

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**PROCHES AIDANTS ET PARENTS ÂGÉS : MOTIVATION ET
DÉTERMINANTS SOCIOÉCONOMIQUES**

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE

MAÎTRISE EN ÉCONOMIQUE

PAR

WITNIE COMPERE

MAI 2026

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers Dieu, pour la force, la persévérance et la détermination qu'Il m'a accordées tout au long de ce parcours. Sa présence m'a soutenue dans les moments de doute et m'a permis de mener ce travail à terme. Je souhaite également me remercier moi-même, Witnie Compère, pour n'avoir jamais abandonné, pour avoir su faire preuve de discipline et de résilience, et pour avoir accompli, jour après jour, ce qui devait être fait afin d'atteindre cet objectif. Mes remerciements vont ensuite à mes parents, Patrick Compère et Marie Denise Aristil, ainsi qu'à ma famille - Yves Dorcély, Robenson, Marie-France, Élisabeth Jeanty et Rosenie Milton - pour leur soutien indéfectible, leurs encouragements constants et les valeurs qu'ils m'ont transmises, qui ont été essentiels à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mes co-directrices, Raquel Fonseca et Marie-Louise Leroux, pour leur encadrement rigoureux, leurs conseils éclairés, leur professionnalisme ainsi que leur grande disponibilité. Leur exigence bienveillante m'a encouragée à toujours donner le meilleur de moi-même et à viser l'excellence. Ce travail n'aurait pas été possible sans le soutien financier de la Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels (CREEI) et du Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC). Je remercie également mes camarades pour les échanges enrichissants, le soutien mutuel et l'esprit de collaboration qui ont marqué ce parcours. Une mention particulière est adressée à Zacharie Blanc, pour le temps précieux qu'il a consacré à la relecture de ce mémoire et pour la qualité de ses conseils. Je tiens également à remercier chaleureusement Kentz Berly Jean, Sella Ceresier Joseph, Kobean Junior Yoann Sonan et Emmanuel Affoundah pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ce parcours.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont apporté leur soutien, leurs encouragements ou ont contribué à l'aboutissement de ce travail. Ce mémoire marque l'aboutissement d'un parcours exigeant, mais profondément enrichissant, qui ouvre la voie à de nouvelles perspectives, tant personnelles que professionnelles.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
 CHAPITRE I FACTEURS DÉTERMINANTS ET COÛTS ASSOCIÉS À LA VOLONTÉ DES PROCHES AIDANTS	 6
1.1 Cadre analytique et déterminants de l'aide informelle	6
1.2 Les déterminants de la volonté d'aide des proches aidants	7
1.2.1 Facteurs sociodémographiques et économiques	7
1.2.2 Normes sociales, culturelles et religieuses	11
1.2.3 Motivations personnelles et bien-être subjectif	12
1.2.4 Perception des systèmes de santé et des services sociaux	13
1.3 Coûts associés à la prise en charge	13
1.3.1 Effets sur la participation au marché du travail	13
1.3.2 Santé mentale et stress	14
1.4 Contexte institutionnel et dynamique de l'aide informelle au Canada	15
 CHAPITRE II DONNÉES ET STATISTIQUES DESCRIPTIVES	 17
2.1 Description des données	17
2.2 Analyse descriptive de l'échantillon	19
2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des répondants	19
2.2.2 Profil économique et financier des répondants	20
2.2.3 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes sus- ceptibles d'être aidées	24
 CHAPITRE III PRÉFÉRENCE POUR UN BÉNÉFICIAIRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE	 27
3.1 Analyse descriptive des préférences des répondants entre les bénéficiaires po- tentiels de soins	27
3.2 Analyse empirique des préférences des répondants entre les bénéficiaires po- tentiels de soins	30

3.2.1	Présentation du modèle	30
3.2.2	Choix des variables	31
3.3	Estimation et résultats	35
3.4	Tests de robustesse et validation des résultats	39
3.4.1	Interaction entre le genre et les attitudes altruistes	39
3.4.2	Robustesse aux spécifications alternatives du revenu et de l'épargne .	40
3.5	Synthèse des résultats	41
CHAPITRE IV PRÉFÉRENCE POUR UN TYPE DE SOINS DE LONGUE DURÉE		43
4.1	Analyse descriptive des préférences des répondants entre les différents types de soins de longue durée	44
4.2	Analyse empirique des préférences des répondants entre les différents types de soins de longue durée	46
4.2.1	Présentation du modèle	46
4.2.2	Choix des variables	48
4.3	Résultats de l'analyse	51
4.4	Test de robustesse et validation des résultats	53
4.4.1	Modèle intégrant les préférences reclassées	53
4.4.2	Perception des coûts des soins de longue durée	55
CHAPITRE V INTENSITÉ DE L'AIDE SELON LE NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRES DE SOINS		58
5.1	Analyse descriptive de l'intensité de l'aide mesurée en heures hebdomadaires	59
5.2	Analyse empirique de l'intensité de l'aide en fonction du nombre d'heures hebdomadaires prévues à allouer aux soins	62
5.2.1	Présentation du modèle	62
5.2.2	Choix des variables	64
5.3	Résultats de l'analyse	66
5.4	Tests de robustesse : spécifications alternatives des ressources économiques .	70
5.4.1	Robustesse des résultats à une spécification alternative de l'épargne .	70
5.4.2	Robustesse des résultats à une spécification fondée sur le revenu . . .	71
APPENDICE A QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE		76

APPENDICE B ÉCARTS MOYENS REVENU ET ÉPARGNE ONTARIO/QUÉBEC	102
APPENDICE C ANALYSE DESCRIPTIVE ET RÉGRESSIONS DE ROBUSTESSE : MODÈLE DE PRÉFÉRENCE POUR UN TYPE DE SOINS DE LONGUE DURÉE	103
APPENDICE D RÉPARTITION CROISÉE ENTRE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PARENTS ET LEUR ESPÉRANCE DE VIE PERÇUE	110
APPENDICE E MÉTHODOLOGIE ET ROBUSTESSE : PRÉFÉRENCES RE-CLASSÉES DES TYPES DE SOINS DE LONGUE DURÉE	111
E.1 Analyse descriptive et de robustesse — Perceptions des coûts des soins de longue durée	115
APPENDICE F RÉSULTATS DES TESTS DE ROBUSTESSE - INTENSITÉ DES SOINS	121

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des aidants selon la province de résidence	20
2.2.2 Caractéristiques d'emploi et de logement des répondants et ménages selon la province	21
2.2.3 Distribution du revenu et de l'épargne du répondant par terciles et par province	23
2.2.4 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes susceptibles d'être aidées selon le lieu de résidence	25
3.1.1 Préférence déclarée pour les bénéficiaires potentiels de soins selon la province et le genre	29
3.1.2 Préférence déclarée pour les bénéficiaires potentiels de soins selon le statut matrimonial du proche aidant et la province	30
3.2.1 Perceptions des répondants sur les normes sociales, l'altruisme et anticipation de l'héritage selon le lieu de résidence	34
3.3.1 Préférence pour aider ses parents plutôt que ses beaux-parents en cas de perte d'autonomie	38
4.1.1 Répartition des préférences claires pour le type de soins de longue durée selon la province	45
4.1.2 Répartition des préférences partagées entre deux types de soins selon la province	46
4.2.1 Distribution des perceptions de l'espérance de vie du bénéficiaire potentiel selon la province	50
4.3.1 Résultats du modèle logistique multinomial — Choix du type de soins (RRR)	52
5.1.1 Répartition des préférences strictes pour le nombre d'heures hebdomadaires alloué aux soins selon la province	61
5.1.2 Répartition des préférences partagées entre deux niveaux d'intensité selon la province	62
5.2.1 Répartition des intentions de départ à la retraite selon la province	66
5.3.1 Résultats du modèle logistique multinomial — Intensité hebdomadaire des soins (RRR)	69

B.0.1	Écarts de revenu moyen entre l'Ontario et le Québec selon les terciles . . .	102
B.0.2	Écarts d'épargne moyenne entre l'Ontario et le Québec selon les terciles .	102
C.0.1	Normes sociales et altruisme selon le genre et la province	103
C.0.2	Probabilités prédites de préférer ses parents selon le genre et l'attitude altruiste	103
C.0.3	Effets marginaux moyens – régression logit (revenu en terciles nettoyé : plancher 5 000 et plafond 200 000)	104
C.0.4	Effets marginaux moyens – régression logit (revenu en terciles nettoyé : plancher 10 000 et plafond 200 000)	105
C.0.5	Effets marginaux moyens – régression logit (revenu compris entre 30 000 et 300 000\$)	106
C.0.6	Effets marginaux moyens – régression logit (log du revenu)	107
C.0.7	Effets marginaux moyens – régression logit (épargne en terciles)	108
C.0.8	Effets marginaux moyens – régression logit (épargne comprise entre 1 000 et 1 000 000\$)	109
D.0.1	Répartition (en %) croisée entre l'état de santé des parents et leur espérance de vie perçue	110
E.0.1	Répartition des préférences reclassées pour le type de soins de longue durée selon la province	112
E.0.2	Répartition des préférences reclassées selon le degré de formalisation des soins, par province	112
E.0.3	Résultats : Préférences reclassées du type de soins de longue durée (Insti- tutionnalisation, Soins à domicile ou Indifférent)	113
E.0.4	Résultats : Préférences reclassées du type de soins de longue durée (Soins formels, Soins informels ou indifférent)	114
E.1.1	Perception des coûts de soins de longue durée	117
E.1.2	Test de robustesse avec modèle principal — Selon les perceptions de coûts des SLD (RRR)	118
E.1.3	Résultats du modèle logistique multinomial — Choix du type de soins reclassé selon le degré de formalisation (RRR)	120
F.0.1	Résultats du modèle logistique multinomial - Autre spécification de l'épargne (RRR)	122
F.0.2	Résultats du modèle logistique multinomial - spécification avec le revenu (RRR)	123

RÉSUMÉ

Le vieillissement rapide de la population dans les pays développés soulève des enjeux majeurs quant à l'organisation et au financement des soins de longue durée. Dans ce contexte, ce mémoire analyse les préférences des aidants potentiels à l'égard des soins de longue durée, en s'intéressant à trois dimensions complémentaires : le choix du bénéficiaire de soins (parents ou beaux-parents), le type de soins privilégié (soins familiaux à domicile, soins professionnels à domicile ou soins en établissement) et l'intensité de l'aide envisagée. L'analyse repose sur une enquête réalisée en décembre 2023 auprès de 2 300 individus âgés de 45 à 58 ans, en emploi, résidant au Québec et en Ontario, et se déclarant disposés à devenir proches aidants. Les préférences sont mesurées à partir d'un mécanisme de répartition de probabilités subjectives, qui permet de saisir les arbitrages des répondants entre différentes options de soins. Sur le plan méthodologique, l'étude mobilise des modèles logit binaire et multinomial afin d'identifier les déterminants des choix déclarés. L'échantillon a fait l'objet d'une pondération visant à améliorer sa représentativité par rapport à la population cible, bien que les résultats demeurent conditionnels aux caractéristiques spécifiques des répondants inclus dans l'enquête. Les résultats mettent en évidence plusieurs tendances clés. Les préférences en matière de soins de longue durée apparaissent fortement influencées par le genre et les liens familiaux : les femmes ainsi que les individus entretenant un lien filial direct avec le bénéficiaire sont davantage enclins à privilégier leurs parents. Par ailleurs, les contraintes de temps liées à l'activité professionnelle orientent les choix vers le recours à des soins professionnels, tandis que l'horizon temporel de la prise en charge - capté principalement par l'espérance de vie anticipée du bénéficiaire - accroît la probabilité de privilégier des solutions institutionnelles. Enfin, l'intensité de l'aide envisagée varie sensiblement en fonction des caractéristiques des aidants et des besoins perçus du bénéficiaire, les niveaux d'engagement les plus élevés étant associés à des situations de dépendance attendue plus marquées. Ces résultats permettent de mieux comprendre les arbitrages individuels en matière de soins de longue durée et apportent des éléments d'éclairage utiles pour l'élaboration de politiques publiques visant à soutenir les proches aidants et à adapter les services aux besoins croissants liés au vieillissement de la population.

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique est un phénomène mondial qui constitue l'un des principaux défis sociaux et économiques des prochaines décennies. L'allongement constant de l'espérance de vie et la baisse durable du taux de fécondité entraînent une croissance rapide de la proportion de personnes âgées. Selon les projections des Nations Unies, la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population mondiale devrait augmenter, passant de 10 % en 2022 à près de 16 % en 2050 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022). Dans les pays membres de l'OCDE, cette tendance est beaucoup plus marquée. En effet, cette catégorie représentait près de 19 % de la population en 2023 et pourrait atteindre environ 27 % en 2050 (OCDE, 2024).

Au Canada, en date du 1er juillet 2024, la population âgée de 65 ans et plus équivalait à environ 19 % de la population et pourrait atteindre entre 22 et 32 % d'ici 2074, dont celle âgée de 85 ans, qui pourrait tripler, passant de 2,2 % à 6,2 % (Statistique Canada, 2024; Statistique Canada, 2025). Or, c'est précisément dans ce dernier groupe d'âge que les besoins en soins et en services de santé deviennent les plus importants, la dépendance fonctionnelle se caractérisant par un besoin d'assistance extérieure pour accomplir les activités de la vie quotidienne, tels que se nourrir, s'habiller ou se déplacer (OCDE, 2005). Cette hausse est en grande partie liée à l'allongement de l'espérance de vie : entre 1999 et 2023, la durée de vie moyenne supplémentaire d'un Canadien à 65 ans est passée de 18,41 à 20,94 années (Statistique Canada, 2023). Étant donné que l'espérance de vie des Canadiens est plus longue, la probabilité d'une augmentation des besoins en soins de longue durée au cours du cycle de vie s'accroît, ce qui exige une adaptation des infrastructures de prise en charge, notamment les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec et les foyers de soins de longue durée en Ontario.

Cette transformation démographique entraîne des conséquences majeures sur les systèmes de santé, sur les finances publiques, et sur l'organisation des solidarités intergénérationnelles, renforçant la nécessité d'adapter les politiques publiques aux nouvelles

réalités démographiques. Premièrement, cette évolution accroît considérablement les besoins en hébergement pour les soins de longue durée. Selon l'étude menée par Laliberté-Auger *et al.* (2015), le nombre de personnes hébergées en établissement de soins de longue durée au Québec devrait passer d'environ 75 100 en 2010 à près de 196 900 en 2050, ce qui ferait passer les coûts relatifs de 3,2 à 8,4 milliards de dollars, exprimés en dollars constants. De manière générale, les dépenses en soins de longue durée au Canada pourraient presque tripler, passant de 69 milliards de dollars en 2014 à 188 milliards de dollars en 2050 (Blomqvist et Busby, 2014).

Face à l'ampleur des défis financiers et organisationnels nécessaires pour répondre aux besoins de cette population, les soins à domicile fournis par la famille apparaissent comme une alternative à la fois plus économique que les soins institutionnels et potentiellement plus favorable au bien-être des aînés. Premièrement, ils peuvent contribuer à réduire les coûts associés aux soins de longue durée pour les finances publiques. Deuxièmement, le fait que les aînés bénéficient de soins de leurs proches et demeurent dans un environnement familial pourrait leur apporter un confort émotionnel (Ducharme, 2006; Bolin *et al.*, 2008b). Cependant, les soins à domicile reposent largement sur l'engagement des proches aidants, en particulier les enfants adultes, qui figurent parmi les principaux dispensateurs de soins et assurent la majorité des soins quotidiens aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces soins émanent d'une décision individuelle qui pourrait être influencée par de nombreux facteurs, notamment : les caractéristiques socio-économiques (emploi, revenu, nombre d'heures travaillées) et les motivations individuelles (altruisme, sens du devoir, attentes liées à un héritage) des proches aidants (Bolin *et al.*, 2008b; Haberkern et Szydlik, 2010).

Dans ce contexte, ce mémoire vise à répondre à la question suivante : quels sont les déterminants des préférences des aidants potentiels en matière de soins de longue durée, tant en ce qui concerne le choix du bénéficiaire, le type de soins privilégié que l'intensité de l'aide envisagée ?

À l'échelle canadienne, cette implication des proches est loin d'être marginale. Les données nationales montrent que l'aide informelle constitue un pilier essentiel du continuum de soins : une proportion importante d'adultes apporte un soutien régulier à un

proche, et cet engagement concerne particulièrement les individus en âge d'activité professionnelle (Statistique Canada, 2020). En 2018, environ 7,8 millions de Canadiens - soit près du quart de la population de 15 ans et plus - ont offert une aide en raison d'un problème de santé ou d'une perte d'autonomie (Statistique Canada, 2020). L'intensité de l'aide varie fortement : plus de la moitié des aidants fournissent cinq heures ou moins de soutien hebdomadaire, tandis qu'un cinquième consacre au moins 20 heures par semaine. Les femmes demeurent surreprésentées et les adultes âgés de 45 à 64 ans représentent la majorité des aidants ; plus de 60 % occupent un emploi, ce qui met en évidence les tensions de conciliation entre responsabilités professionnelles et engagement auprès d'un proche (Statistique Canada, 2020).

Dans ce mémoire, nous proposons d'examiner les principaux déterminants socio-économiques et démographiques susceptibles d'influencer la décision des individus d'offrir des soins de longue durée à leurs parents. Il s'agit d'analyser l'impact de plusieurs facteurs, tels que : le niveau de revenu, l'état de santé à la fois des aidants et des parents, la proximité géographique, les perceptions liées à l'héritage sur la motivation individuelle d'offrir des soins à domicile.

Pour atteindre cet objectif, nous mettrons en œuvre une approche méthodologique structurée en trois étapes. Dans un premier temps, nous analyserons les facteurs qui déterminent les préférences des individus lorsqu'il s'agit de choisir entre leurs parents et leurs beaux-parents comme bénéficiaires principaux de soins. Pour ce faire, nous estimerons un modèle logistique binomial qui nous permettra de prédire la probabilité à laquelle l'individu fasse ce choix en fonction des caractéristiques socio-économiques et démographiques. Dans un deuxième temps, nous étudierons les facteurs qui influencent les types de soins de longue durée, soit les soins à domicile, les soins à domicile avec soutien professionnel ou les soins en CHSLD, susceptibles d'être privilégiés par les proches aidants. Dans un troisième temps, nous examinerons les facteurs déterminant l'intensité de l'aide proposée, soit le nombre d'heures hebdomadaires alloué aux soins. Pour chacune de ces deux dernières étapes, nous utiliserons un modèle multinomial. Afin d'estimer ces modèles, nous utiliserons des données tirées d'une enquête menée en décembre 2023 par la firme de sondage « Asking Canadians/qu'en pensez-vous ? » auprès d'un échantillon de personnes résidant au Québec et en Ontario.

Ce mémoire contribue à enrichir la littérature sur les déterminants et le type de soins de longue durée apportés aux personnes âgées. Premièrement, il adopte une démarche séquentielle qui reproduit la logique décisionnelle des aidants potentiels en analysant successivement le choix du bénéficiaire (parents vs beaux-parents), la préférence pour un type de soins (familiaux, professionnels à domicile ou institutionnels), puis l'intensité hebdomadaire de l'engagement envisagé. Deuxièmement, l'étude se concentre sur une population rarement analysée dans les travaux empiriques, soit des aidants potentiels âgés de 45 à 58 ans, ce qui permet une approche prospective des intentions déclarées avant toute implication effective. Troisièmement, elle intègre des dimensions subjectives encore peu modélisées dans un cadre économétrique, telles que l'espérance de vie anticipée du parent, les coûts perçus des soins et les attentes d'héritage, offrant ainsi un éclairage sur l'articulation entre motivations altruistes, contraintes économiques et logiques de réciprocité. Quatrièmement, la comparaison entre le Québec et l'Ontario, les deux provinces les plus peuplées du Canada, met en évidence d'éventuelles différences dans les perceptions des répondants à l'égard des soins de longue durée. Enfin, les résultats obtenus fournissent des enseignements opérationnels utiles pour l'élaboration de politiques publiques de soutien ciblé aux aidants, notamment en matière de conciliation emploi-soins, d'incitations financières et de préparation à l'aide informelle.

L'analyse des données révèle plusieurs résultats clés concernant les préférences des aidants potentiels en matière de soins de longue durée. Premièrement, les préférences de soins sont fortement structurées par le genre et les liens familiaux : les femmes et les individus ayant un lien filial direct avec le bénéficiaire sont plus enclins à privilégier leurs parents. Deuxièmement, les contraintes de temps associées à l'emploi favorisent le recours à des soins professionnels, tandis que les besoins anticipés de soins, captés notamment par l'état de santé et l'espérance de vie perçue des bénéficiaires potentiels de soins, accroissent la probabilité de préférer des solutions institutionnelles. Enfin, l'intensité de l'aide envisagée dépend fortement du profil des aidants et des besoins anticipés du bénéficiaire, les engagements les plus élevés étant associés à des situations de dépendance anticipée plus importantes.

La suite de ce mémoire est organisée comme suit. Le premier chapitre analyse les principaux facteurs déterminants de la volonté des proches aidants et des coûts associés à

cette décision. Le deuxième chapitre présente les données utilisées ainsi que les statistiques descriptives correspondantes. Le troisième chapitre analyse les préférences des individus en matière de choix entre les parents et les beaux-parents en tant que bénéficiaires principaux de soins. Le quatrième examine les préférences pour les types de soins de longue durée. Le cinquième aborde la question de l'intensité de l'aide proposée en termes du nombre d'heures hebdomadaires alloué aux soins. Enfin, le dernier chapitre conclut le travail, présente les recommandations ainsi que les pistes pour de futures recherches.

CHAPITRE I

FACTEURS DÉTERMINANTS ET COÛTS ASSOCIÉS À LA VOLONTÉ DES PROCHES AIDANTS

1.1 Cadre analytique et déterminants de l'aide informelle

Le cadre analytique de la littérature sur l'aide informelle s'appuie sur trois approches complémentaires. La première est celle des modèles économiques de l'altruisme et de la réciprocité intergénérationnelle (Becker, 1974; Cox, 1987). Ces modèles formels, de nature théorique, permettent d'expliquer les facteurs qui motivent les transferts familiaux, qu'il s'agisse de l'altruisme, de la réciprocité ou des motivations stratégiques. Becker (1974) et Cox (1987) proposent ainsi un cadre théorique permettant d'interpréter les transferts financiers ou en termes de temps consacré à la prise en charge comme des arbitrages entre intérêt individuel et intérêt collectif, où l'aide apportée peut découler d'un attachement moral ou d'un soutien matériel reçu ou anticipé en contrepartie.

