement des aînés », *Le recensement en bref*, Statistique Canada, n° 98-312-X au catalogue, 2012.

Milligan, K. *The Evolution of Elderly Poverty in Canada*, University of British Columbia Press, Canadian Public Policy, volume 34, Supplément 1, novembre 2008, pp. S79-S94.

Ministère des Soins de longue durée. *Effectifs des foyers de soins de longue durée*, 2020, www.ontario.ca/fr/page/effectifs-des-foyers-de-soins-de-longue-duree.

Ontario Long Term Care Association. *This is Long-Term Care*, 2019a, www.oltca.com/OLTCA/Documents/Reports/TILTC2019web.pdf.

Ontario Long Term Care Association. *The Role of Long-Term Care*, 2019b, www.oltca.com/oltca/OLTCA/Public/LongTermCare/FactsFigures.aspx.

Pacione, Michael. « The Retirement Village as a Residential Environment for the Third Age: The Example of Firhall, Scotland », *Scottish Geographic Journal*, vol. 128, n° 2, 2012, pp. 148-168.

Shippee, Tetyana Pylypiv. « “But I Am Not Moving”: Residents’ Perspectives on Transitions Within a Continuing Care Retirement Community », *The Gerontologist*, vol. 49, n° 3, 2009, pp. 418-427.

Statistique Canada. FMGD du Recensement de la population [Canada] de 2016 : Dossiers individuels de documentation de l'étude, umf-98M0001-E-2016-individuals. Canada, 2019a.

Statistique Canada. Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : Tableau 4.2 Seuils des mesures de faible revenu (MFR-Apl et MFR-Avl) pour les ménages privés du Canada, 2015, 2019b, www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/tab/t4_2-fra.cfm.

Statistique Canada. Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : Tableau 4.5 Seuils de la mesure du panier de consommation (MPC) pour les familles économiques et les personnes hors famille économique, 2015, 2019c, www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/tab/t4_5-fra.cfm.

Statistique Canada. Dictionnaire, Recensement de la population, 2016 : Tableau 4.6
Différence observée au chapitre des dépenses des propriétaires n'ayant pas
d'hypothèque pour la Mesure du panier de consommation (MPC), 2015, 2019d,
www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/tab/t4_6-fra.cfm.

Sweem, Susan et Michael Stowe. « Six C's of Continuing Care Retirement Communities
(CCRC) Leadership Development », *Academy of Strategic Management Journal*, vol. 11, n° 1,
2012, pp. 27-42.



© 2021 Institut canadien des actuaires
Institut canadien des actuaires
360, rue Albert, bureau 1740
Ottawa, ON K1R 7X7
613-236-8196
siege.social@cia-ica.ca

cia-ica.ca
voiraudeladurisque.ca



L'Institut canadien des actuaires (ICA) est l'organisme de qualification et de gouvernance de la profession actuarielle au Canada. Nous élaborons et maintenons des normes rigoureuses, partageons notre expertise en gestion du risque et faisons progresser la science actuarielle pour le bien-être financier de la société. Nos plus de 6 000 membres utilisent leurs connaissances en mathématiques, en statistiques, en analyses de données et en affaires dans le but de prodiguer des services et des conseils de la plus haute qualité pour aider à assurer la sécurité financière de toute la population canadienne.