La deuxième approche, de nature sociologique, met l'accent sur les normes sociales et genrées qui structurent la division des rôles au sein de la famille. À partir d'une synthèse qualitative approfondie regroupant 37 études menées principalement auprès de populations d'Asie de l'Est et du Sud-Est, Zarzycki *et al.* (2022) montrent que les motivations d'aider, telles que le devoir moral, la réciprocité et l'attachement affectif, sont profondément enracinées dans l'identité culturelle des aidants et dans les processus de socialisation familiale. Dans ces contextes, la piété filiale, c'est-à-dire la norme sociale selon laquelle les enfants ont la responsabilité morale de prendre soin de leurs parents âgés en reconnaissance des sacrifices parentaux passés, joue un rôle central dans la décision de fournir des soins. Cette norme s'accompagne souvent d'une répartition genrée des responsabilités, où

les femmes se voient plus fréquemment assigner le rôle principal de proche aidante.

Enfin, l'approche institutionnelle souligne l'effet des politiques publiques et de l'organisation des systèmes de soins sur la répartition des responsabilités entre l'État et la famille (Brandt *et al.*, 2009). En utilisant les données de onze pays d'Europe, (Brandt *et al.*, 2009) montrent que la disponibilité des services formels (soins à domicile, établissements spécialisés) conditionne fortement l'implication des enfants dans la prise en charge. Dans les pays où l'offre publique est limitée ou coûteuse, au sein desquels existent des obligations légales de soutien familial (comme en Italie, en Espagne ou en Grèce), les enfants assument plus fréquemment un rôle direct de proche aidant. À l'inverse, dans les pays nordiques, où les services étatiques sont plus accessibles et largement acceptés, les familles s'appuient davantage sur les soins formels, ce qui réduit la charge de soins informels.

1.2 Les déterminants de la volonté d'aide des proches aidants

1.2.1 Facteurs sociodémographiques et économiques

La prise en charge informelle des personnes âgées par des membres de la famille est influencée par divers facteurs sociodémographiques, notamment le genre, le statut matrimonial, le niveau d'éducation, le revenu et la proximité géographique.

Genre et statut matrimonial

Le genre constitue un déterminant majeur dans la répartition des responsabilités de soins envers les parents âgés. Dans de nombreuses sociétés, les normes culturelles attribuent aux femmes la responsabilité principale de l'aide familiale. Cette situation reflète des attentes culturelles persistantes qui valorisent l'empathie, la disponibilité et le sens du devoir familial chez les femmes. Elles ressentent plus fortement une obligation morale et affective à l'égard de leurs parents âgés, ce qui les conduit à accepter ce rôle même lorsque les contraintes personnelles sont importantes (Navaie-Waliser *et al.*, 2002). Comme le montre Ducharme (2006), cette division sexuée demeure très marquée au Canada : les femmes sont plus nombreuses à réaménager leur horaire de travail, à réduire leur emploi ou à assumer seules les tâches liées à l'accompagnement d'un parent en perte

d'autonomie.

Les hommes prennent également part au soutien familial, mais selon des modalités distinctes. L'étude de Campbell et Martin-Matthews (2003), réalisée dans le contexte canadien, montre que les fils concentrent leur participation sur des tâches dites « instrumentales », telles que la gestion matérielle, le transport ou la coordination des services, tandis que les soins personnels demeurent principalement assumés par les femmes. Leur engagement dépend étroitement de la configuration familiale : les hommes tendent à s'investir davantage lorsque les femmes du réseau familial - conjointes, sœurs ou filles - ne sont pas disponibles, ou lorsqu'ils se sentent investis d'un devoir filial dans un contexte de rareté des aidants potentiels. Cette répartition témoigne de la persistance des normes de genre qui orientent le type de soutien offert au sein des familles.

Le statut matrimonial constitue un autre facteur important pour comprendre l'engagement dans l'aide apportée aux parents âgés. Les personnes vivant en couple disposent généralement d'un soutien moral, logistique et matériel, qui facilite la prise en charge. Selon Niimi (2016), la présence d'un partenaire permet de partager les responsabilités domestiques, d'atténuer les pressions financières et de redistribuer certaines tâches au sein du ménage, ce qui accroît la capacité de l'un des conjoints à s'occuper d'un parent vulnérable. À l'inverse, les personnes célibataires, séparées ou veuves disposent de moins de personnes avec qui partager les responsabilités liées aux soins et de ressources financières plus limitées pour assumer un accompagnement régulier, ce qui réduit leur disponibilité et accroît les tensions liées au cumul des obligations quotidiennes.

Niveau d'éducation et revenu

Le niveau d'éducation joue un rôle déterminant dans la manière dont les individus arbitrent entre participation au marché du travail et engagement dans les soins familiaux. Une scolarité élevée est généralement associée à un salaire plus important, à une progression professionnelle plus rapide et à un marché du travail offrant davantage de perspectives. De ce fait, le coût d'opportunité lié à un retrait, même partiel, du marché du travail est plus élevé pour les personnes instruites : s'engager dans des soins intensifs signifie renoncer à des gains immédiats, mais aussi à des trajectoires professionnelles à

long terme plus avantageuses.

Les travaux de Bolin *et al.* (2008b) montrent que les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé disposent en moyenne d'un revenu supérieur, ce qui conditionne directement leurs stratégies de prise en charge. En raison de moyens financiers plus importants, elles sont davantage en mesure de financer des services professionnels ou d'utiliser des dispositifs publics de soutien, ce qui réduit leur propension à assumer elles-mêmes les soins intensifs. Ces résultats rejoignent un ensemble de recherches empiriques démontrant que les ménages à revenu élevé sont plus susceptibles de recourir à des soins formels, en raison de coûts d'opportunité plus importants et d'un accès facilité aux services payants (Ettner, 1996; Charles et Sevak, 2005; Van Houtven et Norton, 2004).

Au-delà des aspects financiers, un niveau d'éducation plus élevé peut s'accompagner d'une meilleure capacité à identifier et mobiliser les dispositifs de soutien existants, ainsi que d'une plus grande aisance à arbitrer entre soins informels et recours aux soins formels. Cette familiarité avec les services disponibles peut encourager un recours accru aux soins formels, en particulier lorsque les besoins de la personne âgée deviennent complexes ou chroniques (Bolin *et al.*, 2008b; Niimi, 2016). L'éducation permet également de mieux anticiper les coûts d'opportunité associés à l'engagement dans les soins informels, notamment en termes de trajectoire professionnelle, ce qui conduit certains individus à privilégier des arrangements de prise en charge compatibles avec leur participation au marché du travail (Ettner, 1996; Skira, 2015).

Enfin, le revenu - étroitement lié au niveau d'éducation - influe sur les choix de prise en charge à travers un effet de substitution et un effet de revenu. D'une part, des revenus plus élevés augmentent le coût d'opportunité du temps consacré aux soins informels, ce qui incite les individus à substituer leur propre temps par des services formels ou marchands. D'autre part, l'augmentation du revenu élargit l'ensemble des choix accessibles, en facilitant l'achat de services privés, l'accès à des soins complémentaires ou l'embauche de ressources de soutien. À l'inverse, les ménages à revenu plus faible font face à des contraintes budgétaires plus strictes, ce qui limite leur capacité de substitution et les conduit plus fréquemment à recourir à l'aide informelle, faute d'alternatives abordables.

Attentes d'héritage et transferts intergénérationnels

La littérature économique met en évidence que l'aide familiale n'est pas uniquement guidée par des motivations altruistes, mais peut également s'inscrire dans des logiques d'échange ou de contrepartie différée entre générations (Cox, 1987; Cox et Rank, 1992). Cette perspective souligne que la richesse de la personne aidée intervient dans les décisions d'aide, sans pour autant en constituer l'unique déterminant, celles-ci étant également influencées par les liens affectifs et les normes familiales.

Un premier mécanisme tient à l'effet des ressources financières des parents sur leur degré de dépendance. Une autonomie économique permet aux parents de financer des services formels de soins, réduisant ainsi la pression exercée sur les enfants. À l'inverse, une situation financière fragile accroît la probabilité que les familles mobilisent l'aide informelle, et intensifie les attentes envers les enfants. Dans plusieurs analyses européennes, cette relation (négative) entre patrimoine parental et demande de soins informels est clairement illustrée, notamment par Haberkern et Szydlik (2010).

Les attentes d'héritage introduisent un second mécanisme. Les travaux de Szydlik (2004) montrent que l'importance du patrimoine à transmettre peut orienter le comportement des enfants. Selon la configuration familiale et la nature des relations intergénérationnelles, l'existence d'un héritage substantiel peut être interprétée comme une forme de compensation anticipée, ce qui atténue l'obligation ressentie d'offrir des soins, ou, à l'inverse, comme un incitatif à s'investir davantage, notamment lorsqu'un enfant souhaite préserver sa position dans l'ordre successoral. Bolin *et al.* (2008b) soulignent ainsi que les motivations économiques et successorales peuvent coexister avec des motivations altruistes, et moduler la disponibilité à fournir des soins informels.

Les transferts effectués du vivant des parents - dons *inter vivos* - constituent un troisième mécanisme important. Comme le montrent Cox et Rank (1992), ces transferts peuvent jouer un double rôle dans la relation d'aide intergénérationnelle. Ils peuvent d'une part intervenir en amont comme un instrument incitatif, destiné à encourager un engagement de l'enfant lorsque le parent devient dépendant. Ils peuvent d'autre part intervenir en aval, en tant que compensation financière accordée à un enfant ayant déjà fourni un soutien substantiel. Dans les deux cas, les dons créent une attente implicite de

réciprocité différée.

Enfin, certains dispositifs publics - tels que les allocations directes aux aidants ou les budgets individualisés permettant de rémunérer un proche - convertissent partiellement l'aide informelle en une prestation financièrement reconnue, comme cela est observé dans plusieurs pays européens. Ces mécanismes modifient la nature de l'aide familiale en introduisant une contrepartie monétaire explicite, rapprochant la relation d'aide d'un arrangement quasi contractuel. En réduisant le coût financier et temporel associé à la prise en charge, ces dispositifs peuvent atténuer les tensions entre responsabilités professionnelles et familiales. La littérature souligne toutefois que cette monétisation introduit de nouvelles incitations économiques susceptibles d'influencer l'intensité et la forme de l'engagement familial, un mécanisme mis en évidence par Bolin *et al.* (2008a).

1.2.2 Normes sociales, culturelles et religieuses

Les comportements d'aide informelle s'inscrivent dans un ensemble de normes sociales et culturelles qui orientent les attentes familiales envers les enfants adultes. Dans les sociétés où la solidarité intergénérationnelle constitue une valeur centrale, l'idée selon laquelle les enfants doivent prendre soin de leurs parents âgés s'impose comme une norme morale largement partagée (Antonucci *et al.*, 2010). Cette norme repose sur un cadre culturel où la continuité des liens familiaux, la loyauté et le respect des aînés définissent ce qui est perçu comme « normal » ou « approprié » de faire lorsqu'un parent vieillit (McDaniel, 1997). Les comportements d'aide ne relèvent alors pas uniquement de préférences individuelles, mais s'inscrivent dans une structure normative qui façonne la manière dont les responsabilités familiales sont comprises et assumées.

Les croyances religieuses renforcent souvent ces attentes sociales, en donnant à la prise en charge des parents une dimension morale ou spirituelle. Dans plusieurs traditions religieuses, l'aide aux aînés est interprétée comme un devoir sacré, une manifestation de gratitude ou une forme de dévotion (Zarzycki *et al.*, 2022). Cette dimension religieuse contribue à légitimer la proche aide en tant qu'acte moralement valorisé, ce qui peut accroître la motivation des aidants, même lorsque la charge est lourde ou que les ressources sont limitées. Les aidants peuvent alors percevoir leur engagement non seulement comme

une nécessité familiale, mais comme une expression de leurs valeurs spirituelles ou de leur identité.

Le poids de ces normes varie toutefois selon les contextes culturels. Certaines sociétés mettent l'accent sur l'individualisme et l'autonomie personnelle, ce qui atténue l'obligation perçue d'offrir des soins familiaux. Dans d'autres, les valeurs collectivistes renforcent au contraire les attentes envers les enfants adultes, parfois au détriment de leurs propres aspirations ou de leurs contraintes professionnelles. L'étude qualitative menée par Charenkova (2023) montre que, malgré des différences nationales ou culturelles, ces normes sociales et religieuses demeurent des déterminants puissants de la motivation à s'engager dans l'aide informelle.

Ainsi, les normes sociales, culturelles et religieuses constituent un cadre incontournable pour comprendre les décisions de prise en charge : elles définissent ce qui est attendu, légitime et moralement valorisé, influençant tant l'intensité de l'engagement que la manière dont les aidants interprètent leur rôle.

1.2.3 Motivations personnelles et bien-être subjectif

Malgré les contraintes associées à la prestation de soins, de nombreux aidants perçoivent leur rôle comme une expérience valorisante. Cette satisfaction découle du renforcement des liens affectifs, du sentiment d'utilité sociale et du développement de compétences (Charenkova, 2023). Pour plusieurs, les soins dispensés à leurs aînés apparaissent comme une forme de réciprocité, leur permettant de rendre à leurs parents l'affection et le soutien reçus durant l'enfance. Ces motivations sont souvent intériorisées, ce qui amène les aidants à percevoir leur engagement comme un choix volontaire et porteur de sens, plutôt que comme une contrainte.

Les liens affectifs renforcés, la reconnaissance morale ou sociale associée au rôle d'aidant, ainsi que la maîtrise progressive des tâches de soins contribuent à nourrir leur sentiment de valeur personnelle. L'apprentissage de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de techniques de soins ou de stratégies d'adaptation, renforce la confiance des aidants dans leur capacité d'agir et réduit l'anxiété associée aux responsabilités quotidiennes.

Ces apports s'interprètent à travers la théorie de l'autodétermination, selon laquelle la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux - autonomie, compétence et lien social - favorise le bien-être subjectif. Lorsque les aidants sentent qu'ils disposent d'un certain contrôle sur leur rôle, qu'ils se reconnaissent capables de répondre aux besoins de leur proche et qu'ils entretiennent une relation affective forte avec celui-ci, leur expérience de soins devient globalement plus positive, malgré les défis et contraintes qu'elle implique.

1.2.4 Perception des systèmes de santé et des services sociaux

Lorsque les systèmes publics sont perçus comme insuffisants, difficiles d'accès ou incapables de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées, les familles sont davantage enclines à assumer elles-mêmes la responsabilité des soins (Navaie-Waliser *et al.*, 2002). Cette perception des lacunes institutionnelles alimente une dynamique de substitution où l'aide informelle compense les manques du système formel, transférant vers les proches une charge que l'État ne parvient pas pleinement à absorber.

La littérature distingue à cet égard des motivations altruistes et instrumentales, les premières étant liées au désir d'aider un proche et les secondes à un manque d'alternatives ou à un calcul économique (Zarit et Edwards, 1996; Vitaliano *et al.*, 2003). Lorsque les services publics sont perçus comme insuffisants, les motivations instrumentales prennent davantage de place, transformant l'aide familiale en une réponse par défaut plutôt qu'en un choix. Ces perceptions façonnent ainsi la frontière entre recours aux soins formels et engagement informel, rendant la décision d'offrir des soins étroitement dépendante de la confiance dans le système de santé et dans la capacité des institutions à soutenir adéquatement les personnes âgées et leurs familles.

1.3 Coûts associés à la prise en charge

1.3.1 Effets sur la participation au marché du travail

La prise en charge d'un parent âgé entraîne des conséquences économiques importantes pour les aidants, en particulier pour les femmes, qui demeurent les principales dispensatrices de soins. L'un des effets les plus fréquents est l'ajustement de la participation au marché du travail : réduction du temps de travail, absences répétées ou interruption

prolongée de carrière. À partir d’une analyse longitudinale de l’emploi au Canada, Fast *et al.* (2013) montrent que ces réaménagements professionnels touchent de plus en plus de travailleurs et qu’ils concernent de manière disproportionnée les femmes, dont les pertes de revenus et de progression professionnelle sont plus marquées.

Les recherches confirment également que l’intensité de la prise en charge joue un rôle décisif dans la trajectoire d’emploi. Selon Skira (2015), fournir des soins réguliers ou complexes réduit fortement les chances de renouer avec un emploi stable, même lorsque des mesures de soutien - telles que des congés ou des allocations - sont disponibles. Les périodes d’inactivité prolongée fragilisent l’employabilité des aidantes et entraînent, à la reprise d’activité, des revenus plus faibles et une progression professionnelle limitée.

Les effets de la prise en charge varient également selon la durée et la nature des soins fournis. Comme le souligne Simard-Duplain (2022), les répercussions sur l’emploi s’intensifient lorsque l’engagement s’étend sur plusieurs mois, même si le nombre d’heures quotidiennes demeure modéré. De plus, les types de tâches accomplies ne produisent pas les mêmes effets : les soins personnels, plus exigeants physiquement et émotionnellement, tendent à réduire davantage la participation au marché du travail, tandis que les tâches domestiques répétitives contribuent, chez les femmes, à une sortie plus précoce de l’emploi ou à une retraite anticipée. Ces résultats rappellent que la prise en charge n’est pas une réalité uniforme et que ses impacts diffèrent selon les formes concrètes que prennent les soins au quotidien.

1.3.2 Santé mentale et stress

L’aide informelle s’accompagne fréquemment d’une charge psychologique importante, particulièrement lorsque les exigences de soins sont élevées ou prolongées dans le temps. La méta-analyse de Pinquart et Sörensen (2003), réalisée à partir de 84 études internationales, montre de manière constante que les aidants présentent des niveaux plus élevés de détresse psychologique, de symptômes dépressifs et de stress perçu que les non-aidants. Cette surcharge émotionnelle est d’autant plus marquée que les tâches sont nombreuses, complexes ou que l’aidant se sent peu soutenu.

Les travaux de Kumagai (2017) apportent un éclairage complémentaire en souli-

gnant le lien étroit entre l'intensité des soins et la vulnérabilité psychologique. Chez les aidants qui consacrent de longues heures à l'accompagnement d'un proche, plus de 30 % présentent une détresse psychologique modérée ou sévère. Ces résultats illustrent que l'accumulation quotidienne des tâches - souvent réalisée dans un contexte d'isolement ou de manque de ressources - fragilise la santé mentale des aidants non actifs professionnellement.

Dans certains cas, les conséquences dépassent le cadre du bien-être psychologique. L'étude de Schulz et Beach (1999), menée auprès d'aidants âgés, montre qu'une charge émotionnelle élevée peut augmenter le risque de mortalité de 63 %. Ce constat, bien qu'observé dans un contexte spécifique, souligne la gravité potentielle des effets du stress prolongé associé à la prise en charge.

Dans l'ensemble, la littérature révèle que l'aide informelle peut devenir une source de détresse significative lorsque l'intensité des soins s'accroît ou lorsque l'aidant se perçoit comme le principal recours. L'épuisement émotionnel, le stress chronique et les conséquences sur la santé physique témoignent des risques auxquels sont exposés les proches aidants, particulièrement en l'absence de soutien formel ou de relais institutionnels.

1.4 Contexte institutionnel et dynamique de l'aide informelle au Canada

La perception d'un système de soins mis sous tension par des contraintes de capacité constitue un déterminant central du recours accru à l'aide familiale. Plusieurs analyses portant sur le contexte canadien et québécois mettent en évidence que les services de soutien à domicile, d'hébergement et d'accompagnement présentent des limites persistantes en matière d'accessibilité, de continuité et d'équité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022; Boisclair *et al.*, 2016; Turcotte, 2014). Au Québec, ces travaux soulignent notamment des contraintes structurelles en soins à domicile, une capacité institutionnelle demeurant limitée malgré les efforts de modernisation, ainsi qu'une forte variabilité territoriale dans l'accès aux ressources.

Dans ce contexte institutionnel, la prise en charge des personnes âgées repose largement sur la mobilisation de l'entourage familial. Lorsque les services formels sont perçus comme fragmentés, difficiles d'accès ou insuffisants pour répondre aux besoins, l'aide in-

formelle tend à s'imposer comme une solution de substitution, transférant vers les proches une partie de la responsabilité des soins. Cette dynamique ne résulte pas nécessairement d'une préférence des familles, mais plutôt d'un ajustement aux contraintes du système public, qui redéfinit la frontière entre aide formelle et aide informelle.

Les pouvoirs publics ont entrepris diverses initiatives afin de reconnaître et de soutenir davantage cette contribution familiale, notamment au Québec avec le *Plan d'action pour les personnes proches aidantes 2021-2026*, qui vise à renforcer les mesures de soutien psychosocial, financier et administratif (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021). Toutefois, la littérature souligne que, malgré ces avancées, les dispositifs actuels demeurent partiels et ne suffisent pas à réduire de manière substantielle la charge assumée par les familles ni à compenser pleinement les limites structurelles de l'offre publique.

Ainsi, l'engagement des proches aidants s'inscrit dans un environnement institutionnel caractérisé par une offre publique de services insuffisante. Cette configuration structure directement la décision d'offrir des soins, dans la continuité des mécanismes décrits précédemment : lorsque les services disponibles sont perçus comme fragmentés ou difficiles d'accès, la frontière entre aide formelle et aide informelle se déplace, renforçant la dépendance à la famille et amplifiant leur rôle dans la prise en charge.

Cette revue de la littérature montre que la volonté d'offrir des soins informels de longue durée résulte d'un arbitrage complexe entre ressources individuelles, contraintes professionnelles et cadres normatifs. Les déterminants sociodémographiques et économiques conditionnent la capacité d'engagement des aidants, tandis que les normes sociales et familiales structurent les comportements attendus. Les mécanismes de réciprocité intergénérationnelle, à travers les héritages et les transferts, coexistent avec des motivations affectives et des incitations économiques. Le contexte institutionnel et la perception du système de soins influencent enfin la substitution entre aide informelle et recours aux services formels. Ces enseignements guident la spécification des modèles empiriques analysant les préférences relatives au bénéficiaire, au type de soins de longue durée et à l'intensité de l'engagement.

CHAPITRE II

DONNÉES ET STATISTIQUES DESCRIPTIVES

Ce chapitre est consacré à la présentation et à la description des données mobilisées dans l'analyse. L'objectif est de dresser un portrait détaillé des proches aidants potentiels et de leurs préférences en matière de soins de longue durée.

2.1 Description des données

La base de données utilisée pour cette étude provient d'une enquête élaborée dans le cadre du projet de recherche intitulé « *Offrir des soins de longue durée et arrangements famille-travail* », mené par l'Institut sur la retraite et l'épargne (HEC Montréal).¹ Le questionnaire a été conçu par un groupe de professeurs-chercheurs provenant de plusieurs universités : F. Glenzer de HEC Montréal, M. Lee de Carleton University, B. Achou de l'Université de Groningen, P. De Donder de Toulouse School of Economics et M.-L. Leroux de l'Université du Québec à Montréal. Administrée en décembre 2023, l'enquête visait à analyser les modalités selon lesquelles les adultes aidants concilieraient leurs obligations professionnelles avec la prise en charge d'un parent en perte d'autonomie, ainsi que leurs anticipations quant aux répercussions futures de cette responsabilité sur leur trajectoire professionnelle.

L'enquête a été menée de manière anonyme en ligne par la firme de sondage « Asking Canadians/Qu'en pensez-vous ? ».² Le processus de collecte repose sur des mécanismes

1. L'Institut sur la retraite et l'épargne est un département présent à l'université HEC de Montréal qui promeut la recherche de pointe sur différents enjeux liés à la retraite, à l'épargne et à l'assurance.

2. <https://www.askingcanadians.com/communities/default.aspx?p=p430686807&dlv1=9>

de présélection visant à retenir uniquement les répondants correspondant aux critères de l'étude. Ainsi, les personnes déclarant ne pas être disposées à offrir de l'aide à un parent en perte d'autonomie ou celles procurant déjà de l'aide ont été exclues. Les répondants n'ont donc pas de parents ou beaux-parents qui ont déjà des besoins en soins de longue durée. L'enquête a permis de constituer un échantillon de 2 300 individus, âgés entre 45 et 58 ans, résidant dans les provinces de l'Ontario et du Québec. Ces derniers ont tous exprimé leur volonté de devenir proches aidants en cas de besoin et ne sont pas encore engagés à procurer de l'aide informelle.³

Le questionnaire utilisé lors de l'enquête, présenté en Annexe A, comprend 52 questions réparties en plusieurs sections. La première section, consacrée aux informations générales, recueille les données sur les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'études, la situation d'emploi et l'état de santé du répondant.

La deuxième section collecte les informations sur l'état de santé du répondant ainsi que sur la personne qu'il était le plus probable d'aider en cas de perte d'autonomie. Elle inclut également des informations sur les anticipations subjectives des répondants sur l'espérance de vie du parent ou du beau-parent, ainsi que sur la durée estimée pendant laquelle une aide pourrait être nécessaire pour accomplir les activités quotidiennes en cas de perte d'autonomie.

Les autres sections du questionnaire recueillent des informations, telles que la situation professionnelle du répondant et, le cas échéant de son conjoint, la situation financière du répondant ainsi que celle de ses parents et/ou des beaux-parents, les connaissances déclarées sur les systèmes de soins de longue durée et les préférences exprimées sur les

3. Les données ont été repondérées afin de refléter la structure de la population cible - les individus âgés de 45 à 58 ans, en emploi, résidant au Québec et en Ontario - selon certaines caractéristiques observables, notamment l'âge et le sexe. Cette pondération vise à améliorer la représentativité de l'échantillon par rapport à cette population spécifique. Néanmoins, le mode de recrutement ne reposant pas sur un échantillonnage aléatoire, la probabilité de sélection des individus n'est pas connue. En outre, les critères d'inclusion — en particulier la disposition déclarée à offrir des soins — restreignent l'analyse à un sous-groupe d'aidants potentiels. Ces choix sont cohérents avec l'objectif de l'étude, centré sur les intentions déclarées, mais impliquent que les résultats doivent être interprétés avec précaution.

différents types de soins de longue durée, le nombre d'heures hebdomadaires que les répondants seraient prêts à consacrer aux soins d'un parent ou beau-parent en perte d'autonomie, et enfin, les perceptions associées aux normes sociales et aux motivations altruistes pouvant influencer leur engagement à titre de proche aidant.

2.2 Analyse descriptive de l'échantillon

2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des répondants

Dans le Tableau 2.2.1 nous présentons la répartition des répondants de l'échantillon selon les deux provinces. En Ontario, la majorité des répondants sont des hommes (52,57 %) alors qu'au Québec, les femmes sont un peu plus nombreuses (54,47 %). Lorsqu'on combine les données des deux provinces, la répartition des répondants selon le sexe est équilibrée, de 49,04 % d'hommes et 50,96 % de femmes.

L'âge moyen (51,19 ans) est légèrement inférieur au Québec (51,04 ans) qu'en Ontario (51,34 ans), ce qui confirme un profil québécois légèrement plus jeune, malgré une répartition globale très homogène entre les deux provinces. Nous avons ensuite réparti l'âge des répondants (45 à 58 ans) par terciles afin d'obtenir des groupes de taille comparable (45–49 ans, 50–53 ans, 54–58 ans). Ce découpage assure une représentativité équilibrée et évite de supposer un effet strictement linéaire de l'âge.

Le groupe des 45-49 ans représente 38,96 % de l'échantillon, avec une part un peu plus importante au Québec (41,44 %) qu'en Ontario (36,47 %). Les personnes âgées de 50-53 et 54-58 ans représentent respectivement 28,70 % et 32,35 % de l'échantillon. Pour le groupe des 50-53 ans, la proportion est légèrement plus élevée en Ontario qu'au Québec, alors qu'elle est quasi-similaire entre les provinces pour le groupe le plus âgé.

La majorité des répondants (68,00 %) sont mariés ou vivent en union de fait. Le niveau d'éducation observé pour l'ensemble des répondants est globalement élevé : plus de quatre répondants sur cinq (80,78 %) détiennent un diplôme supérieur à un diplôme d'études secondaires. Cette proportion est légèrement plus élevée en Ontario (82,33 %) qu'au Québec (79,24 %). En outre, un peu plus de la moitié des proches aidants potentiels (53,00 %) vivent à une distance géographique inférieure à 20 kilomètres de leurs parents

ou beaux-parents, ce qui pourrait influencer leur disponibilité et leur propension à offrir des soins en cas de perte d'autonomie. Cette proportion est légèrement plus élevée au Québec (55,78 %) qu'en Ontario (50,22 %).

Les répondants ont une perception globalement positive de leur état de santé. Près de 90 % déclarent avoir un état de santé bon, très bon ou excellent, alors que seuls 8,17 % considèrent avoir un état de santé passable ou faible. La distribution est comparable entre l'Ontario et le Québec.

TABLEAU 2.2.1 – Caractéristiques sociodémographiques et de santé des aidants selon la province de résidence

Variables		Ontario(%)	Québec(%)	Total
Sexe	Homme	52,57	45,53	49,04
	Femme	47,43	54,47	50,96
Groupe d'âge	45 - 49	36,47	41,44	38,96
	50 - 53	31,51	25,89	28,70
	54 - 58	32,03	32,67	32,35
Statut matrimonial	Marié / conjoint de fait	69,54	66,46	68,00
	Non marié(e)	30,46	33,54	32,00
Niveau d'éducation	< Secondaire	0,96	1,13	1,04
	Secondaire	16,71	19,64	18,17
	> Secondaire	82,33	79,24	80,78
Proximité géographique	Oui (≤ 20 km)	50,22	55,78	53,00
	Non	49,78	44,22	47,00
État de santé	Excellent	18,71	18,85	18,78
	Très bon	40,73	44,22	42,48
	Bon	30,81	30,32	30,57
	Passable/faible	9,75	6,60	8,17

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

2.2.2 Profil économique et financier des répondants

Le Tableau 2.2.2 présente les caractéristiques d'emploi et de logement des répondants de l'enquête. Comme mentionné au début du chapitre, ces derniers occupaient tous un emploi au moment de remplir le questionnaire. La grande majorité (87,26 %) occupe

un emploi salarié alors que les autres individus sont des travailleurs autonomes. En outre, les répondants sont majoritairement des travailleurs à temps plein, avec une proportion plus élevée au Québec (84,71 %) qu'en Ontario (81,20 %). Parmi les répondants qui sont en couple, 81,59 % déclarent que leur conjoint est actif sur le marché du travail, avec un écart marqué entre le Québec (85,62 %) et l'Ontario (77,72 %).

Par ailleurs, la majorité des répondants ont indiqué être propriétaires de leur résidence principale (74,04 %), une proportion légèrement plus élevée au Québec (75,15 %) qu'en Ontario (72,93 %). Environ 12 % d'entre eux possèdent également un logement secondaire, une tendance quasiment identique entre les deux provinces.

TABLEAU 2.2.2 – Caractéristiques d'emploi et de logement des répondants et ménages selon la province

Variables		Ontario(%)	Québec(%)	Total
Emploi	Salarié	85,47	89,05	87,26
	Travailleur autonome	14,53	10,95	12,74
Travail à temps plein	Oui	81,20	84,71	82,96
	Non	18,80	15,29	17,04
Emploi conjoint	Oui	77,72	85,62	81,59
	Non	22,28	14,38	18,41
Propriété de domicile	Primaire	72,93	75,15	74,04
	Secondaire	11,92	11,90	11,91
	Non propriétaire	24,98	22,59	23,79

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

Dans le Tableau 2.2.3, nous présentons les données sur la situation financière des répondants. Le revenu moyen des répondants s'élève à \$78,809 CAD⁴. Les Ontariens déclarent en moyenne un revenu supérieur d'environ 7 % à celui des Québécois, avec des montants de \$81,767 CAD et \$75,873 CAD respectivement⁵. La dispersion est égale-

4. Revenu brut individuel de l'année précédant l'enquête.

5. Pourcentage calculé à partir de la différence relative au revenu moyen québécois.

ment plus forte en Ontario, où l'écart-type atteint \$52,593 CAD, contre \$47,006 CAD au Québec. L'écart interprovincial est encore plus marqué pour l'épargne : l'épargne des Ontariens s'élève en moyenne à \$293,013 CAD, soit environ 16 % de plus que les Québécois, dont l'épargne moyenne s'élève à \$251,208 CAD.

L'examen par terciles montre des revenus comparables dans le bas de la distribution, où les Québécois conservent un léger avantage. Toutefois, l'écart s'inverse dès le deuxième tercile, les Ontariens affichant des revenus moyens supérieurs de 9 %, puis de 11 % au troisième tercile (Tableau B.0.1 en Annexe B). Ainsi, malgré une relative proximité dans le premier tercile, les Ontariens présentent un avantage économique net dans les terciles supérieurs, particulièrement en matière d'épargne.

Ces constats montrent que, si les deux provinces demeurent comparables dans le bas de la distribution, les Ontariens bénéficient d'un avantage économique net dans les terciles supérieurs par rapport aux Québécois, particulièrement en matière d'épargne.

TABLEAU 2.2.3 – Distribution du revenu et de l'épargne du répondant par terciles et par province

	Catégorie	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	Min	Max
Revenu							
Québec	Premier tercile	419	39 624	13 741	44 000	1 000	55 000
	Deuxième tercile	336	69 788	8 577	70 000	55 220	85 500
	Troisième tercile	377	121 584	52 711	103 000	85 663	480 000
	Ensemble de l'échantillon	1132	75 873	47 006	68 000	1 000	480 000
Ontario	Premier tercile	381	36 085	15 919	40 000	1 000	56 000
	Deuxième tercile	374	75 946	11 016	75 000	57 000	95 000
	Troisième tercile	369	134 833	55 114	116 000	95 500	500 000
	Ensemble de l'échantillon	1124	81 767	52 593	75 000	1 000	500 000
Deux provinces	Premier tercile	791	37 736	14 875	42 000	1 000	55 000
	Deuxième tercile	738	73 023	10 321	74 000	55 090	90 000
	Troisième tercile	727	129 373	54 464	110 000	90 110	500 000
	Ensemble de l'échantillon	2256	78 809	49 944	70 000	1 000	500 000
Épargne							
Québec	Premier tercile	385	13 705	13 815	10 000	0	45 000
	Deuxième tercile	434	107 465	49 837	100 000	50 000	200 000
	Troisième tercile	332	714 531	1 418 030	400 000	215 000	22 460 500
	Ensemble de l'échantillon	1151	251 208	817 568	100 000	0	22 460 500
Ontario	Premier tercile	406	19 091	18 598	15 000	0	50 000
	Deuxième tercile	364	123 590	48 248	100 000	52 000	200 000
	Troisième tercile	379	749 167	863 343	500 000	210 000	9 999 999
	Ensemble de l'échantillon	1149	293 013	592 126	100 000	0	9 999 999
Deux provinces	Premier tercile	859	19 124	18 369	15 000	0	50 000
	Deuxième tercile	730	120 858	47 713	100 000	52 000	200 000
	Troisième tercile	711	732 994	1 155 231	485 000	210 000	22 460 500
	Ensemble de l'échantillon	2300	272 092	714 052	100 000	0	22 460 500

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

Note : Seules les observations avec un revenu annuel total du ménage compris entre 1 000 \$ et 500 000 \$ sont retenues.

2.2.3 Caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes susceptibles d'être aidées

Le Tableau 2.2.4 ci-dessous détaille les principales caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes âgées identifiées par les répondants comme bénéficiaires potentielles de soins, à savoir soit leurs parents soit leurs beaux-parents. En effet, l'âge moyen varie peu selon le lien de parenté : les mères ont en moyenne 76,9 ans, les belles-mères 76,2 ans, les pères 78,4 ans et les beaux-pères 76,9 ans. Ces résultats suggèrent que les personnes potentiellement aidées sont dans une période de leur vie au cours de laquelle le risque de perte d'autonomie fonctionnelle devient plus fréquent.

Les informations recueillies indiquent que l'état de santé des parents et beaux-parents se caractérise par une forte présence de maladies chroniques. L'hypertension apparaît comme le diagnostic le plus fréquent, soit 26,74 % de l'échantillon, suivi du diabète (19,52 %) et de la cardiopathie (15,74 %). Les proportions observées sont globalement comparables entre l'Ontario et le Québec, bien que certaines différences se dégagent : l'hypertension est plus répandue au Québec (29,89 %) qu'en Ontario (23,59 %), tandis que le diabète est légèrement plus fréquent en Ontario (21,67 %) qu'au Québec (17,37 %). Les diagnostics de cancer représentent 13,30 % de l'échantillon, ceux liés à la dépression ou à d'autres troubles de santé mentale 12,74 %, tandis que les accidents vasculaires cérébraux (5,43 %) et les maladies pulmonaires (5,61 %) demeurent moins fréquents. Ce profil reflète les enjeux de santé typiques du vieillissement, marqués par des pathologies chroniques susceptibles de limiter l'autonomie fonctionnelle.

La perception qu'ont les répondants de l'état de santé des personnes qu'ils pourraient potentiellement aider est globalement positive. Près de 60 % jugent que la santé de leurs proches est relativement bonne, très bonne ou excellente. À l'inverse, environ 34 % estiment que l'état de santé des bénéficiaires potentiels de soins est passable ou mauvais.

Les bénéficiaires potentiels de soins sont également en majorité des propriétaires, soit environ 66 % de l'échantillon. Cette proportion est plus élevée en Ontario (72 %) qu'au Québec (61 %). Le statut de propriétaire est pertinent pour l'analyse des préférences de soins, puisqu'il conditionne la possibilité d'offrir des soins à domicile dans un environnement stable et potentiellement aménageable. Les propriétaires disposent aussi

généralement d'une plus grande latitude financière et matérielle pour soutenir le maintien à domicile, notamment en assumant des adaptations résidentielles ou en recourant à des services privés.

TABLEAU 2.2.4 – Caractéristiques sociodémographiques et de santé des personnes susceptibles d'être aidées selon le lieu de résidence

Caractéristiques sociodémographiques et de santé		Ontario(%)	Québec(%)	Total
Moyenne d'âge des personnes potentiellement aidées	Mère	76,80	77,03	76,92
	Père	78,66	78,20	78,43
	Belle-mère	76,45	75,88	76,17
	Beau-père	77,01	76,75	76,88
Maladie diagnostiquée	Cardiopathie	15,58	15,90	15,74
	AVC	5,92	4,95	5,43
	Maladie pulmonaire	3,57	7,65	5,61
	Diabète	21,67	17,37	19,52
	Hypertension	23,59	29,89	26,74
	Dépression ou autres	13,84	11,64	12,74
	Cancer	11,92	14,68	13,30
État de santé générale	Excellent	4,79	5,30	5,04
	Très bon	23,24	23,37	23,30
	Bon	36,21	39,97	38,09
	Assez bon	28,11	25,28	26,70
	Faible	7,66	6,08	6,87
Propriété de domicile	Propriétaire	71,80	60,99	66,39
	Non propriétaire	28,20	39,01	33,61

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

Dans l'ensemble, ce chapitre a permis de dresser un portrait complet de notre échantillon, en décrivant successivement les caractéristiques sociodémographiques, économiques et de santé des répondants ainsi que celles des personnes susceptibles d'être aidées. Ces constats guideront l'analyse économétrique des chapitres suivants. D'autres variables explicatives, plus spécifiques à chaque modèle estimé, seront introduites et décrites au fur

et à mesure de la présentation des résultats économétriques.

CHAPITRE III

PRÉFÉRENCE POUR UN BÉNÉFICIAIRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans cette section, nous étudions les facteurs associés à la préférence déclarée des proches aidants potentiels pour le bénéficiaire de soins de longue durée, en mettant l'accent sur la probabilité de privilégier les parents par rapport aux beaux-parents.

En effet, lors de l'enquête, les répondants devaient indiquer s'ils seraient plus susceptibles d'aider leurs propres parents ou ceux de leur conjoint(e) en cas de besoins futurs, en répondant à la question suivante : « *Lequel ou laquelle, parmi vos parents ou ceux de votre conjoint(e), seriez-vous le plus susceptible d'aider dans ses activités de la vie quotidienne à l'avenir ?* »

À partir de ces réponses, ce chapitre examine les facteurs qui influencent la probabilité qu'un proche aidant potentiel privilégie ses parents plutôt que ses beaux-parents comme bénéficiaires potentiels de soins. Avant d'aborder l'analyse économétrique, nous présentons en premier lieu une analyse descriptive du choix déclaré des répondants, mise en relation avec leurs principales caractéristiques sociodémographiques. Cette étape permet de dégager les premières tendances et d'éclairer les dynamiques susceptibles d'expliquer les résultats empiriques ultérieurs.

3.1 Analyse descriptive des préférences des répondants entre les bénéficiaires potentiels de soins

Comme indiqué au chapitre précédent, l'échantillon initial compte 2 300 répondants, comprenant à la fois des personnes en couple et des personnes hors couple. Pour analyser les préférences entre parents et beaux-parents, nous excluons les individus célibataires, puisqu'ils ne sont pas, par définition, confrontés à ce type d'arbitrage. L'échantillon re-

tenu se limite ainsi aux personnes actuellement en couple (mariées ou en union libre) ainsi qu'aux individus ayant déjà été en couple (divorcés, séparés ou veufs). L'inclusion de ces répondants tient compte d'une exposition passée aux liens de belle-famille. Elle permet également d'intégrer l'hétérogénéité des obligations envers les beaux-parents, dans la mesure où la dissolution de l'union réduit généralement ces obligations par affaiblissement du lien conjugal.

Après avoir appliqué cette restriction, l'échantillon final comprend 1 837 observations. Les résultats du Tableau 3.1.1 mettent en évidence des différences nettes entre les hommes et les femmes dans la préférence déclarée pour les bénéficiaires potentiels de soins.

Dans l'ensemble, près de 79,4 % des femmes déclarent qu'elles seraient plus susceptibles d'aider leurs parents plutôt que leurs beaux-parents, une proportion légèrement plus élevée au Québec (80,50 %) qu'en Ontario (78,29 %). Du côté des hommes, la préférence pour les parents demeure majoritaire, mais est inférieure d'environ dix points de pourcentage à celle observée chez les femmes : 68,1 % d'entre eux indiquent privilégier leurs parents comme bénéficiaires potentiels de soins. Cette proportion est relativement similaire entre les deux provinces, atteignant 69,01 % en Ontario et 67,08 % au Québec. L'écart de près de 11 points de pourcentage entre hommes et femmes, observé tant en Ontario qu'au Québec, met en évidence la dimension genrée des dynamiques de prise en charge familiale, les femmes exprimant plus fréquemment une préférence pour leurs parents. Dans l'interprétation de ces résultats, il convient de rappeler que l'échantillon est restreint aux individus en emploi. Cette restriction implique que les caractéristiques observées — qu'elles concernent le genre, l'âge ou d'autres variables sociodémographiques — reflètent celles d'une population active et non de l'ensemble de la population du même groupe d'âge. Les résultats doivent ainsi être interprétés comme conditionnels à cette sélection.

TABEAU 3.1.1 – Préférence déclarée pour les bénéficiaires potentiels de soins selon la province et le genre

Bénéf. de soins	Ontario (%)		Québec (%)		Total (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Parents	69,01 (343)	78,29 (357)	67,08 (273)	80,50 (384)	68,14 (616)	79,42 (741)
Beaux-parents	30,99 (154)	21,71 (99)	32,92 (134)	19,50 (93)	31,86 (288)	20,58 (192)
Total (n)	497	456	407	477	904	933

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

Note : Les pourcentages sont calculés par colonne. Les nombres entre parenthèses indiquent les effectifs.

Les résultats du Tableau 3.1.2 mettent aussi en évidence l'influence marquée du statut matrimonial sur la préférence déclarée pour les bénéficiaires potentiels de soins, et ce, de manière remarquablement similaire en Ontario et au Québec. Parmi les personnes mariées, environ 71 % déclarent qu'elles seraient plus susceptibles d'aider leurs parents plutôt que leurs beaux-parents, tandis qu'environ 29 % indiquent privilégier la belle-famille. Cette répartition est très proche dans les deux provinces, avec 70,09 % en Ontario et 71,90 % au Québec pour le choix des parents. En revanche, chez les personnes qui ne sont pas mariées, c'est-à-dire les personnes séparées, divorcées ou veuves, la préférence pour les parents apparaît nettement plus prononcée. Près de 90 % d'entre elles déclarent qu'elles aideraient prioritairement leurs parents, tant en Ontario (90,91 %) qu'au Québec (89,92 %), laissant une place très marginale aux beaux-parents.

TABLEAU 3.1.2 – Préférence déclarée pour les bénéficiaires potentiels de soins selon le statut matrimonial du proche aidant et la province

Bénéf. de soins	Ontario (%)		Québec (%)		Total (%)	
	Mariés	Non mariés	Mariés	Non mariés	Mariés	Non mariés
Parents	70,09 (560)	90,91 (140)	71,90 (550)	89,92 (107)	70,97 (1110)	90,48 (247)
Beaux-parents	29,91 (239)	9,09 (14)	28,10 (215)	10,08 (12)	29,03 (454)	9,52 (26)
Total (n)	799	154	765	119	1564	273

Source : Calculs de l’auteur à partir des données de l’Institut Retraite et Épargne.

Note : Les pourcentages sont calculés par colonne. Les nombres entre parenthèses indiquent les effectifs.

Cette différence importante reflète le rôle structurant du lien conjugal : lorsque le lien conjugal est actif, les obligations perçues s’étendent davantage à la belle-famille ; à l’inverse, en l’absence de ce lien, la solidarité intergénérationnelle se concentre principalement sur les parents. La forte similarité des profils observés entre l’Ontario et le Québec suggère enfin que ces dynamiques relèvent de normes familiales largement partagées.

3.2 Analyse empirique des préférences des répondants entre les bénéficiaires potentiels de soins

3.2.1 Présentation du modèle

Afin d’analyser empiriquement les déterminants susceptibles d’influencer la décision d’un proche aidant de privilégier ses parents plutôt que ses beaux-parents, nous estimons un modèle logistique binomial compte tenu de la nature dichotomique de la variable de préférence.

Le modèle s’écrit comme suit :

$$\log \left(\frac{P(Y_i = 1 \mid X_i, Z_j)}{P(Y_i = 0 \mid X_i, Z_j)} \right) = \beta_0 + \sum_{k=1}^p \beta_k X_{ki} + \sum_{m=1}^q \gamma_m Z_{mj},$$

avec :

- Y_i représente notre variable de préférence. Cette variable de préférence prend la valeur 1 lorsque l'aidant potentiel i indique qu'il choisirait ses parents, et 0 lorsque le choix se porte sur ses beaux-parents.
- X_{ki} correspond aux caractéristiques de l'aidant potentiel i ,
- Z_{mj} correspond aux caractéristiques des bénéficiaires potentiels de soins j ,
- β_k et γ_m captent respectivement l'effet des caractéristiques des aidants et des bénéficiaires potentiels sur la probabilité relative de choisir ses parents plutôt que ses beaux-parents comme bénéficiaires potentiels de soins,

où k et m sont des indices correspondant respectivement à l'aidant potentiel et le bénéficiaire potentiel.

Les paramètres du modèle sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblance, qui consiste à choisir les valeurs des coefficients maximisant la probabilité d'observer les choix effectués dans l'échantillon. La significativité globale du modèle est testée à l'aide du χ^2 de vraisemblance (test du rapport de vraisemblance), tandis que le pouvoir explicatif est résumé par le pseudo- R^2 fournissant une indication du degré d'ajustement relatif entre modèles.

L'interprétation directe des coefficients logistiques, exprimés en logarithmes de cotes, étant peu intuitive, les résultats sont présentés sous forme d'effets marginaux moyens (EMM). Ces effets traduisent, toutes choses égales par ailleurs, la variation moyenne de la probabilité de choisir ses parents (en points de pourcentage) associée à une unité de variation de chaque variable explicative. Cette approche facilite la comparaison des effets entre modèles et la mise en évidence des principaux déterminants du choix des aidants.

3.2.2 Choix des variables

Les variables retenues comme facteurs déterminants propres aux proches aidants (X_i) sont regroupées en quatre grandes catégories : ¹

1. En plus des variables retenues dans la spécification principale, nous avons estimé plusieurs modèles alternatifs intégrant d'autres facteurs susceptibles d'influencer la décision du proche aidant, notamment les préférences déclarées en matière de devoir filial et de responsabilité familiale, ainsi que la distance

1. *Caractéristiques sociodémographiques* : genre, âge, statut matrimonial, groupe ethnique et niveau d'éducation ;
2. *Caractéristiques économiques* : statut d'emploi, type d'horaire de travail et revenu ;
3. *Perceptions de l'aidant potentiel sur son état de santé* ;
4. *Perceptions des normes sociales, de l'altruisme et anticipation d'héritage* ;

L'ajout des variables de perceptions relatives aux normes sociales, à l'altruisme et aux anticipations d'héritage permet d'intégrer une dimension normative quant à la manière dont les individus se représentent leur rôle de proche aidant et définissent leurs obligations familiales, au-delà de leurs caractéristiques sociodémographiques, économiques et de santé. Ces variables enrichissent ainsi l'analyse en éclairant les motivations et les cadres normatifs qui sous-tendent les préférences déclarées en matière de soins.

Le Tableau 3.2.1 présente les statistiques descriptives relatives aux perceptions des proches aidants potentiels concernant les normes sociales, l'altruisme et les anticipations d'héritage. Afin de mesurer ces dimensions, les répondants ont été invités à indiquer leur degré d'accord sur une échelle ordinale à cinq modalités avec différentes affirmations portant sur la prise en charge des parents âgés. À titre d'illustration, ils devaient notamment se prononcer sur des énoncés tels que « *C'est la responsabilité de la famille de s'occuper des aînés lorsque cela est possible* » ou « *C'est le devoir des enfants de fournir à leurs parents des soins informels ou de contribuer financièrement à leurs soins de longue durée si le besoin s'en fait sentir* ». Près de 90 % des répondants estiment qu'il revient à la famille de prendre soin des parents en situation de dépendance, et environ 65 % considèrent que cette responsabilité incombe également aux enfants, une proportion légèrement plus élevée en Ontario qu'au Québec. L'altruisme apparaît également comme un déterminant central de l'engagement envers les aînés : près de 85 % des personnes interrogées se disent disposées à s'occuper elles-mêmes de leurs parents si nécessaire, avec un niveau d'adhésion un peu plus marqué en Ontario.

Les considérations patrimoniales ont été appréhendées à l'aide de deux scénarios hypothétiques successifs. Dans un premier temps, les répondants étaient invités à se

géographique entre le domicile du répondant et celui de la personne potentiellement aidée. Ces variables n'ont toutefois pas été conservées dans le modèle final, les effets estimés s'avérant peu robustes et sensibles aux spécifications retenues.

projeter dans une situation où ils ne pourraient pas fournir de soins à un parent et à indiquer comment, selon eux, cette impossibilité serait susceptible d'affecter l'héritage qu'ils anticiperaient recevoir. Il importe néanmoins de noter que l'effet estimé ne renvoie pas nécessairement à un mécanisme d'échange conditionnel, mais peut aussi refléter des attentes d'héritage non conditionnelles, associées à une préférence plus forte pour les parents. Dans un second temps, ils devaient supposer que ce même parent ne serait pas en mesure de leur laisser un héritage et préciser si cette absence d'héritage affecterait leur possibilité même de lui fournir des soins. Ces scénarios permettent d'évaluer le rôle perçu de l'héritage dans l'engagement envers les parents âgés, en distinguant les anticipations patrimoniales des contraintes déclarées sur la capacité à fournir des soins. Ainsi, un peu plus de la moitié des répondants (55,6 %) estiment que l'impossibilité de fournir des soins n'affecterait pas l'héritage anticipé, tandis que 44,4 % s'attendent à une diminution de l'héritage ou à une absence totale. Par ailleurs, l'idée d'apporter son soutien même en l'absence d'héritage recueille un consensus quasi unanime dans les deux provinces, près de 98 % des répondants affirmant qu'ils prendraient soin de leurs parents même si aucun héritage n'était envisagé. Le libellé complet des questions se trouve en Annexe B.

L'examen des perceptions selon le genre met en évidence des différences marquées dans l'adhésion aux normes de responsabilité familiale et d'altruisme. Si ces normes recueillent un fort consensus parmi l'ensemble des répondants, elles sont systématiquement plus intériorisées chez les hommes que chez les femmes, en particulier en ce qui concerne le devoir filial, comme le montre le Tableau C.0.1 en Annexe C.

TABLEAU 3.2.1 – Perceptions des répondants sur les normes sociales, l'altruisme et anticipation de l'héritage selon le lieu de résidence

Attitudes familiales	Ontario (%)	Québec (%)	Total (%)
Perceptions des normes sociales et de l'altruisme			
<i>Famille responsable des soins des aînés</i>			
En accord	89,40	89,71	89,55
En désaccord	7,56	7,92	7,73
Pas d'opinion	3,04	2,38	2,72
<i>Devoir des enfants de fournir des soins aux aînés</i>			
En accord	67,58	61,54	64,67
En désaccord	26,86	33,14	29,89
Pas d'opinion	5,56	5,32	5,44
<i>Prendre soin de ses parents âgés par altruisme</i>			
En accord	86,46	82,47	84,54
En désaccord	9,44	13,01	11,16
Pas d'opinion	4,09	4,52	4,30
Anticipation d'héritage			
<i>Impact sur héritage si impossibilité d'être aidant</i>			
Augmenterait/pas d'effet	59,18	51,81	55,63
Diminuerait/pas d'héritage	40,82	48,19	44,37
<i>Apporter son aide même sans héritage possible</i>			
Augmenterait/pas d'effet	97,90	98,08	97,99
Diminuerait/pas d'héritage	2,10	1,92	2,01
Nombre d'observations	916	921	1 837

Note : Les statistiques descriptives présentées dans ce tableau sont calculées sur l'échantillon restreint aux individus pour lesquels un arbitrage entre parents et beaux-parents est possible (excluant les personnes célibataires), soit 1 837 observations. Elles sont présentées dans ce chapitre, et non dans le chapitre consacré aux données, afin d'être cohérentes avec l'échantillon utilisé pour l'estimation du modèle.

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

Ces perceptions constituent des déterminants essentiels du choix de l'aidant, car elles renseignent sur les valeurs, normes et motivations susceptibles d'orienter sa décision entre ses parents et ses beaux-parents. Il convient toutefois de souligner que le carac-

tère déclaratif des questions peut conduire certains répondants à exprimer des intentions conformes aux normes sociales attendues, sans que celles-ci se traduisent nécessairement en comportements effectifs. Néanmoins, même déclaratives, ces perceptions demeurent informatives quant aux cadres normatifs et aux représentations qui structurent les arbitrages déclarés en matière de soins.

En ce qui concerne les facteurs déterminants propres aux bénéficiaires potentiels de soins (Z_j), nous avons retenu l'état de santé de ces derniers, tel que perçu par les aidants potentiels. Cette variable constitue l'un des indicateurs les plus pertinents du besoin anticipé de soutien, puisqu'elle reflète la manière dont le répondant perçoit la vulnérabilité du potentiel bénéficiaire de soins et, par conséquent, la probabilité qu'il mobilise ses ressources d'aide envers lui. Ces statistiques descriptives sont présentées dans le chapitre précédent consacré aux données.

3.3 Estimation et résultats

Afin de mesurer l'effet de chaque groupe de variables sur le choix des répondants, le modèle est estimé de manière séquentielle. Il intègre successivement cinq catégories de variables, correspondant aux caractéristiques sociodémographiques, économiques et de santé des aidants potentiels, aux perceptions normatives et altruistes, ainsi qu'à l'état de santé du bénéficiaire potentiel de soins. Cette approche permet de comparer les spécifications, d'identifier les effets propres de chaque groupe sur la probabilité de privilégier ses parents plutôt que ses beaux-parents, et d'évaluer la robustesse des coefficients à l'ajout progressif de nouveaux contrôles.

Le Tableau 3.3.1 présente les résultats obtenus de l'estimation de ces différents modèles. Quelle que soit la spécification retenue, le genre et le statut matrimonial sont significatifs, suggérant des différences structurelles dans les préférences de soins. Être une femme accroît significativement (au seuil de 1 %) la probabilité de privilégier ses parents plutôt que ses beaux-parents, avec un effet marginal moyen de 8,4 points de pourcentage.

Concernant l'effet de l'âge, être plus jeune augmente la probabilité d'aider ses parents plutôt que ses beaux-parents. En effet, comparativement aux aidants âgés de 45–49 ans, les personnes âgées de 50–53 ans présentent une probabilité réduite de 6,8 points,

et celles de 54–58 ans une probabilité réduite de 5 points de faire ce choix. Le statut matrimonial exerce un effet négatif significatif sur la préférence pour les parents comme bénéficiaires de soins : les personnes mariées ou en union de fait sont, toutes choses égales par ailleurs, de 18,7 points de pourcentage moins susceptibles de privilégier leurs parents par rapport aux personnes non mariées, et cet effet est statistiquement significatif au seuil de 1 %. En revanche, les variables, telles que l'appartenance ethnique, le niveau d'éducation ainsi que l'état de santé de l'aidant potentiel, ne montrent pas d'effet significatif.

Nous devons cependant noter ici que nous avons exclu de l'analyse, l'âge des parents ou des beaux-parents alors qu'ils auraient pu influencer nos résultats au travers de leurs besoins en soins. Toutefois, cette variable n'a pas été retenue dans les estimations en raison d'un nombre important de valeurs manquantes, dont l'inclusion aurait conduit à une réduction significative de la taille de l'échantillon et, par conséquent, de la puissance statistique des modèles. Ce mécanisme est néanmoins partiellement pris en compte à travers les variables relatives à l'état de santé et à l'espérance de vie anticipée des parents, qui capturent directement les besoins potentiels de soins. Les résultats doivent ainsi être interprétés en tenant compte de cette limite.

Par ailleurs, l'état de santé perçu du bénéficiaire potentiel de soins constitue un élément influent dans la décision des répondants. Lorsque l'état de santé est jugé passable ou mauvais, la probabilité que les parents soient choisis comme bénéficiaires principaux de soins augmente de 9,8 points de pourcentage, significatif au seuil de 1 %. À l'inverse, un état de santé évalué comme très bon réduit d'environ 4,6 points de pourcentage cette probabilité, cet effet étant faiblement significatif au seuil de 10 %.

Les variables économiques, telles que le type d'emploi (salarié ou travailleur indépendant), le statut d'emploi (temps plein ou temps partiel) et le revenu, ne sont pas significatives.

Enfin, l'ajout des variables de perceptions relatives aux normes sociales, à l'altruisme et aux anticipations d'héritage n'altère pas substantiellement les effets des caractéristiques individuelles, mais permet d'identifier des déterminants supplémentaires liés aux anticipations de réciprocité, en particulier celles associées à l'héritage. Ces effets ne doivent

toutefois pas être interprétés uniquement comme le reflet de mécanismes de réciprocité, puisqu'ils peuvent également traduire des attentes d'héritage non conditionnelles ou une proximité affective différenciée entre parents et beaux-parents. L'adhésion à l'idée que l'aide informelle repose sur une motivation altruiste n'exerce toutefois aucun effet statistiquement significatif sur le choix des parents plutôt que des beaux-parents comme bénéficiaires principaux de soins. En revanche, les anticipations liées à l'héritage jouent un rôle substantiel : les aidants potentiels qui estiment que le fait de ne pas pouvoir fournir de soins augmenterait l'héritage ou n'aurait aucun effet sur celui-ci présentent une probabilité accrue d'environ 13 points de pourcentage de privilégier leurs parents plutôt que leurs beaux-parents, cet effet étant statistiquement significatif au seuil de 1 %.

TABLEAU 3.3.1 – Préférence pour aider ses parents plutôt que ses beaux-parents en cas de perte d'autonomie

Variables explicatives	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variables socio-démographiques des aidants potentiels					
Genre					
Femme	0,093*** (0,020)	0,098*** (0,021)	0,098*** (0,021)	0,084*** (0,021)	0,084*** (0,021)
Âge des aidants par groupe (réf : 45 - 49 ans)					
50 - 53 ans	-0,064*** (0,025)	-0,064** (0,025)	-0,063** (0,025)	-0,065*** (0,025)	-0,068*** (0,024)
54 - 58 ans	-0,048** (0,024)	-0,049** (0,024)	-0,048** (0,024)	-0,049** (0,024)	-0,050** (0,024)
Statut matrimonial (réf : non marié)					
Marié / Conjoint de fait	-0,187*** (0,022)	-0,188*** (0,022)	-0,188*** (0,022)	-0,186*** (0,022)	-0,187*** (0,022)
Groupe ethnique (réf : Blancs)					
Minorités visibles	-0,007 (0,027)	-0,009 (0,027)	-0,007 (0,027)	-0,005 (0,027)	-0,015 (0,027)
Autochtones et autres	0,018 (0,051)	0,014 (0,052)	0,017 (0,051)	0,009 (0,052)	0,015 (0,051)
Niveau d'éducation (réf : inf. au Secondaire)					
Secondaire	-0,114 (0,080)	-0,111 (0,078)	-0,107 (0,080)	-0,103 (0,080)	-0,092 (0,082)
Sup. au Secondaire	-0,119 (0,077)	-0,126 (0,076)	-0,124 (0,077)	-0,121 (0,078)	-0,114 (0,080)
Variables économiques des aidants potentiels					
Statut d'emploi (réf : Non salarié)					
Salarié		-0,029 (0,031)	-0,024 (0,031)	-0,018 (0,031)	-0,015 (0,031)
Travail à temps plein (réf : non)					
Oui		0,0005 (0,029)	0,001 (0,029)	0,006 (0,029)	0,011 (0,029)
Revenu des aidants en terciles (réf : Premier tercile)					
Deuxième tercile		0,0004 (0,026)	-0,0005 (0,026)	-0,005 (0,026)	-0,006 (0,026)
Troisième tercile		0,034 (0,026)	0,028 (0,027)	0,023 (0,027)	0,021 (0,026)
Variables de santé des aidants potentiels (réf : Très bonne)					
Passable & mauvaise			-0,019 (0,041)	0,015 (0,038)	0,024 (0,038)
Bonne			-0,034 (0,024)	-0,008 (0,024)	-0,003 (0,024)
Excellente			0,006 (0,028)	-0,009 (0,029)	-0,015 (0,029)
Variables de santé des personnes potentiellement aidées (réf : Bonne)					
Passable & mauvaise				0,104*** (0,024)	0,098*** (0,024)
Très bonne				-0,048* (0,027)	-0,046* (0,026)
Excellente				-0,081* (0,044)	-0,066 (0,042)
Perceptions des normes sociales et de l'altruisme des aidants potentiels					
L'altruisme comme motivation de l'aide informelle (réf : En désaccord)					
En accord					0,046 (0,032)
Pas d'opinion					0,007 (0,058)
Effet de ne pas pouvoir fournir de soins sur l'héritage (réf :Diminuerait l'héritage / Pas d'héritage)					
Augmenterait l'héritage/Aucun effet					0,129*** (0,020)
Anticiper l'absence d'héritage sur la volonté d'aider (réf : Diminuerait la volonté / Pas de soins)					
Augmenterait / Aucun changement					0,078 (0,073)
Nombre d'observations	1837	1803	1803	1803	1803

Note : Erreurs types entre parenthèses ; les coefficients sont des effets marginaux moyens *** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,10.

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

3.4 Tests de robustesse et validation des résultats

Afin de vérifier la robustesse des résultats issus du modèle principal et d'en évaluer la sensibilité à des spécifications alternatives, plusieurs tests de robustesse ont été réalisés. Ces analyses visent à examiner si les déterminants identifiés - en particulier l'effet du genre sur le choix du bénéficiaire principal de soins - demeurent stables lorsque l'on modifie la structure du modèle ou la définition de certaines variables explicatives.

Les tests de robustesse présentés ci-dessous s'inscrivent dans une logique de validation progressive des résultats. Ils portent à la fois sur l'introduction de spécifications alternatives concernant les attitudes individuelles et sur des redéfinitions des variables économiques, notamment le revenu et l'épargne, afin d'évaluer si les conclusions demeurent inchangées lorsque l'on mobilise différentes mesures de la capacité financière des aidants potentiels. Chaque sous-section examine une dimension spécifique de cette robustesse.

3.4.1 Interaction entre le genre et les attitudes altruistes

Ce premier test de robustesse introduit une interaction entre le genre et les attitudes altruistes et vise à examiner si l'effet du genre sur le choix du bénéficiaire principal de soins pourrait être modulé par les attitudes altruistes déclarées. Plus précisément, il s'agit de vérifier si les écarts observés entre hommes et femmes dans la probabilité de privilégier leurs parents plutôt que leurs beaux-parents sont susceptibles de varier selon le degré d'adhésion à l'idée que l'aide informelle repose sur des motivations altruistes.

Le Tableau C.0.2, présenté en Annexe C, présente des probabilités prédites issues d'un modèle logistique intégrant une interaction entre le genre et les attitudes altruistes. Ces probabilités correspondent à la probabilité estimée de privilégier ses parents comme bénéficiaires de soins, toutes choses égales par ailleurs, pour chaque combinaison de genre et de niveau d'attitude altruiste.

Les résultats montrent que les variations associées aux attitudes altruistes sont de faible amplitude et ne modifient pas substantiellement les préférences déclarées, tant chez les hommes que chez les femmes. En revanche, à chaque niveau d'altruisme, les femmes présentent systématiquement une probabilité plus élevée que les hommes de privilégier

leurs parents. L'écart de genre est particulièrement marqué parmi les individus en désaccord avec l'idée d'altruisme, mais demeure présent dans l'ensemble des catégories. Ce test de robustesse indique ainsi que les différences de genre observées dans le modèle principal persistent indépendamment des attitudes altruistes déclarées, et ne s'expliquent donc pas par des différences de normes altruistes.

3.4.2 Robustesse aux spécifications alternatives du revenu et de l'épargne

Dans un second temps, nous avons évalué la robustesse des résultats en modifiant la définition des variables économiques, en particulier le revenu et l'épargne, afin de vérifier que l'absence d'effet observée ne soit pas imputable à la présence de valeurs extrêmes ou au choix des seuils de catégorisation. Dans les spécifications de base, le revenu individuel est considéré sur une distribution comprise entre 1 000 \$ et 500 000 \$, ce qui permet d'exclure les valeurs atypiques situées aux extrémités de la distribution. Les terciles de revenu sont ensuite recalculés sur cet échantillon restreint pour chacune des spécifications estimées.

Dans une première spécification, la distribution du revenu est définie entre 5 000 \$ et 200 000 \$, et les terciles sont recalculés sur l'échantillon correspondant, qui comprend 1 736 observations (Tableau C.0.3, Annexe C). Une deuxième spécification adopte un seuil inférieur plus élevé, en retenant uniquement les revenus supérieurs à 10 000 \$ tout en conservant le même plafond de 200 000 \$, ce qui conduit à un échantillon légèrement réduit de 1 716 observations (Tableau C.0.4, Annexe C). Enfin, une troisième spécification définit le revenu entre 30 000 \$ et 300 000 \$, et repose sur un échantillon de 1 638 observations (Tableau C.0.5, Annexe C). Malgré la réduction progressive de la taille de l'échantillon, les résultats demeurent remarquablement stables : les principaux déterminants du choix du bénéficiaire potentiel de soins conservent leur signe et leur significativité statistique, tandis que le revenu, quelle que soit la définition retenue, n'exerce aucun effet statistiquement significatif sur la probabilité de privilégier ses parents plutôt que ses beaux-parents.

Nous avons également estimé une spécification alternative dans laquelle le revenu est introduit sous forme logarithmique, en considérant un revenu minimum de 30 000 \$ et maximum de 300 000 \$, afin de limiter l'influence des valeurs extrêmes tout en conser-

vant l'information continue. Les résultats correspondants, présentés au Tableau C.0.6 en Annexe C, confirment l'absence d'effet direct du revenu sur le choix du bénéficiaire de soins. Cette spécification met toutefois en évidence une sensibilité marginale de l'effet de l'état de santé du parent potentiel : un état de santé jugé excellent, auparavant non significatif, est désormais associé à une diminution de la probabilité de privilégier ses parents, significative au seuil de 10 %.

Enfin, la variable de revenu est remplacée par l'épargne afin de tester la robustesse des résultats à une mesure alternative de la situation économique des répondants. Deux définitions successives des terciles d'épargne sont retenues. La première est construite à partir de l'ensemble des observations disponibles, sans application de seuils explicites (Tableau C.0.7, Annexe C). La seconde repose sur une définition plus restrictive, excluant les observations correspondant à une épargne inférieure à 1 000 \$ ou supérieure à 1 000 000 \$, ce qui conduit à une réduction de la taille de l'échantillon à 1 578 observations (Tableau C.0.8, en Annexe C). Les résultats de ces deux tableaux confirment la robustesse des estimations. Les principaux déterminants conservent leur ampleur et leur significativité, tandis que les variables d'épargne, quelle que soit la définition retenue, ne peuvent expliquer la préférence pour les parents plutôt que les beaux-parents.

3.5 Synthèse des résultats

Ce chapitre met en évidence que le choix du bénéficiaire principal de soins s'inscrit avant tout dans des mécanismes relationnels et normatifs, plutôt que dans une logique de contraintes économiques. Le genre apparaît comme le déterminant le plus robuste : à caractéristiques comparables, les femmes sont systématiquement plus susceptibles que les hommes de privilégier leurs parents plutôt que leurs beaux-parents. Ce résultat s'inscrit dans les cadres théoriques soulignant la spécialisation genrée des rôles familiaux, selon lesquels les femmes demeurent les principales pourvoyeuses de soins informels en raison de normes sociales persistantes associant le soutien aux aînés à une responsabilité féminine.

L'âge et le statut matrimonial influencent également cet arbitrage. Être plus âgé réduit la probabilité de choisir ses parents, suggérant un rééquilibrage progressif des responsabilités d'aide au sein des générations, tandis que le fait d'être marié ou en union de

fait diminuer significativement cette probabilité, traduisant l'importance des engagements conjugaux et des obligations envers la belle-famille dans la structuration des décisions d'aide. Ces résultats sont cohérents avec les approches théoriques mettant en avant la négociation intrafamiliale et la répartition implicite des responsabilités d'aide au sein des réseaux familiaux élargis.

Par ailleurs, l'état de santé perçu du parent constitue un déterminant central du choix du bénéficiaire, confirmant que les préférences déclarées ne relèvent pas uniquement de normes abstraites, mais intègrent une évaluation concrète des besoins anticipés. Ce résultat s'inscrit dans les modèles économiques de la demande de soins informels, selon lesquels l'offre d'aide familiale augmente avec la gravité perçue de la dépendance, indépendamment des ressources financières de l'aidant.

À l'inverse, l'absence d'effet du revenu et de l'épargne, y compris après de multiples tests de robustesse, suggère que l'arbitrage entre parents et beaux-parents ne s'effectue pas principalement sur la base de contraintes budgétaires. En revanche, les anticipations liées à l'héritage influencent significativement ce choix. Ce qui est cohérent avec les modèles d'échange intergénérationnel, dans lesquels la solidarité familiale est partiellement structurée par des attentes de réciprocité différée, tout en pouvant également traduire des attentes d'héritage non conditionnelles ou une préférence affective plus marquée envers les parents. Loin de contredire l'altruisme, ces mécanismes traduisent un équilibre entre normes morales, liens affectifs et considérations stratégiques au sein des familles.

Dans l'ensemble, ces résultats confirment que les préférences déclarées en matière de soins de longue durée s'inscrivent dans une logique où les normes de genre, la structure des relations familiales et l'évaluation des besoins priment sur les contraintes économiques directes, tout en étant traversées par des mécanismes d'échange implicite propres aux relations intergénérationnelles.

CHAPITRE IV

PRÉFÉRENCE POUR UN TYPE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Dans cette section, nous étudierons les facteurs associés aux préférences déclarées des proches aidants potentiels quant au type de soins de longue durée qu'un parent ou beau-parent pourrait recevoir un parent ou un beau-parent en situation de perte d'autonomie.

Lors de l'enquête, les répondants étaient invités à se projeter dans un scénario hypothétique où un proche âgé aurait besoin d'aide pour ses activités de la vie quotidienne (AVQ). Ils devaient alors répartir dix balles entre trois modalités de prise en charge ; l'ensemble des balles devant obligatoirement être utilisées, chaque balle représentant une probabilité relative déclarée (mesure subjective) associée à chaque situation, selon la consigne suivante : « *Supposez que la personne préférée comme bénéficiaire potentiel de soins a besoin d'aide dans ses activités de la vie quotidienne. Quel type de soins pensez-vous qu'il ou elle va recevoir ?* »

Les modalités proposées étaient les suivantes : (i) des soins à domicile principalement assurés par la famille ou les proches ; (ii) des soins à domicile principalement assurés par des professionnels ; et (iii) des soins en CHSLD.¹

À partir de cette répartition, nous construisons une variable de préférence pour le type de soins de longue durée, utilisée comme variable dépendante dans l'analyse économétrique présentée dans ce chapitre. La modalité recevant le plus grand nombre de balles est retenue comme le choix principal du répondant, ce qui permet d'identifier une préfé-

1. Le sigle CHSLD désigne les centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec et les foyers de soins de longue durée en Ontario

rence dominante à partir des probabilités subjectives déclarées. L'objectif est d'identifier les caractéristiques des aidants potentiels et des bénéficiaires susceptibles d'influencer la préférence relative entre soins familiaux à domicile, soins professionnels à domicile et soins en établissement. Comme pour le chapitre précédent, nous présentons d'abord une analyse descriptive des préférences déclarées, avant d'examiner les résultats du modèle logit multinomial.

4.1 Analyse descriptive des préférences des répondants entre les différents types de soins de longue durée

Comme pour le chapitre précédent, l'échantillon initial comprend 2 300 répondants. L'analyse des préférences pour le type de soins de longue durée repose sur l'ensemble des individus pour lesquels une allocation valide des dix balles a été observée. À partir de cette répartition entre les trois modalités proposées, la préférence principale est définie comme le type de soins ayant recueilli le plus grand nombre de balles. Lorsque deux modalités obtiennent un nombre identique de balles, correspondant au maximum, la situation est interprétée comme une préférence partagée, traduisant une indifférence entre ces deux formes de prise en charge.

Enfin, bien que la consigne recommande explicitement l'allocation de dix unités entre les trois modalités, le questionnaire permettait aux répondants de passer à la question suivante même lorsque toutes les unités n'étaient pas allouées, après l'affichage d'un message de rappel. Dans ce contexte, quelques situations atypiques ont été observées dans les données. Quatre répondants (0,17 %) ont attribué des scores strictement identiques aux trois options : trois ont alloué zéro unité à chacune d'elles, ce qui correspond à une absence de réponse aux scénarios proposés, tandis qu'un répondant a attribué une unité à chaque modalité, révélant soit une perception très faible et équivalente de probabilité, soit une mauvaise compréhension de la question. Ces observations, qui ne respectent pas la logique d'arbitrage attendue, ont été exclues des analyses principales.

Dans l'échantillon, 74,13 % des répondants expriment une préférence stricte pour un type de soins de longue durée, tandis que 25,70 % manifestent une préférence partagée entre deux modalités. Les préférences strictes, comme les préférences partagées font l'objet d'une analyse descriptive dans ce chapitre. En revanche, l'analyse économétrique

principale présentée à la Section 4.2 repose exclusivement sur les répondants ayant exprimé une préférence stricte.

Le Tableau 4.1.1 présente la distribution des préférences déclarées pour le type de soins de longue durée parmi les répondants ayant exprimé une préférence claire. Près de la moitié d'entre eux (49,79 %) privilégient les CHSLD, qui constituent l'option la plus fréquemment retenue tant en Ontario qu'au Québec. Les soins à domicile principalement assurés par la famille arrivent en deuxième position, représentant 29,27 % des préférences, avec une proportion plus élevée en Ontario qu'au Québec. Les soins à domicile avec assistance professionnelle constituent le choix le moins fréquent (20,94 %), bien qu'ils soient relativement plus souvent privilégiés au Québec (23,30 %) qu'en Ontario (18,39 %).

TABLEAU 4.1.1 – Répartition des préférences claires pour le type de soins de longue durée selon la province

Type de soins	Ontario (%)	Québec (%)	Total (%)
Choix clairs	71,45 (821)	76,80 (884)	74,13 (1705)
Choix clairs détaillés			
Domicile : soins familiaux	32,76	26,02	29,27
Domicile : soins professionnels	18,39	23,30	20,94
Soins en CHSLD	48,84	50,68	49,79

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

Le Tableau 4.1.2 présente la répartition des préférences partagées entre deux types de soins de longue durée selon la province de résidence. Parmi les répondants concernés, 39,26 % répartissent leurs balles de manière équivalente entre les soins à domicile avec assistance professionnelle et les soins en établissement, 32,49 % entre les soins familiaux à domicile et les soins professionnels à domicile, et 28,26 % entre les soins familiaux à domicile et les soins en établissement.

TABEAU 4.1.2 – Répartition des préférences partagées entre deux types de soins selon la province

Types de soins en égalité	Ontario (%)	Québec (%)	Total (%)
Préférences partagées	28,29 (325)	23,11 (266)	25,70 (591)
Préférences partagées détaillées			
Soins familiaux = soins professionnels	30,77	34,59	32,49
Soins familiaux = soins en CHSLD	24,31	33,08	28,26
Soins professionnels = soins en CHSLD	44,92	32,33	39,26

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

4.2 Analyse empirique des préférences des répondants entre les différents types de soins de longue durée

4.2.1 Présentation du modèle

Afin d'analyser empiriquement les déterminants susceptibles d'influencer la décision du répondant de privilégier un type de soins de longue durée, nous estimons un modèle de régression logistique multinomiale, extension du modèle logistique binaire adaptée à une variable dépendante comportant plusieurs catégories non ordonnées. La variable dépendante considérée notée, Y_i , correspond au type de soins de longue durée privilégié par l'aidant potentiel i et comporte trois modalités : *soins familiaux à domicile*, *soins à domicile avec assistance professionnelle*, et *soins en CHSLD*.

Le modèle repose sur l'hypothèse d'indépendance des alternatives pertinentes (IAP), selon laquelle le ratio des probabilités associées à deux alternatives est indépendant de la présence d'une troisième. Bien que cette hypothèse puisse être formellement testée à l'aide de procédures telles que les tests de Hausman-McFadden ou de Small-Hsiao, elle est retenue ici de manière conventionnelle, comme dans de nombreuses applications empiriques portant sur les préférences en matière de soins de longue durée.²

2. Le test de Hausman-McFadden évalue l'hypothèse d'indépendance des alternatives pertinentes (IAP) en comparant les coefficients du modèle complet à ceux obtenus après exclusion d'une alternative, tandis que le test de Small-Hsiao compare les probabilités prédites entre sous-ensembles d'alternatives. Ces tests peuvent toutefois être sensibles à la spécification du modèle, à la taille de l'échantillon et

Cette hypothèse demeure raisonnablement acceptable dans le contexte de cette analyse, les alternatives considérées correspondant à des configurations distinctes de prise en charge : les soins familiaux à domicile et les soins à domicile avec assistance professionnelle diffèrent par leur intensité et leur structure de coûts, tandis que le recours à CHSLD constitue une rupture avec le maintien à domicile.

La spécification du modèle est donnée par :

$$\log \left(\frac{P(Y_i = c \mid X_i, Z_j)}{P(Y_i = 0 \mid X_i, Z_j)} \right) = \beta_{0c} + \sum_{k=1}^p \beta_{kc} X_{ki} + \sum_{m=1}^q \gamma_{mc} Z_{mj}, \quad \forall c \in \{1, 2\}$$

avec :

- Y_i représente la variable de préférence pour le type de soins de longue durée exprimée par l'aidant potentiel i ;
- X_i correspond aux caractéristiques de l'aidant potentiel i , telles que ses caractéristiques sociodémographiques, économiques et de santé ;
- Z_j correspond aux caractéristiques du bénéficiaire potentiel de soins j , telles qu'envisagées par le répondant. Chaque aidant potentiel est associé à un bénéficiaire potentiel unique, de sorte que les variables Z_{mj} sont définies au niveau du proche aidé considéré ;
- les coefficients β_{kc} et γ_{mc} captent respectivement l'effet des caractéristiques de l'aidant potentiel et du bénéficiaire potentiel sur la probabilité relative de privilégier la modalité de soins c plutôt que la catégorie de référence.

où k et m sont des indices correspondant respectivement aux variables liées à l'aidant potentiel et du bénéficiaire potentiel de soins.

La modalité *soins familiaux à domicile* est retenue comme catégorie de référence ($Y_i = 0$), tandis que les modalités $c = 1$ et $c = 2$ correspondent respectivement aux *soins à domicile avec assistance professionnelle* et aux *soins en établissement (CHSLD)*.

L'estimation est effectuée par maximum de vraisemblance, et les résultats sont présentés sous forme de rapports de risque relatif (RRR), obtenus en prenant l'exponentielle

présenter des problèmes de stabilité numérique.

des coefficients du modèle. Le RRR mesure le changement multiplicatif de la probabilité relative de choisir une modalité plutôt qu'une autre pour une variation d'une unité de la variable explicative. Un RRR supérieur à 1 indique une augmentation du rapport de probabilités de choisir la modalité considérée par rapport à la catégorie de référence ; un RRR égal à 1 correspond à une absence d'effet.

La significativité des coefficients est appréciée selon deux critères complémentaires : (i) la p-valeur du rapport de risque relatif (RRR) doit être inférieure aux seuils usuels (** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$) ; (ii) l'intervalle de confiance à 95 % du RRR ne doit pas inclure 1, ce qui correspond à l'absence d'effet.

4.2.2 Choix des variables

La sélection des variables explicatives repose sur la même logique que celle présentée dans le chapitre précédent. Les préférences des répondants pour un type de soins de longue durée sont modélisées en fonction des caractéristiques des proches aidants potentiels (X_i) et de celles des bénéficiaires potentiels de soins (Z_j). Plusieurs variables additionnelles ont également été testées dans des spécifications alternatives, mais n'ont pas été retenues dans le modèle final en raison de leur faible robustesse.³

Les caractéristiques des proches aidants potentiels (X_i) reprises dans ce chapitre correspondent essentiellement à celles mobilisées dans la sous-section 3.2.2, soit les caractéristiques sociodémographiques (genre, âge, statut matrimonial et niveau d'éducation), les caractéristiques économiques (type d'horaire de travail et épargne) ainsi que l'état de santé déclaré de l'aidant. Les caractéristiques des bénéficiaires potentiels de soins (Z_j) incluent, comme précédemment, les variables de santé du proche aidé telles qu'évaluées par le répondant.

Par rapport au modèle du chapitre III, ce chapitre intègre une variable supplé-

3. Parmi les variables explorées figurent notamment la durée anticipée des besoins d'aide dans les AVQ, l'âge possible de retraite du répondant ainsi que son revenu annuel au moment de l'enquête, la connaissance des institutions de soins de longue durée et celle des programmes de soutien aux personnes proches aidantes. Les effets estimés pour ces variables se sont révélés sensibles aux spécifications et peu robustes.

mentaire décrivant les perceptions des répondants quant à l'espérance de vie restante du bénéficiaire potentiel de soins. Cette variable est intégrée parmi les caractéristiques du bénéficiaire potentiel de soins (Z_j) dans le modèle logit multinomial. Elle vise à refléter l'horizon anticipé de la prise en charge, dans la mesure où une espérance de vie perçue comme courte ou prolongée est susceptible d'influencer l'évaluation de la durée et de l'intensité de l'engagement attendu, et ainsi les préférences déclarées en matière de soins.

L'espérance de vie anticipée du bénéficiaire potentiel est construite à partir des probabilités subjectives de survie à cinq ans et à quinze ans déclarées par les répondants à différents horizons temporels. Plus précisément, les répondants étaient invités à indiquer la probabilité que le proche aidé soit encore en vie à cinq ans et à quinze ans. Ces informations sont ensuite combinées afin de définir quatre catégories ordinales d'espérance de vie anticipée. Lorsque la probabilité de survie à cinq ans est jugée élevée (au moins 75 %), l'espérance de vie anticipée est ensuite différenciée en fonction de la probabilité de survie à quinze ans. Une probabilité de survie à quinze ans faible (inférieure à 50 %) correspond à une espérance de vie courte, une probabilité modérée (entre 50 % et 84 %) à une espérance de vie moyenne, et une probabilité élevée (au moins 85 %) à une espérance de vie longue. En revanche, lorsque la probabilité de survie à cinq ans est inférieure à 75 %, l'espérance de vie anticipée est classée dans la catégorie faible. Cette classification vise à traduire de manière simple la durée anticipée de la prise en charge et à examiner son rôle potentiel dans la formation des préférences en matière de soins.

Le Tableau 4.2.1 présente la distribution des perceptions des répondants quant à l'espérance de vie restante du bénéficiaire potentiel. Près d'un tiers des répondants anticipent une espérance de vie moyenne, soit entre 5 et 15 ans. Environ un quart des répondants (25,8 %) estiment que leurs parents ou beaux-parents pourraient ne pas dépasser cinq ans, tandis que 20,0 % envisagent une espérance de vie excédant 15 ans.⁴

4. Selon Statistique Canada (2023), l'espérance de vie à 65 ans atteignait en moyenne, entre 2021 et 2023, 20,79 ans au Québec et 21,05 ans en Ontario.

TABLEAU 4.2.1 – Distribution des perceptions de l’espérance de vie du bénéficiaire potentiel selon la province

Perception de l’espérance de vie	Ontario (en %) n = 821	Québec (en %) n = 884	Total (en %) n = 1 705
Faible	25,21	26,36	25,81
Courte	21,68	20,81	21,23
Moyenne	33,50	32,47	32,96
Longue	19,61	20,36	20,00
Total	821	884	1705

Note : L’espérance de vie anticipée est construite à partir des probabilités subjectives de survie entre cinq et quinze ans. Une espérance de vie est dite *faible* lorsque la probabilité de survie à cinq ans est inférieure à 75 %. Lorsque la survie à cinq ans est au moins de 75 %, l’espérance de vie est qualifiée de *courte* si la probabilité de survie à quinze ans est inférieure à 50 %, de *moyenne* si elle est comprise entre 50 % et 84 %, et de *longue* si elle est au moins égale à 85 %.

Source : Calculs de l’auteur à partir des données de l’Institut Retraite et Épargne.

Le Tableau D.0.1 en Annexe D met en évidence un décalage marqué entre l’état de santé déclaré des parents ou beaux-parents et l’espérance de vie anticipée par les répondants. Parmi les proches pour lesquels la probabilité de survie à cinq ans est jugée inférieure à 75 %, une large majorité est néanmoins décrite comme étant en très bon ou excellent état de santé. À l’inverse, lorsque l’espérance de vie anticipée est plus longue, la distribution de l’état de santé se déplace vers des catégories plus intermédiaires, les états de santé bon ou assez bon devenant prédominants.

Ces résultats suggèrent que l’anticipation de la durée de vie ne repose pas exclusivement sur l’état de santé déclaré du bénéficiaire potentiel, mais intègre d’autres éléments perçus par les répondants, tels que l’âge ou la trajectoire de santé passée. L’espérance de vie anticipée apparaît ainsi comme une dimension distincte, mais complémentaire de l’état de santé du proche aidé évalué par le répondant, ce qui justifie leur inclusion conjointe dans l’analyse économétrique.

4.3 Résultats de l'analyse

Le modèle principal est estimé sur un échantillon de 1 705 observations correspondant aux préférences strictes pour un type de soins. Les résultats du Tableau 4.3.1 indiquent que le pouvoir explicatif global du modèle demeure limité ($LR \chi^2(36) = 38,70$, $p = 0,3489$) et qu'il explique une part limitée de la variance (pseudo- $R^2 = 0,011$). Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du faible pouvoir explicatif global. L'analyse se concentre donc sur les déterminants présentant des effets statistiquement significatifs et conceptuellement cohérents.

Pour la catégorie des soins à domicile avec assistance professionnelle, un seul déterminant ressort de manière robuste. Les répondants occupant un emploi à temps plein sont significativement plus susceptibles de privilégier l'aide professionnelle à domicile plutôt que les soins exclusivement familiaux, au seuil de 5 %. Ce résultat suggère que les contraintes de temps associées à l'activité professionnelle orientent les préférences vers une solution mixte reposant sur l'intervention de professionnels. Ce résultat peut également refléter des contraintes financières, dans la mesure où les individus en emploi à temps plein disposent généralement de ressources économiques plus élevées, facilitant le recours à des services professionnels. L'effet observé peut ainsi traduire un arbitrage conjoint entre contraintes de temps et capacité financière.

S'agissant des soins en CHSLD, l'anticipation d'une espérance de vie moyenne ou longue du parent accroît significativement la probabilité de privilégier ce type de prise en charge, au seuil de 5 %. Une prise en charge perçue comme durable semble ainsi favoriser le recours à une solution institutionnelle, possiblement en raison de la charge émotionnelle et physique associée à un engagement prolongé dans le temps.

Pour les deux catégories de soins considérées, les autres variables explicatives ne présentent pas d'effet statistiquement significatif une fois l'ensemble des contrôles pris en compte. Les variables économiques, et en particulier le niveau d'épargne de l'aidant potentiel, ne sont pas associées de manière significative au choix du type de soins de longue durée. Les coefficients associés au niveau d'éducation présentent des rapports de risque relatifs élevés et s'accompagnent d'erreurs standards importantes, indiquant une forte imprécision des estimations. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

TABLEAU 4.3.1 – Résultats du modèle logistique multinomial — Choix du type de soins (RRR)

Variables explicatives	Domicile : Soins professionnels		CHSLD	
	RRR	Erreur. std	RRR	Erreur. std
Caractéristiques sociodémographiques				
Femme	0,964	(0,138)	1,160	(0,135)
Âge (réf. : 45–49 ans)				
50–53 ans	0,886	(0,153)	0,883	(0,126)
54–58 ans	0,768	(0,134)	0,878	(0,124)
Marié-e/conjoint-e de fait (réf. : Non)				
Oui	1,237	(0,190)	1,204	(0,149)
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)				
Secondaire	4,510	(4,961)	1,491	(0,843)
Supérieur au sec.	4,129	(4,498)	1,187	(0,655)
Santé de l'aidant (réf. : très bonne)				
Passable/faible	1,009	(0,284)	1,277	(0,291)
Bonne	0,899	(0,155)	1,197	(0,167)
Excellente	0,871	(0,168)	0,991	(0,157)
Santé du parent (réf. : bonne)				
Passable/faible	1,155	(0,212)	1,143	(0,171)
Très bonne	0,904	(0,169)	0,997	(0,150)
Excellente	1,213	(0,361)	0,991	(0,256)
Situation économique				
Temps plein (réf. : Non)				
Oui	1,485**	(0,289)	1,243	(0,187)
Épargne (réf. : premier tercile)				
Deuxième tercile	0,956	(0,166)	1,130	(0,159)
Troisième tercile	1,001	(0,178)	1,044	(0,152)
Espérance de vie du parent (réf. : survie à 5 ans < 75%)				
Courte : 5–15 ans (peu probable >15 ans)	1,036	(0,212)	1,157	(0,197)
Moyenne : >15 ans (mod. probable)	1,074	(0,214)	1,414**	(0,232)
Longue : probable >15 ans	0,939	(0,228)	1,474**	(0,288)
Constante	0,126*	(0,143)	0,697	(0,428)
Statistiques du modèle				
Chi ² du modèle (36 ddl) : 38,70	Prob > Chi ² : 0,3489			
Log-vraisemblance : –1743,9551	Pseudo R ² : 0,0110			
Nombre d'observations : 1 705				

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

Note : La catégorie de référence de la variable dépendante est « *Domicile : soins familiaux* ».

Note : Les rapports de risque relatifs (RRR) sont interprétés relativement à cette modalité.

Note : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$

4.4 Test de robustesse et validation des résultats

4.4.1 Modèle intégrant les préférences reclassées

Afin de vérifier la robustesse des résultats du modèle principal, nous estimons une spécification alternative permettant d’inclure les situations de préférences partagées entre deux types de soins de longue durée. Deux procédures de reclassement des choix déclarés sont considérées. La méthodologie utilisée est présentée en détail à l’Annexe E.

Le recours à deux reclassements distincts répond à des objectifs analytiques complémentaires. Le premier reclassement vise à distinguer les préférences selon le lieu et le mode de prise en charge (domicile versus CHSLD), tout en tenant compte des situations d’hésitation entre ces deux options. Il permet d’examiner si les déterminants identifiés dans le modèle principal demeurent robustes lorsque les préférences identiques entre domicile et CHSLD sont explicitement intégrées.

Le second reclassement repose sur une logique différente, centrée sur le degré de formalisation des soins. En regroupant les soins professionnels à domicile et les soins en établissement dans une même catégorie formelle, il vise à tester si nos résultats sont sensibles à une distinction plus conceptuelle entre soins informels, assurés par la famille, et soins formels, reposant sur des intervenants professionnels ou institutionnels.

Pris ensemble, ces deux reclassements permettent d’évaluer la robustesse des résultats selon deux dimensions clés de l’organisation des soins de longue durée - le lieu de prise en charge et le degré de formalité - et de vérifier que les mécanismes mis en évidence ne dépendent pas d’une catégorisation particulière de la variable dépendante.

La première procédure repose sur une hiérarchisation des modalités selon le degré d’institutionnalisation des soins, et regroupe les choix en trois catégories : *Domicile* (que les soins soient dispensés par la famille ou des professionnels), *CHSLD* et *Indifférent*. Les égalités parfaites sont exclues de l’analyse. Ce reclassement élargit l’échantillon à 2 296 observations et constitue un test de robustesse portant sur la définition de la variable dépendante. La distribution des préférences reclassées, présentée au Tableau E.0.1 en Annexe E, demeure proche de celle observée dans l’échantillon principal, avec une prédominance des préférences pour les soins à domicile, suivis des soins en CHSLD, puis des

situations d'indifférence.

Les résultats du modèle de robustesse présentés dans le Tableau E.0.3 en Annexe E confirment les mécanismes centraux mis en évidence dans le modèle principal. En particulier, les éléments liés à l'horizon temporel de la prise en charge demeurent déterminants : une espérance de vie anticipée moyenne ou longue accroît significativement la probabilité de privilégier les soins en CHSLD relativement à une situation d'indifférence. Cela confirme que la durée anticipée de l'engagement constitue un déterminant central du recours aux soins institutionnels, même lorsque les préférences non tranchées sont intégrées.

En revanche, certains déterminants apparaissent plus sensibles à la définition de la variable dépendante. L'effet du travail à temps plein, significatif dans le modèle principal, demeure présent lorsque les situations d'hésitation sont intégrées, mais avec une significativité atténuée. Ce résultat suggère que les contraintes professionnelles influencent davantage l'arbitrage entre les modalités de soins que la probabilité d'exprimer une préférence nette. À l'inverse, des effets auparavant non significatifs émergent dans cette spécification : le genre et l'âge deviennent associés au choix du CHSLD relativement à une situation d'indifférence. Les femmes, ainsi que les répondants plus âgés, apparaissent légèrement plus enclines à exprimer une préférence nette pour les soins en CHSLD. Ces résultats, spécifiques à ce reclassement, ne remettent toutefois pas en cause l'absence d'effets robustes observée dans le modèle principal.

Enfin, les autres variables individuelles, notamment les caractéristiques économiques - en particulier, le niveau d'épargne - ainsi que les indicateurs de santé de l'aidant et du parent, demeurent non significatives.

La seconde procédure de reclassement, fondée sur le degré de formalisation de la prise en charge (*soins informels*, *soins formels* et *indifférent*), est également estimée. Ce reclassement présenté dans le Tableau E.0.2 en Annexe E repose également sur un échantillon de 2 296 observations.

Les résultats correspondants, présentés au Tableau E.0.4 en Annexe E, confirment ceux du premier test de robustesse : la perspective temporelle associée à la prise en charge constitue le principal déterminant des préférences déclarées. En particulier, une espérance de vie anticipée courte accroît significativement la probabilité de privilégier aussi bien les

soins informels que les soins formels relativement à une situation d'indifférence, tandis que des horizons plus longs orientent davantage les préférences vers des formes de prise en charge formalisées.

Ces tests de robustesse confirment que les préférences déclarées en matière de soins de longue durée sont avant tout structurées par les anticipations temporelles liées à la durée future de la prise en charge. Quel que soit le mode de reclassement retenu - fondé sur le lieu de prise en charge ou sur le degré de formalisation des soins - l'espérance de vie anticipée du bénéficiaire potentiel de soins demeure le déterminant le plus stable et le plus robuste des arbitrages observés.

À l'inverse, les autres caractéristiques individuelles sont plus sensibles à la définition de la variable dépendante. Certaines associations apparaissent ponctuellement selon la spécification retenue, notamment pour le genre, l'âge ou les contraintes professionnelles, mais ces effets demeurent de portée limitée et ne se maintiennent pas de manière systématique d'un reclassement à l'autre.

Enfin, les variables économiques - en particulier le niveau d'épargne - ainsi que les indicateurs de santé de l'aidant et du parent ne contribuent pas de manière significative à l'explication des préférences dans l'ensemble des modèles estimés. Les arbitrages exprimés reposent ainsi davantage sur la perception de la durée future de la prise en charge que sur les ressources financières ou l'état de santé observé.

4.4.2 Perception des coûts des soins de longue durée

Ce test de robustesse vise à examiner si les préférences déclarées pour le type de soins de longue durée dépendent des perceptions subjectives de leurs coûts, une fois contrôlées les caractéristiques sociodémographiques, économiques, de santé et les anticipations d'espérance de vie. Afin de conserver une interprétation directe des arbitrages entre modalités distinctes de prise en charge, l'analyse repose sur le modèle principal estimé à partir des préférences claires exprimées par les répondants. Le modèle est ainsi estimé sur un échantillon de 1 304 observations, plus restreint que l'échantillon initial en raison de la disponibilité partielle des variables de perception des coûts et de l'exclusion des observations ne permettant pas une classification fiable de ces perceptions.

Les variables de coût mobilisées dans ce test reposent sur les perceptions déclarées des répondants, qui ont fait l'objet d'un traitement préalable visant à limiter l'influence des valeurs extrêmes et à garantir la comparabilité des estimations, notamment par l'imputation des valeurs manquantes et la construction de catégories ordinales de coûts. La description détaillée de ces variables et de leur distribution figure en Annexe E.1.

Les résultats présentés au Tableau E.1.2 en Annexe E.1 indiquent que les perceptions de coûts jouent un rôle limité dans l'arbitrage entre les différentes modalités de soins lorsque l'analyse repose sur le modèle principal. À l'exception des perceptions élevées du coût des soins en établissement privés - qui réduisent significativement la probabilité de privilégier les soins à domicile avec assistance professionnelle ou les soins en CHSLD relativement aux soins familiaux - aucune autre variable de coût n'est associée de manière robuste aux préférences déclarées.

En revanche, les résultats du Tableau E.1.3 en Annexe E.1 montrent que, lorsque les préférences sont reclassées selon le degré de formalisation de la prise en charge, l'ensemble des perceptions de coûts considérées devient statistiquement significatif. Des coûts perçus comme élevés - en particulier pour les soins en établissement privés - réduisent significativement la probabilité de recourir à des soins formels et diminuent également la probabilité d'exprimer une situation d'indifférence entre soins informels et formels. Ces résultats suggèrent que les considérations financières influencent principalement l'arbitrage entre prise en charge familiale et recours à des services marchands, ainsi que la capacité des répondants à formuler une préférence tranchée.

Ces deux tests de robustesse indiquent que les perceptions de coûts n'expliquent que marginalement le choix du lieu de prise en charge, mais jouent un rôle déterminant dans le degré de formalisation envisagé et dans la sortie de l'indifférence entre soins informels et formels.

Ce chapitre IV montre que les préférences en matière de soins de longue durée sont principalement structurées par des contraintes temporelles et organisationnelles. L'emploi à temps plein, la disponibilité des aidants et l'horizon anticipé de la prise en charge orientent l'arbitrage entre soins familiaux, soins professionnels à domicile et soins en établissement, une dépendance perçue comme durable augmentant la probabilité de recourir

à des soins en CHSLD.

Les tests de robustesse confirment ces résultats et indiquent que les perceptions de coûts jouent un rôle secondaire et ciblé, influençant principalement le degré de formalisation des soins et la capacité des répondants à exprimer une préférence tranchée, plutôt que le lieu de prise en charge en tant que tel.

Dans l'ensemble, les décisions relatives aux soins de longue durée, reposent davantage sur l'anticipation de la charge future et sur l'organisation attendue de la prise en charge que sur une évaluation précise des coûts financiers. Cette lecture est cohérente avec la littérature existante et prépare l'analyse des déterminants de l'intensité des soins développée dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

INTENSITÉ DE L'AIDE SELON LE NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRES DE SOINS

Dans le prolongement de l'analyse du choix du type de soins de longue durée, ce chapitre s'intéresse aux *préférences déclarées des proches aidants potentiels concernant l'intensité hebdomadaire des soins* qu'ils se disent susceptibles de consacrer à un parent ou à un beau-parent en situation de perte d'autonomie.

Lors de l'enquête, les répondants étaient invités à se projeter dans le même scénario hypothétique que celui présenté au chapitre précédent, à savoir une situation où le bénéficiaire potentiel de soins aurait besoin d'aide pour ses AVQ. Ils devaient alors répartir dix balles entre quatre plages horaires d'aide hebdomadaire, l'ensemble des balles devant obligatoirement être utilisé. Le nombre de balles mises dans une plage horaire représentait alors la probabilité déclarée à ce niveau d'engagement.

Les modalités proposées correspondaient aux niveaux d'intensité suivants : (i) moins d'une heure par semaine ; (ii) entre une et dix heures par semaine ; (iii) entre onze et vingt heures par semaine ; et (iv) plus de vingt heures par semaine.

À partir de cette répartition, nous construisons une variable de préférence pour l'intensité hebdomadaire des soins, utilisée comme variable dépendante dans l'analyse économétrique présentée dans ce chapitre. L'objectif est d'identifier les caractéristiques individuelles, économiques et contextuelles susceptibles d'influencer le temps consacré aux soins de longue durée par les aidants potentiels.

Comme pour le chapitre précédent, l'analyse débute par une présentation descriptive des préférences déclarées, avant d'examiner les résultats du modèle logit multinomial

estimé afin d'expliquer les déterminants de l'intensité de l'aide envisagée.

5.1 Analyse descriptive de l'intensité de l'aide mesurée en heures hebdomadaires

Comme précédemment, l'échantillon initial comprend 2 300 répondants. L'analyse des préférences déclarées en matière d'intensité hebdomadaire des soins repose sur l'ensemble des individus ayant réparti l'intégralité des dix balles entre les plages horaires proposées, conformément au protocole de l'enquête, et pour lesquels cette allocation permet d'identifier de manière exploitable les préférences d'intensité exprimées.

L'intensité d'aide préférée est définie comme la plage horaire ayant recueilli le plus grand nombre de balles. Lorsque deux ou plusieurs plages horaires obtiennent un nombre identique et maximum de balles, la situation est interprétée comme une préférence partagée, traduisant une hésitation ou une flexibilité quant au niveau d'engagement envisagé. Ces observations sont regroupées dans une catégorie spécifique afin de refléter l'absence de hiérarchisation nette entre les différentes intensités d'aide. Enfin, lorsque la répartition des balles ne permet pas d'identifier une plage horaire dominante - c'est-à-dire lorsqu'aucune catégorie n'obtient un nombre de balles strictement supérieur aux autres - l'observation est interprétée comme une absence de préférence claire quant à l'intensité des soins.

Environ 83,57 % des répondants privilégient une plage horaire spécifique, tandis que 16,43 % expriment des préférences partagées entre plusieurs niveaux d'intensité. Ces résultats indiquent qu'une large majorité des répondants parvient à hiérarchiser les différents niveaux d'intensité proposés. Contrairement au choix du type de soins, l'intensité hebdomadaire de l'aide renvoie directement à une contrainte de temps, ressource limitée et difficilement ajustable à court terme. Cette dimension temporelle contribue à concentrer les préférences autour de niveaux d'engagement intermédiaires, avec peu de répondants envisageant des volumes d'heures très élevés. Les situations dans lesquelles la répartition des balles ne permet d'identifier aucune plage horaire dominante restent très rares (moins de 1 %) et sont exclues de l'analyse, afin de préserver la cohérence et la stabilité des estimations.¹

1. Concrètement, il s'agit de cas d'égalité sur trois ou quatre plages horaires, où plusieurs catégories

Le Tableau 5.1.1 présente la répartition des préférences strictes selon la province. Comme détaillé ci-dessus, l'analyse est restreinte aux répondants ayant exprimé une hiérarchisation claire des plages horaires, ce qui conduit à un échantillon de 1 922 observations sur les 2 300 répondants initiaux. Parmi les répondants ayant exprimé une préférence stricte, 41,56 % ont préféré la plage de 1 à 10 heures par semaine, avec une proportion nettement plus élevée au Québec (46,57 %) qu'en Ontario (36,54 %). Environ 19,26 % des répondants envisagent une intensité comprise entre 11 et 20 heures par semaine, une proportion légèrement plus importante en Ontario qu'au Québec. Les engagements très élevés, soit plus de 20 heures par semaine, concernent 14,74 % des répondants et sont là encore plus fréquents en Ontario (17,76 %) qu'au Québec (11,73 %). Enfin, les engagements très faibles, de moins d'une heure par semaine, demeurent peu fréquents, représentant seulement 8 % des réponses. Ce type d'engagement s'apparente davantage à une aide ponctuelle ou symbolique qu'à une implication régulière dans les soins, et peut refléter une disponibilité limitée des aidants ou une anticipation d'un recours prédominant aux services formels. Aussi, ces écarts provinciaux suggèrent que les préférences d'intensité ne reflètent pas uniquement des dispositions individuelles, mais s'inscrivent également dans des contextes institutionnels distincts, susceptibles d'influencer la disponibilité perçue de services formels et, en conséquence, le volume d'heures que les aidants anticipent devoir assumer.

reçoivent exactement le même nombre de balles. Par exemple, certains répondants attribuent *3-3-3-1* aux quatre plages (égalité entre *moins d'1h*, *1-10h* et *11-20h*), ou encore *1-1-1-1* (égalité parfaite entre les quatre plages). Dans ces configurations, aucune plage horaire ne se démarque, ce qui empêche d'identifier un niveau d'engagement dominant.

TABLEAU 5.1.1 – Répartition des préférences strictes pour le nombre d’heures hebdomadaires alloué aux soins selon la province

Nombre d’heures alloué aux soins	Ontario (%)	Québec (%)	Total (%)
Choix clairs	82,84 (953)	84,19 (969)	83,57 (1922)
Choix clairs détaillés			
Moins d’une heure/semaine	7,31 (84)	8,69 (100)	8,00 (184)
1 à 10 heures/semaine	36,54 (420)	46,57 (536)	41,56 (956)
11 à 20 heures/semaine	21,33 (245)	17,20 (198)	19,26 (443)
Plus de 20 heures/semaine	17,76 (204)	11,73 (135)	14,74 (339)

Source : Calculs de l’auteur à partir des données de l’Institut Retraite et Épargne.

Note : Les valeurs entre parenthèses indiquent le nombre d’observations.

Le Tableau 5.1.2 présente la répartition détaillée des préférences partagées selon la province. À la différence des préférences partagées observées pour le type de soins, qui traduisent principalement une substituabilité entre modalités de prise en charge, celles relatives à l’intensité hebdomadaire reflètent sans doute une incertitude quant au volume d’heures effectivement mobilisables, compte tenu des contraintes professionnelles, familiales et personnelles des aidants potentiels.

Les préférences partagées retenues correspondent uniquement à des égalités entre plages horaires adjacentes, interprétées comme des arbitrages plausibles entre niveaux d’engagement proches. Les égalités impliquant des niveaux non adjacents ou plus de deux plages horaires, très marginales, ont été exclues car elles ne traduisent pas une hiérarchisation cohérente de l’intensité des soins.² Parmi les répondants concernés, 2,65 % expriment une préférence partagée entre moins d’une heure et 1 à 10 heures par semaine. Une proportion plus importante, soit 7,78 %, hésite entre 1 à 10 heures et 11 à 20 heures

2. Cette typologie est présentée à titre indicatif afin d’illustrer la nature des préférences partagées observées dans les données. Ces situations ne font pas l’objet d’un traitement spécifique dans les estimations économétriques et ne sont pas exploitées comme telles dans les résultats présentés. Ces situations concernent 65 individus soit environ 2,8 % de l’échantillon total.

par semaine, traduisant une flexibilité autour d'un engagement modéré. Enfin, 4,48 % des répondants hésitent entre 11 à 20 heures et plus de 20 heures par semaine.

TABLEAU 5.1.2 – Répartition des préférences partagées entre deux niveaux d'intensité selon la province

Préférences partagées	Ontario (%)	Québec (%)	Total (%)
Préférences partagées	15,06 (178)	14,05 (165)	14,91 (343)
Préférences partagées détaillées			
Moins de 1 h = 1 à 10h	2,00 (23)	3,30 (38)	2,65 (61)
1 à 10h = 11 à 20h	8,27 (95)	7,30 (84)	7,78 (179)
11 à 20h = Plus de 20h	5,22 (60)	3,73 (43)	4,48 (103)

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

5.2 Analyse empirique de l'intensité de l'aide en fonction du nombre d'heures hebdomadaires prévues à allouer aux soins

5.2.1 Présentation du modèle

L'analyse de l'intensité de l'aide mobilise le même cadre économétrique que celui utilisé pour l'étude de la préférence du type de soins de longue durée, à savoir un modèle de régression logistique multinomiale, adapté à une variable dépendante catégorielle et non ordonnée. Cette approche permet d'analyser les facteurs associés aux différents niveaux d'engagement horaire envisagés par les aidants potentiels. Bien que les catégories d'intensité puissent apparaître ordonnées, le recours à un modèle multinomial non ordonné se justifie par le fait que les écarts entre niveaux d'engagement ne sont pas nécessairement perçus comme équidistants par les répondants, et que les préférences observées reflètent des arbitrages hétérogènes en matière de disponibilité temporelle plutôt qu'une progression linéaire de l'intensité des soins.

La variable dépendante distingue quatre catégories correspondant au nombre d'heures hebdomadaires que le répondant se dit prêt à consacrer aux soins des bénéficiaires potentiels : *moins d'une heure*, *1 à 10 heures*, *11 à 20 heures* et *plus de 20 heures par*

semaine.

Comme pour l'analyse du type de soins de longue durée, le modèle repose sur l'hypothèse d'indépendance des alternatives pertinentes. Dans le cas de l'intensité hebdomadaire de l'aide, cette hypothèse peut être discutable, les différentes catégories correspondant à des paliers d'un même continuum temporel et pouvant, en particulier pour les niveaux adjacents, présenter un certain degré de substituabilité. Elle est néanmoins retenue ici de manière conventionnelle, dans la mesure où les catégories d'heures représentent des seuils d'engagement distincts, associés à des contraintes temporelles et organisationnelles qualitativement différentes pour les aidants potentiels. Par ailleurs, le recours à un modèle multinomial non ordonné permet de conserver une flexibilité d'interprétation des choix déclarés, sans imposer une structure ordinale stricte qui supposerait une progression linéaire de l'intensité de l'aide.

La spécification du modèle repose sur les mêmes ensembles de variables explicatives que précédemment, incluant à la fois les caractéristiques propres à l'aidant potentiel (variables sociodémographiques, économiques et de santé) et celles du bénéficiaire de soins envisagé, telles qu'elles sont perçues par le répondant. Les paramètres sont estimés par maximum de vraisemblance et les résultats sont présentés sous forme de rapports de risque relatif (RRR), obtenus en prenant l'exponentielle des coefficients du modèle.

Contrairement au choix du type de soins, qui renvoie principalement à un arbitrage entre modalités de prise en charge, l'analyse de l'intensité hebdomadaire de l'aide mobilise directement la contrainte de temps des aidants potentiels. Les choix observés reflètent ainsi des arbitrages entre engagement en soins, activité professionnelle et autres responsabilités familiales, ce qui justifie une attention particulière portée aux déterminants économiques et temporels de l'intensité de l'aide envisagée.

Afin d'évaluer la robustesse des résultats, deux estimations complémentaires seront réalisées. La première repose sur une spécification alternative de la variable d'épargne, tandis que la seconde consiste à substituer le revenu à l'épargne comme indicateur des ressources économiques, afin de tester la stabilité des principaux effets estimés.

5.2.2 Choix des variables

Le choix des variables explicatives s'inscrit dans la continuité du modèle portant sur le choix du type de soins de longue durée. L'analyse de l'intensité hebdomadaire des soins repose exclusivement sur les répondants ayant exprimé une préférence stricte quant au niveau d'engagement envisagé. L'intensité d'aide est définie comme la plage horaire ayant recueilli le nombre le plus élevé de balles allouées par le répondant. Les situations de préférences partagées ou d'absence de hiérarchisation nette entre les niveaux d'intensité sont exclues, afin de garantir une interprétation univoque des arbitrages relatifs au volume horaire de soins. Cette restriction conduit à un échantillon analytique de 1 922 observations, utilisé pour l'ensemble des estimations portant sur l'intensité des soins.

Les déterminants potentiels de l'intensité de l'aide sont regroupés entre, d'une part, les caractéristiques propres aux proches aidants potentiels (X_i) et, d'autre part, les caractéristiques associées aux bénéficiaires potentiels de soins envisagés (Z_j). La définition détaillée de ces variables ainsi que leurs justifications théoriques sont présentées à la sous-section 4.2.2.³

Les variables relatives aux aidants potentiels (X_i) couvrent les dimensions socio-démographiques, économiques et de santé, tandis que celles associées aux bénéficiaires potentiels (Z_j) renvoient principalement à leur état de santé perçu, aux anticipations d'espérance de vie et au lien de parenté avec le répondant. Cette structuration permet de distinguer les effets liés aux contraintes et ressources des aidants de ceux associés aux besoins anticipés du proche aidé.

Comparativement au modèle précédent, deux variables explicatives revêtent toute-fois une importance particulière dans l'analyse de l'intensité de l'aide. D'une part, l'âge anticipé de départ à la retraite est introduit afin de mieux capter les différences projetées de disponibilité temporelle des aidants potentiels, susceptibles d'influencer le volume horaire de soins qu'ils se disent prêts à assumer. D'autre part, le lien de parenté entre

3. Comme dans le chapitre précédent, certaines variables supplémentaires ont été testées dans ce modèle, notamment la distance géographique entre l'aidant potentiel et la personne potentiellement aidée, mais elles ne se sont pas révélées significatives

l'aidant potentiel et le bénéficiaire envisagé est mobilisé pour examiner si la nature de la relation familiale influe sur l'intensité de l'engagement horaire envisagé.

Le Tableau 5.2.1 présente la distribution des intentions de départ à la retraite selon la province.⁴ Il montre qu'une majorité des répondants (68,6 %) envisagent un départ anticipé à la retraite avant 62 ans, tandis que 20,3 % envisagent un départ à 65 ans et 11,1 % un départ à 68 ans ou plus. Des différences provinciales modestes apparaissent : les répondants québécois sont légèrement plus nombreux à anticiper un départ précoce, alors que les répondants ontariens envisagent plus fréquemment un départ tardif.

Ces trajectoires professionnelles anticipées suggèrent des contraintes de temps différenciées entre les répondants, susceptibles d'influencer leur capacité à s'engager dans des volumes d'aide plus ou moins élevés. Un départ anticipé pourrait ainsi se traduire par une plus grande disponibilité pour la prise en charge d'un proche, tandis qu'un départ plus tardif pourrait refléter des contraintes professionnelles ou financières limitant cette possibilité.

L'ensemble de ces variables permet d'examiner conjointement l'influence des caractéristiques individuelles, économiques, de santé et des anticipations professionnelles sur l'intensité des soins envisagée. Les résultats de l'estimation du modèle logit multinomial, interprétés en termes de rapports de risque relatif, sont présentés dans la section suivante.

4. L'analyse est restreinte aux répondants ayant exprimé une préférence stricte quant à l'intensité des soins, soit 1 922 observations.

TABLEAU 5.2.1 – Répartition des intentions de départ à la retraite selon la province

Âge prévu de départ à la retraite	Ontario (%)	Québec (%)	Total (%)
Départ avant ou à 62 ans	66,84 (637)	70,38 (682)	68,63 (1 319)
Départ à 65 ans	20,88 (199)	19,71 (191)	20,29 (390)
Départ à 68 ans ou plus	12,28 (117)	9,91 (96)	11,08 (213)
Total	953	969	1 922

Source : Calculs de l’auteur à partir des données de l’Institut Retraite et Épargne.

5.3 Résultats de l’analyse

Le Tableau 5.3.1 présente les résultats du modèle logit multinomial estimé sur l’échantillon analytique décrit précédemment. Les résultats indiquent que le modèle est globalement significatif au seuil de 1 % ($\chi^2(63) = 150,66$) et explique une part modeste, mais conforme aux attentes de la variance observée (pseudo- $R^2 = 0,0322$). L’analyse se concentre donc sur les déterminants dont les effets apparaissent statistiquement significatifs ou conceptuellement cohérents avec les mécanismes étudiés.

La plage de *1 à 10 heures par semaine* a été retenue comme catégorie de référence dans la régression principale.⁵ Elle constitue la modalité la plus fréquemment observée et correspond à un niveau d’engagement effectif mais compatible avec les contraintes

5. Dans une première spécification, nous avons retenu comme catégorie de référence, la catégorie *moins d’une heure par semaine* afin d’analyser les déterminants du passage d’une aide très limitée vers des niveaux d’engagement plus substantiels. Cependant, nous n’avons finalement pas retenu ce choix puisque cette catégorie incluait un nombre d’observations faible, ce qui tend à produire des rapports de risque relatif difficilement interprétables pour certaines variables.

professionnelles et familiales des aidants potentiels, offrant ainsi un point d’ancrage stable pour l’analyse de l’intensité des soins.

Pour une intensité d’aide de moins d’une heure par semaine, les résultats montrent que les aidants âgés de 54 à 58 ans présentent une probabilité relative significativement plus élevée de se situer à ce niveau d’engagement minimal que les répondants âgés de 45 à 49 ans, cet effet étant significatif au seuil de 1 %. Cette probabilité augmente également lorsque l’état de santé du bénéficiaire potentiel est perçu comme très bon ou excellent, avec des effets significatifs respectivement aux seuils de 5 % et de 1 %. Ces résultats suggèrent que les aidants ajustent leur niveau d’implication en fonction de besoins perçus des bénéficiaires potentiels de soins.

À l’inverse, plusieurs caractéristiques sont associées à une probabilité significativement plus faible de se situer à ce niveau d’engagement minimal. Les répondants titulaires d’un diplôme secondaire sont moins enclins à offrir moins d’une heure de soins par semaine, cet effet étant significatif au seuil de 5 %. De même, appartenir aux deuxième et troisième terciles d’épargne réduit significativement la probabilité relative d’un engagement très limité, ces effets étant significatifs au seuil de 1 %. Enfin, lorsque le bénéficiaire potentiel est un parent plutôt qu’un beau-parent, la probabilité relative de fournir moins d’une heure de soins par semaine diminue de manière significative (au seuil de 5 %), indiquant que le lien familial est associé à une implication plus que marginale dans les soins.

Pour une intensité d’aide comprise entre 11 et 20 heures par semaine, le lien de parenté apparaît comme le déterminant central. Lorsque le bénéficiaire potentiel est un parent, la probabilité relative d’envisager un tel niveau d’engagement est significativement plus élevée que lorsqu’il s’agit d’un beau-parent, comparativement à la catégorie de référence. Aucun autre facteur ne présente d’effet statistiquement robuste pour ce niveau d’intensité.

Les résultats mettent en évidence plusieurs facteurs associés à une augmentation de la probabilité relative d’un engagement très important (supérieur à 20 heures par semaine). Les femmes présentent une probabilité relative plus élevée d’envisager plus de 20 heures de soins par semaine que les hommes, cet effet étant significatif au seuil de

5 %. Les répondants âgés de 54 à 58 ans sont également plus susceptibles d'envisager un engagement intensif, cet effet étant significatif au seuil de 10 %.

La probabilité relative d'un engagement très élevé augmente également lorsque l'état de santé du bénéficiaire potentiel est perçu comme passable ou faible (significatif au seuil de 10 %), ainsi que lorsque le répondant anticipe un départ tardif à la retraite, à 68 ans ou plus (significatif au seuil de 10 %). Le lien filial constitue par ailleurs le déterminant principal : lorsque le bénéficiaire potentiel est un parent plutôt qu'un beau-parent, la probabilité relative d'un engagement intensif est significativement plus élevée, au seuil de 5 %.

À l'inverse, occuper un emploi à temps plein est associé à une diminution marquée de la probabilité relative d'un engagement très intensif en heures de soins (effet significatif au seuil de 1 %). Ce résultat souligne le rôle contraignant des obligations professionnelles dans la capacité des aidants potentiels à fournir un volume horaire élevé de soins.

Les autres caractéristiques individuelles, économiques et professionnelles n'affichent pas d'effet robuste à ce niveau d'intensité, ce qui suggère que les engagements les plus élevés sont avant tout structurés par la relation familiale et les contraintes immédiates de disponibilité temporelle.

TABLEAU 5.3.1 – Résultats du modèle logistique multinomial — Intensité hebdomadaire des soins (RRR)

Variables explicatives	Moins d'1h/semaine		11–20h/semaine		Plus de 20h/semaine	
	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std
Caractéristiques sociodémographiques						
Femme	1,056	(0,179)	1,162	(0,139)	1,314**	(0,176)
Âge (réf. : 45–49 ans)						
50–53 ans	1,288	(0,277)	0,976	(0,140)	1,154	(0,187)
54–58 ans	1,953***	(0,397)	1,017	(0,147)	1,347*	(0,217)
Marié-e/conjoint-e de fait (réf. : Non)						
Oui	0,984	(0,190)	1,039	(0,136)	0,796	(0,112)
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)						
Secondaire	0,237**	(0,155)	3,119	(3,382)	1,003	(0,619)
Supérieur au sec.	0,448	(0,276)	3,561	(3,837)	0,617	(0,376)
Santé de l'aidant (réf. : très bonne)						
Passable/faible	0,635	(0,218)	1,040	(0,230)	0,916	(0,222)
Bonne	0,860	(0,174)	0,996	(0,142)	1,003	(0,156)
Excellente	1,279	(0,279)	1,019	(0,164)	0,817	(0,155)
Santé du parent (réf. : bonne)						
Passable/faible	1,256	(0,286)	1,212	(0,181)	1,355*	(0,229)
Très bonne	1,537**	(0,333)	0,809	(0,126)	1,094	(0,190)
Excellente	2,451***	(0,769)	0,976	(0,259)	1,488	(0,413)
Situation économique						
Temps plein (réf. : Non)						
Oui	0,818	(0,177)	0,993	(0,163)	0,619***	(0,101)
Épargne (réf. : premier tercile)						
Deuxième tercile	0,584***	(0,120)	1,084	(0,155)	0,806	(0,129)
Troisième tercile	0,542***	(0,112)	0,868	(0,132)	0,778	(0,131)
Âge prévu de la retraite (réf. : < 65 ans)						
Départ à 65 ans	0,866	(0,189)	1,148	(0,166)	0,989	(0,165)
Départ à 68 ans ou plus	1,235	(0,323)	1,089	(0,212)	1,433*	(0,284)
Espérance de vie du parent (réf. : faible ≤ 5 ans)						
Courte : 5–15 ans (peu probable >15 ans)	0,988	(0,244)	1,143	(0,201)	0,889	(0,184)
Moyenne : >15 ans (mod. probable)	1,121	(0,259)	1,014	(0,169)	1,124	(0,207)
Longue : probable >15 ans	1,421	(0,399)	1,214	(0,239)	1,421*	(0,306)
Groupe du proche aidé (réf. : beaux-parents)						
Parents	0,666**	(0,126)	1,383**	(0,209)	1,503**	(0,267)
Constante	0,534	(0,391)	0,085**	(0,096)	0,439	(0,302)
Statistiques du modèle						
Nombre d'observations : 1 922						
Chi ² du modèle (63 ddl) : 150,66					Prob > Chi ² : 0,0000	
Log-vraisemblance : –2262,337					Pseudo R ² : 0,0322	

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

Note : La catégorie de référence est : 1 à 10 heures par semaine.

Note : Les rapports de risque relatifs (RRR) sont interprétés relativement à cette catégorie.

Note : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$

5.4 Tests de robustesse : spécifications alternatives des ressources économiques

Les résultats du modèle principal mettent en évidence un rôle significatif des ressources économiques, mesurées par l'épargne, dans la détermination de l'intensité de l'aide informelle envisagée. Afin d'évaluer la robustesse de ces résultats et de mieux qualifier la nature des mécanismes économiques à l'œuvre, deux tests complémentaires sont réalisés.

Le premier test repose sur l'utilisation d'une version restreinte de la variable d'épargne, conçue pour réduire l'influence des valeurs extrêmes et s'assurer que les résultats ne sont pas dus à un petit nombre d'observations atypiques. Le second test consiste à remplacer l'épargne par le revenu comme indicateur des ressources économiques des aidants potentiels, afin d'examiner si les effets mis en évidence relèvent d'une contrainte financière courante ou d'une capacité patrimoniale plus durable.

5.4.1 Robustesse des résultats à une spécification alternative de l'épargne

Le modèle principal est d'abord réestimé en restreignant l'épargne aux valeurs comprises entre 1 000 et 1 000 000 présenté dans le Tableau F.0.1 en Annexe F. Cette spécification conduit à un échantillon de 1 644 observations et demeure significative.

Les résultats obtenus confirment ceux du modèle principal. En particulier, l'épargne conserve un effet négatif et significatif sur la probabilité relative d'un engagement très limité (*moins d'une heure par semaine*) : les répondants appartenant au tercile supérieur d'épargne sont significativement moins susceptibles de se situer à ce niveau d'engagement minimal. En revanche, aucune association robuste n'est observée entre l'épargne et les probabilités relatives d'envisager des niveaux d'engagement plus élevés, qu'il s'agisse d'une intensité intermédiaire (*11 à 20 heures*) ou très élevée (*plus de 20 heures par semaine*).

Les principaux déterminants identifiés dans le modèle principal - notamment l'âge de l'aidant, l'état de santé perçu du bénéficiaire potentiel, le lien de parenté et le statut d'emploi à temps plein - présentent des effets significatifs de même signe et de même ordre de grandeur dans cette spécification alternative. Ce premier test confirme ainsi que les résultats associés à l'épargne ne sont pas sensibles à la présence de valeurs extrêmes et reflètent des relations structurelles.

5.4.2 Robustesse des résultats à une spécification fondée sur le revenu

Le second test de robustesse consiste à utiliser la variable du revenu comme indicateur des ressources économiques des aidants potentiels plutôt que leur épargne. Afin de limiter l'influence des valeurs extrêmes, la variable de revenu est préalablement restreinte aux valeurs comprises entre 10 000 et 200 000 (voir le Tableau F.0.2 en Annexe F). Le modèle ainsi spécifié est estimé sur un échantillon de 1 809 observations.

Contrairement à l'épargne, le revenu n'est pas associé de manière robuste à la probabilité d'envisager une aide très limitée ni à celle correspondant à une intensité intermédiaire. En revanche, un effet significatif apparaît pour les engagements les plus intensifs : les répondants appartenant au tercile supérieur de revenu présentent une probabilité relative significativement plus faible d'envisager plus de 20 heures de soins par semaine, comparativement à la catégorie de référence. Ce résultat indique que des revenus plus élevés favorisent le recours à des solutions alternatives à l'aide informelle intensive, en particulier l'achat de soins formels.

Les autres effets estimés restent cohérents avec ceux du modèle principal. Le lien filial demeure un déterminant central de l'intensité de l'aide, tandis que le fait d'occuper un emploi à temps plein continue de limiter la probabilité d'un engagement horaire élevé.

Ces tests de robustesse mettent en évidence des mécanismes économiques différenciés. L'épargne, en tant que stock de ressources, intervient principalement dans la capacité des aidants à franchir le seuil initial d'engagement en soins, tandis que le revenu, qui reflète davantage une contrainte budgétaire courante, module surtout les arbitrages relatifs aux engagements les plus intensifs. Cette distinction renforce la cohérence économique et la robustesse des conclusions tirées du modèle principal.

Ce chapitre montre que les préférences relatives à l'intensité hebdomadaire de l'aide sont principalement structurées par des contraintes relationnelles et temporelles. Le lien de parenté, l'état de santé perçu du bénéficiaire potentiel et la disponibilité des aidants orientent fortement le volume horaire de soins envisagé, les engagements les plus élevés étant davantage associés au soutien d'un parent et à des besoins anticipés plus importants.

Les tests de robustesse confirment la stabilité de ces résultats et indiquent que les ressources économiques jouent un rôle secondaire et différencié. L'épargne intervient principalement dans la capacité des aidants à dépasser un engagement très limité et à s'impliquer au-delà d'un niveau minimal d'aide, tandis que le revenu influence surtout les arbitrages liés aux engagements les plus intensifs, sans remettre en cause la structure générale des déterminants.

Dans l'ensemble, l'intensité de l'aide informelle apparaît moins comme le produit d'un calcul économique que comme le reflet de contraintes de temps, d'obligations familiales et d'anticipations relatives à la charge de soins.

CONCLUSION

Le vieillissement démographique constitue un défi socio-économique central, dans la mesure où il accroît la pression sur les systèmes de santé, en particulier sur les soins de longue durée, et conduit à une redéfinition du partage entre solidarité publique et prise en charge familiale. Au Canada, où la prise en charge des personnes âgées repose encore largement sur l'aide informelle, comprendre les déterminants de l'intention d'aider apparaît essentiel pour anticiper les besoins futurs et orienter l'action publique. C'est dans ce contexte que ce mémoire a analysé les préférences d'aide d'individus âgés de 45 à 58 ans, en s'intéressant simultanément au choix du bénéficiaire principal, au type de soins privilégié et à l'intensité hebdomadaire d'aide envisagée, afin de saisir la complexité du processus décisionnel en amont de l'engagement dans l'aide informelle.

Les résultats de ce mémoire mettent en évidence que la décision d'aide informelle ne peut être appréhendée comme un choix homogène ou unidimensionnel. Elle repose au contraire sur des arbitrages distincts et complémentaires entre le bénéficiaire de l'aide, le mode de prise en charge et l'intensité de l'engagement, chacun répondant à des déterminants en partie spécifiques. Cette multidimensionnalité confirme que la volonté d'aider ne se réduit ni à une logique purement affective ni à une rationalité strictement économique, mais résulte d'un processus décisionnel structuré et différencié. Empiriquement, les estimations montrent que ces arbitrages répondent à des déterminants partiellement distincts : le choix du bénéficiaire est fortement lié aux liens de filiation et aux attentes et perceptions familiales ; le choix du mode de prise en charge est davantage structuré par les contraintes d'organisation et l'anticipation de la charge future ; enfin, l'intensité horaire envisagée est surtout sensible aux contraintes de temps (notamment l'emploi) et à l'état de santé perçu du proche.

Ce mémoire apporte plusieurs contributions à la littérature en économie du vieillissement. Il propose d'abord une approche séquentielle originale alignée sur la structure

réelle du processus décisionnel des aidants potentiels, en distinguant explicitement les différentes dimensions de la volonté d'aide. Il se distingue également par l'étude d'une population prospective, permettant d'analyser les préférences avant le passage effectif au rôle d'aidant. Enfin, l'intégration de variables perceptuelles et l'analyse comparative entre le Québec et l'Ontario enrichissent la compréhension des mécanismes à l'œuvre dans des contextes institutionnels différenciés.

Ce travail comporte toutefois certaines limites. La nature transversale des données ne permet ni d'identifier des relations causales ni de suivre l'évolution des intentions dans le temps, et certains facteurs non observés, tels que la distance géographique ou certaines dynamiques familiales informelles, peuvent influencer les choix déclarés. De plus, le recours à des variables subjectives peut introduire des biais de déclaration, et certains arbitrages, notamment relatifs au type de soins, semblent dépendre de dimensions institutionnelles ou culturelles non directement observables.

Malgré ces limites, les résultats offrent des enseignements importants pour l'action publique. Ils soulignent la nécessité de politiques de soutien aux proches aidants, tenant compte des contraintes de disponibilité temporelle, en particulier pour les personnes en emploi à temps plein, des trajectoires professionnelles et des dynamiques familiales. Le renforcement des dispositifs de conciliation entre emploi et soins, la sécurisation financière des aidants potentiels et une meilleure reconnaissance sociale de leur rôle apparaissent essentiels pour prévenir les inégalités d'engagement, notamment de genre, qui ressortent dans les arbitrages d'intensité, et pour assurer la soutenabilité du système de soins de longue durée.

Ces résultats ouvrent plusieurs pistes de recherche, notamment à travers des analyses longitudinales permettant d'examiner la traduction des intentions en comportements effectifs, ou par l'intégration de données plus fines sur l'offre de services et les réseaux familiaux. Des approches mixtes combinant analyses quantitatives et qualitatives permettraient également d'approfondir la compréhension des mécanismes sous-jacents aux décisions d'aide.

En définitive, ce mémoire montre que la décision d'aider un proche âgé se situe à l'intersection des valeurs familiales, des ressources individuelles, des contraintes profes-

sionnelles et des anticipations temporelles. Reconnaître cette complexité est indispensable pour concevoir des politiques publiques capables de soutenir durablement les aidants potentiels et d'adapter les systèmes de soins de longue durée aux réalités du vieillissement. En mettant en lumière les fondements multidimensionnels de la volonté d'aide, ce travail contribue à renouveler la compréhension des mécanismes de solidarité intergénérationnelle dans un contexte de vieillissement accéléré. En ce sens, soutenir les proches aidants potentiels implique d'améliorer simultanément la conciliation du temps, la protection financière et l'accès à des services formels clairs et coordonnés.

APPENDICE A

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

DIRECTIVES ACCOMPAGNANT UN QUESTIONNAIRE ANONYME

OFFRIR DES SOINS DE LONGUE DURÉE ET ARRANGEMENTS FAMILLE-TRAVAIL

Vous trouverez ci-après un questionnaire anonyme auquel nous vous invitons à répondre. Ce questionnaire a été développé dans le cadre d'un projet de recherche à HEC Montréal.

Répondez sans hésitation aux questions incluses dans ce questionnaire, car ce sont vos premières impressions qui reflètent généralement le mieux votre pensée. Vous êtes toutefois invité(e) à prendre le temps nécessaire pour réfléchir à certaines questions de connaissances, qui pourraient faire appel à des concepts qui vous sont moins familiers. Il n'y a pas de limite de temps pour répondre au questionnaire, bien que nous ayons estimé que cela devrait vous prendre environ 20 minutes.

Les renseignements recueillis sont anonymes et resteront strictement confidentiels; ils ne seront utilisés que pour l'avancement des connaissances et la diffusion des résultats globaux dans des forums savants ou professionnels. Il se peut que les données recueillies soient partagées avec d'autres chercheurs à des fins de recherche non-commerciale uniquement et, possiblement, dans le cadre de projets autres que celui pour lequel les données auront été recueillies à l'origine. La base de données anonymisée résultant de l'enquête pourrait être ultérieurement rendue disponible publiquement à des fins de recherche académique.

Le fournisseur de collecte de données en ligne s'engage à ne révéler aucune information personnelle (ou toute autre information relative aux participants de cette étude) à d'autres utilisateurs ou à tout autre tiers, à moins que le répondant ne consente expressément à une telle divulgation ou que celle-ci soit exigée par la loi.

Vous êtes complètement libre de refuser de participer à ce projet et vous pouvez décider en tout temps d'arrêter de répondre aux questions. Le fait de remplir ce questionnaire sera considéré comme votre consentement à participer à notre recherche et à l'utilisation des données recueillies dans ce questionnaire pour d'éventuelles recherches futures. Puisque le questionnaire est anonyme, une fois votre participation complétée, il vous sera impossible de vous retirer du projet de recherche, car il sera impossible de déterminer quelles réponses sont les vôtres.

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter le chercheur principal, Pierre-Carl Michaud, au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel indiqués ci-dessous.

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal a statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains. Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat de ce comité à cer@hec.ca.

Merci de votre précieuse collaboration!

Pierre-Carl Michaud
Professeur titulaire
Département d'économie appliquée
HEC Montréal
514-340-6466
pierre-carl.michaud@hec.ca

Section 1: Information générale

QA Laquelle de ces options décrit le mieux votre genre?

- 1 Homme
- 2 Femme
- 3 Autre

QB Quel âge avez-vous? *Veuillez l'inscrire.*

[PN: TERMINATE IF NOT BETWEEN 45 AND 58 INCLUSIVELY and include the following message "Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête. Malheureusement, vous n'êtes pas éligible à cette enquête."]

QC Dans quelle province ou quel territoire habitez-vous?

1. Colombie-Britannique
2. Alberta
3. Saskatchewan
4. Manitoba
5. Ontario
6. Québec
7. Nouveau-Brunswick
8. Nouvelle-Écosse
9. Île-du-Prince-Édouard
10. Terre-Neuve-et-Labrador
11. Territoires du Nord-Ouest
12. Nunavut
13. Yukon
14. Aucun de ces choix

[PN: TERMINATE IF QC IS NOT 5 or 6, and include the following message "Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête. Malheureusement, vous n'êtes pas éligible à cette enquête."]

QD Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux votre situation d'emploi en ce moment? Notez que par "retraité(e)", nous voulons dire que vous avez entièrement arrêté de travailler.

- 1 En emploi (incluant travail autonome, temps plein, temps partiel, travail saisonnier)
- 2 Retraité(e)
- 3 En recherche d'emploi
- 4 Ne travaille pas, mais pour une raison autre que la retraite

8888888 Je préfère ne pas répondre

[PN: TERMINATE IF QD IS NOT 1, and include the following message "Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête. Malheureusement, vous n'êtes pas éligible à cette enquête."]

QE Est-ce qu'au moins un de vos parents ou beaux-parents est toujours en vie?

- 1 Oui
- 2 Non

[PN: TERMINATE IF QE IS NOT 1, and include the following message "Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête. Malheureusement, vous n'êtes pas éligible à cette enquête."]

QF Dans le tableau suivant, veuillez listez l'âge de vos parents et de ceux de votre conjoint(e).

Si vous ne connaissez pas l'âge exact, merci d'indiquer un âge approximatif.

Père	_____ ans [] sans objet [] décédé(e)	Dans les sections suivantes de l'enquête, nous allons vous poser des questions concernant les soins de longue durée. Ces questions consisteront à imaginer que l'un de vos parents ou l'un des parents de votre conjoint(e)
Mère	_____ ans [] sans objet [] décédé(e)	
Père de votre conjoint(e)	_____ ans [] sans objet [] décédé(e)	

devienne dépendant et ait besoin d'aide pour effectuer des activités telles que : manger, se laver, s'habiller, marcher dans la maison et se mettre au lit ou en sortir. Nous les appelons les *activités de la vie quotidienne* (AVQ).

QG **Présentement, aidez**-vous vos parents, ceux de votre conjoint(e), ou quelqu'un d'autre qui a besoin d'aide dans des [AVQ]?

- 1 Oui
- 2 Non

[PN: TERMINATE IF QG IS NOT 2, and include the following message "Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête. Malheureusement, vous n'êtes pas éligible à cette enquête."]

QH Y-a-t-il au moins un de vos parents ou l'un des parents de votre conjoint(e) toujours en vie que vous pourriez envisager d'aider si il ou elle avait besoin de soins à l'avenir?

- 1 Oui
- 2 Non

[PN: TERMINATE IF QH IS NOT 1, and include the following message "Merci d'avoir accepté de participer à l'enquête. Malheureusement, vous n'êtes pas éligible à cette enquête."]

QI Veuillez sélectionner celui ou celle parmi vos parents ou ceux de votre conjoint(e) que vous seriez le plus susceptible d'aider dans ses [AVQ] à l'avenir.

- 1 Père
- 2 Mère
- 3 Père de votre conjoint(e)
- 4 Mère de votre conjoint(e)

QJ Vivez-vous à moins de 20 kms [answer_QI_text1]?

- 1 Oui
- 2 Non

[IF QJ==2]

Dans l'hypothèse où [answer_QI_text2] avait besoin d'aide dans ses AVQ, seriez-vous prêt à déménager plus proche [PN: "de lui" if QI==Père OR Père de votre conjoint(e), "d'elle" if QI==Mère OR Mère de votre conjoint(e)] pour l'aider?

1 Oui

2 Non

88888 Préfère ne pas répondre

Q1 Quel est le certificat, diplôme ou grade le plus élevé que vous avez obtenu ?

1 Niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires ou son équivalent

2 Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence d'études secondaires

3 Certificat ou diplôme d'une école de métiers

4 Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire (autre que les certificats ou diplômes d'une école de métiers)

5 Certificat ou diplôme universitaire de niveau inférieur au baccalauréat

6 Diplôme universitaire de niveau baccalauréat (p. ex. B.A., B.Sc., LL.B.)

7 Certificat, diplôme ou grade universitaire de niveau supérieur au baccalauréat

Q2 [PN: This is a mandatory question] Quel est votre statut matrimonial ?

1 Marié(e)

2 Conjoint(e) de fait

3 Veuf ou veuve

4 Séparé(e)

5 Divorcé(e)

6 Célibataire, jamais marié(e)

Q1a [PN: ASK IF Q2==1 or 2] Quel âge a votre CONJOINT(E)?

Q1b Q3 no Question 3

Q4 Vous diriez que votre santé est...

1 Excellente

2 Très bonne

3 Bonne

4 Passable/Moyenne

5 Mauvaise

Q5 Laquelle des options suivantes vous décrit-elle le mieux?

[SINGLE SELECT]

1 Asiatique ou Insulaire du Pacifique

2 Noir ou Africain-Américain

3 Hispanique ou Latino

4 Autochtone

5 Blanc ou Caucasien

6 Multiracial ou Biracial

7 Autre

Section 2: Santé [answer_QI_text1]

Dans cette partie de l'enquête, nous allons vous poser des questions concernant la santé [answer_QI_text1].

Q6 En ce moment, est-ce que [answer_QI_text2] fume des cigarettes quotidiennement, occasionnellement ou ne fume pas du tout?

- 1 Quotidiennement
- 2 Occasionnellement
- 3 Ne fume pas

Q6a A-t-[PN: "il" if QI==Père OR Père de votre conjoint(e), "elle" if QI==Mère OR Mère de votre conjoint(e)] déjà fumé des cigarettes quotidiennement?

- 1 Oui
- 2 Non

Q7 À votre connaissance et en observant la liste de problèmes de santé ci-dessous, un médecin a-t-il déjà dit [answer_QI_text3] qu'[PN: "il" if QI==Père OR Père de votre conjoint(e), "elle" if QI==Mère OR Mère de votre conjoint(e)] avait un/ une:

- 1 Cardiopathie (maladie cardiaque)
- 2 Accident vasculaire cérébral (AVC)
- 3 Maladie pulmonaire
- 4 Diabète
- 5 Hypertension
- 6 Dépression ou autres problèmes de santé mentale
- 7 Cancer

Q8 Vous diriez que la santé [answer_QI_text1] est...

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Passable/Moyenne
- 5 Mauvaise

Pour les questions suivantes, nous nous intéressons à la probabilité, selon vous, que certains événements futurs spécifiques se produisent.

Sur une échelle de 0 % à 100 %, où "0 %" signifie que vous pensez que l'évènement "n'arrivera certainement pas" et "100%" signifie que vous pensez que l'évènement "arrivera certainement", nous vous demanderons d'indiquer le « pourcentage de chance » qu'un tel événement se produise. Par exemple, personne ne peut être sûr du temps qu'il fera demain, mais si vous pensez qu'il est peu probable qu'il pleuve demain, vous pourriez dire qu'il y a 15 % de chance qu'il pleuve. Si vous pensez qu'il est très probable qu'il pleuve demain, vous pourriez dire qu'il y a 85 % de chance qu'il pleuve.

Dans ces questions, nous vous demanderons de répondre en cochant une case comme celle ci-dessous pour indiquer votre meilleure estimation du pourcentage de chance qu'un événement se produise.

[PROGRAMMING: Define PROBABILITY SCALE for use in several questions below. Please create a radio button/ "X-box" scale with the numbers and boxes/buttons provided below. Allow only one button to be chosen.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0%	5%	15%	25%	35%	45%	55%	65%	75%	85%	95%	100%
Surely won't happen						Surely will happen					

]

Au début de l'enquête, vous avez indiqué que [answer_QI_text2] est la personne que vous seriez le plus susceptible d'aider dans ses [AVQ].

Q9 Selon vous, quel est le pourcentage de chance que [answer_QI_text2] vive jusqu'à l'âge de [QI_age+5] ans?

Q10 Selon vous, quel est le pourcentage de chance que [answer_QI_text2] vive jusqu'à l'âge de [QI_age+15] ans?

Dans les sections suivantes de l'enquête, nous allons vous poser des questions à propos des soins de longue durée. Ces questions consisteront à considérer que [answer_QI_text2] est effectivement en perte d'autonomie et qu'[PN: "il" if QI==Père OR Père de votre conjoint(e), "elle" if QI==Mère OR Mère de votre conjoint(e)] a besoin d'aide dans ses [AVQ], dont manger, se laver, s'habiller, marcher dans la maison et se mettre au lit ou en sortir.

Q11 Selon vous, quel est le pourcentage de chance que [answer_QI_text2] ait besoin d'aide dans ses [AVQ] pendant **1 an ou plus** au cours de sa vie?

Q11a 2 ans ou plus?

Q11b 4 ans ou plus?

Q 12 no question Q12

Section 3: Situation professionnelle actuelle

Dans cette partie de l'enquête, nous allons vous poser des questions à propos de [if Q2==1,2 DISPLAY "la situation professionnelle actuelle de votre [CONJOINT(E)] et de vous-même", ELSE "votre situation professionnelle actuelle"].

Q13 Dans votre emploi (principal) actuel, travaillez-vous pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous un travailleur / une travailleuse autonome? (Si vous avez plus d'un emploi, votre emploi principal est celui qui vous procure votre revenu principal).

- 1 Travail pour quelqu'un d'autre
- 2 Travailleur / travailleuse autonome

Q14 Avez-vous d'autres emplois actuellement?

- 1 Oui
- 2 Non

Q15: L'année dernière, quels étaient vos horaires de travail? Si vous avez commencé votre emploi [write "vos emplois" if Q14==Oui] récemment, indiquez vos horaires de travail actuels. Comptez les vacances payées comme du temps de travail.

Q15a [Integer 1-99] heures par semaines

Q15b [integer 1-52] semaines par an

[PN: If Q15a*Q15b>= 47*30 define i_FT=1 else define i_FT=0]

Q16 L'année dernière, quel était votre revenu pour cet emploi [write "ces emplois" if Q14==Oui] avant impôts et autres déductions. (Vous pouvez reporter les montants indiqués sur vos feuillets fiscaux T4 ou T4A). Si vous avez commencé cet emploi [write "ces emplois" if Q14==Oui] récemment, veuillez indiquer le revenu annuel anticipé avant impôts et autres déductions.

Numeric

9999999 Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

Q16a Est-ce plus de 60 000 \$?

1 Oui

2 Non

7777777 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

Q16b Est-ce moins de 80 000 \$? 1 Oui 2 Non 7777777 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

Q16c Est-ce plus de 100 000 \$? 1 Oui 2 Non 7777777 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

Q16d Est-ce plus de 40 000 \$? 1 Oui 2 Non 7777777 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

Q16e Est-ce plus de 20 000 \$? 1 Oui 2 Non 7777777 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

[PN: IF 0==1, TYPE_INCOME=9

IF 0==2, TYPE_INCOME=10

IF 0==7777777 OR 8888888 or response not provided, TYPE_INCOME=11 and skip to Q17]

[PN: CREATE VARIABLE "INCOME" AND DEFINE IT IN THE FOLLOWING WAY:

TYPE_INCOME	INCOME
1	Q16
2	70,000
3	80,000
4	130,000
5	90,000
6	100,000
7	50,000
8	40,000
9	30,000
10	10,000
11	20,000
12	60,000

[PN:

IF INCOME <= 15,000:

DEFINE I_BASE_INCOME = 1

ELSE:

FOR JJ IN 1 to 25:

```

        IF INCOME > 15,000 + (JJ-1)*10,000 AND INCOME <= 25,000 + (JJ-1)*10,000
            DEFINE I_BASE_INCOME = JJ+1

IF INCOME > 265,000:
    I_BASE_INCOME = 27

IF THE LOOP IS CORRECTLY IMPLEMENTED I_BASE_INCOME SHOULD BE 1 IF INCOME <=15,000, 2 IF INCOME >
15,000 AND <= 25,000, 3 IF INCOME > 25,000 AND <= 35,000, ETC.

DEFINE BASE_INCOME = 10,000 * I_BASE_INCOME

DEFINE:
    PENSION1    = 40/100* BASE_INCOME
    PENSION2_L = 40/100* BASE_INCOME
    PENSION2_H = 55/100* BASE_INCOME
    PENSION3_L = 55/100* BASE_INCOME
    PENSION3_H = 70/100* BASE_INCOME
    PENSION4_L = 70/100* BASE_INCOME
    PENSION4_H = 85/100* BASE_INCOME
    PENSION5_L = 85/100* BASE_INCOME
    PENSION5_H = 100/100* BASE_INCOME
    PENSION6_L = 100/100* BASE_INCOME
    PENSION6_H = 115/100* BASE_INCOME
    PENSION7    = 115/100* BASE_INCOME

DEFINE:
    FT_INCOME1    = 40/100* BASE_INCOME * (2-i_FT)
    FT_INCOME2_L = 40/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME2_H = 55/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME3_L = 55/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME3_H = 70/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME4_L = 70/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME4_H = 85/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME5_L = 85/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME5_H = 100/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME6_L = 100/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME6_H = 115/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)
    FT_INCOME7    = 115/100* BASE_INCOME* (2-i_FT)

DEFINE:
    PT_INCOME1    = 40/100* BASE_INCOME / (1+i_FT)
    PT_INCOME2_L = 40/100* BASE_INCOME / (1+i_FT)
    PT_INCOME2_H = 55/100* BASE_INCOME / (1+i_FT)
    PT_INCOME3_L = 55/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)
    PT_INCOME3_H = 70/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)
    PT_INCOME4_L = 70/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)
    PT_INCOME4_H = 85/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)
    PT_INCOME5_L = 85/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)
    PT_INCOME5_H = 100/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)
    PT_INCOME6_L = 100/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)
    PT_INCOME6_H = 115/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)
    PT_INCOME7    = 115/100* BASE_INCOME/ (1+i_FT)

]

```

Q17: Dans quelle industrie travaillez-vous [write “pour votre emploi principal” if Q14==Oui)?
DROP DOWN LIST industry- see excel file

Q18: Laquelle des catégories suivantes décrit le mieux votre profession?

DROP DOWN LIST OCCUPATION- see excel file ("StatCan-Occupation" tab)

Q19 no question Q19

[IF Q2==1,2 DISPLAY THE FOLLOWING. Otherwise, skip to next section.]

Nous sommes maintenant intéressés par la situation professionnelle de votre [CONJOINT(E)]

Q 20 Est-ce que votre [CONJOINT(E)] travaille actuellement?

1 Oui

2 Non

[Skip to next section if Q20 is not 1]

Q21 No question 21

Q22 No question 22

Q23 L'année dernière, quel a été le revenu total de votre [CONJOINT(E)] avant impôts et autres déductions. (Ces montants sont indiqués sur ses feuillets fiscaux T4 ou T4A).

Si vous ne connaissez pas le montant exact, merci d'indiquer un montant approximatif. Si votre [CONJOINT(E)] a commencé un emploi [write "ces emplois" if Q22==Oui] récemment, veuillez indiquer son revenu annuel anticipé avant impôts et autres déductions.

[PN: IF Q21==2, Display (Veuillez inclure les revenus ou les profits d'un travail autonome.)]

[FILL BOX, format with commas] Dollars [RANGE 0-2,000,000]

[allow for the DO NOT KNOW possibility]

Section 4: Anticipations quant à la retraite

Dans cette section, nous vous poserons des questions sur vos anticipations quant au moment où vous pensez prendre votre retraite et sur le montant que vous prévoyez recevoir en revenus de retraite si vous prenez votre retraite à différents âges.

[PN:

CREATE THE FOLLOWING RANDOM VARIABLES:

- **RANDM_Q24_1** with:
 - values: 60 and 62
 - and respective probabilities: 1/2 and 1/2
- **RANDM_Q24_2** with:
 - values: 68 and 70
 - and respective probabilities: 1/2 and 1/2

]

[PN: DISPLAY Q24_1, Q24_1a, Q24_1b AND Q24_1c ON THE SAME SCREEN. MAKE SURE THAT THE SCALES ARE ALIGNED.

Q24_1a, Q24_1b, and Q24_1c are mandatory.]

Q24_1 Sur une échelle de 0 à 100, où "0" signifie "aucune chance" et "100" signifie "absolument certain(e)", quelle est la probabilité, selon vous, que vous soyez retraité(e) à :

Q24_1a [RANDOM_Q24_1] ans?
 [PN: DISPLAY PROBABILITY_SCALE]
 Q24_1b 65 ans?
 [PN: DISPLAY PROBABILITY_SCALE]
 Q24_1c [RANDOM_Q24_2] ans?
 [PN: DISPLAY PROBABILITY_SCALE]

PN:

If Q24_1b<Q24_1a:

DISPLAY (right below the probability scale of Q24_1b) {
 La probabilité d'être retraité(e) à 65 ans ne peut pas être inférieure à la probabilité d'être retraité(e) à
 RANDOM_Q24_1 ans. Veuillez corriger votre réponse à cette question ou à la question précédente.}

If Q24_1c<Q24_1b:

DISPLAY (right below the probability scale of Q24_1c) {
 La probabilité d'être retraité(e) à RANDOM_Q24_2 ans ne peut pas être inférieure à la probabilité d'être re-
 traité(e) à 65 ans. Veuillez corriger votre réponse à cette question ou à la question précédente.}

[PN: NEWSSCREEN]

[PN:

- CREATE A RANDOM VARIABLE WIDE_NRW_EXMPL TAKING VALUES 0 OR 1 WITH
 PROBABILITIES 0.5 AND 0.5.
- CREATE A VARIABLE VILLE EQUAL TO Toronto IF QC==5 and TO Montréal if QC==6.

]

[PN: IF (WIDE_NRW_EXMPL == 0), DISPLAY ON A NEW SCREEN]

Pour vous aider à répondre aux prochaines questions, nous vous donnerons 10 balles que vous pourrez mettre dans différents bacs, chaque bac représentant des événements possibles. Plus vous pensez qu'un événement est probable, plus vous devez mettre de balles dans ce bac. Pour voir comment cela fonctionne, voici un exemple qui montre les prédictions de quelqu'un pour la température à [VILLE] demain midi.

Un individu ne sait pas avec certitude à quel point il fera chaud ou froid, mais il a quelques suppositions. Plus il pense que ce sera une température donnée, plus il met de balles dans ce bac.

Dans cet exemple, il est certain que la température n'atteindra pas -5 °C (ou plus) ou ne descendra pas à -20 °C (ou moins) à midi. Il ne met donc pas de balles dans ces bacs. Il pense qu'il y a 20 % de chances (2 sur 10) qu'il fasse entre -20 °C et -16 °C, alors il met 2 balles sur 10 dans ce bac. Il pense qu'il y a 50% de chances (5 sur 10) qu'il fasse entre -15°C et -11°C, alors il met 5 balles sur 10 dans ce bac. Il pense qu'il y a 30% de chances (3 sur 10) qu'il fasse entre -10°C et -4°C, alors il met 3 balles sur 10 dans ce bac.

		o						
	oo	oooo	ooo					
⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕
-21 ou moins	-20 à -16	-15 à -11	-10 à -4	-5 à -1	0 à +4	+5 à +9	+10 à +14	+15 ou plus

[PN: IF (WIDE_NRW_EXMPL == 1), DISPLAY IN A NEW SCREEN]

Ceci est un exemple qui montre les prédictions de quelqu'un pour la température à [VILLE] demain midi. Il ne sait pas avec certitude à quel point il fera chaud ou froid, mais il a quelques suppositions. Plus il pense que ce sera une température donnée, plus il met de balles dans ce bac.

Dans cet exemple, il est certain que la température n'atteindra pas 10 °C (ou plus) à midi, donc il ne met pas de balles dans ces bacs. Il pense qu'il y a 30 % de chances (3 sur 10) qu'il fasse entre -10 °C et -4 °C, alors il met 3 balles sur 10 dans ce bac. Il pense qu'il y a 20% de chances (2 sur 10) qu'il fasse entre -15°C et -11°C, alors il met 2 balles sur 10 dans ce bac. Il pense qu'il y a 10 % de chances (1 sur 10) que la température atteindra chacun des bacs restants, il met donc 1 balle dans chacun d'entre eux.

o	o	oo	ooo	o	o	o		
⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕
-21 ou moins	-20 à -16	-15 tå-11	-10 à-4	-5 à -1	0 à +4	+5 à +9	+10 à +14	+15 ou plus

[PN: NEWSSCREEN]

Au Canada, les pensions publiques sont ajustées à l'inflation. Par conséquent, l'inflation future n'affecte pas le pouvoir d'achat. Dans cette section, veuillez indiquer la totalité de votre revenu de retraite prévu en dollars d'aujourd'hui, c'est-à-dire en supposant qu'il n'y aura pas d'inflation à partir de maintenant.

[PN: NEWSSCREEN]

Q24_2 no question Q24_2

[PN:

1. CRETE A RANDOM VARIABLE Q24_RAND THAT TAKES THE VALUES 0 AND 1 WITH EQUAL PROBABILITY
2. IF Q24_1b > 95%, REPLACE Q24_RAND WITH 1.

THE GOAL OF CREATING THIS VARIABLE IS THAT RESPONDENTS WHO WOULD OTHERWISE RESPOND TO Q24_3 AND Q24_5 ARE RANDOMIZED ASSIGNED TO ONLY ONE OF THESE QUESTIONS, IN ADDITION TO ANSWERING Q24_4. THOSE RESPONDENTS WHO WOULD ONLY RESPOND TO Q24_3 (THOSE WITH Q24_1b>95%) CONTINUE TO RESPOND TO Q24_3 AND Q24_4.]

[ASK IF Q24_RAND==1]

Q24_3 Nous aimerions que vous réfléchissiez au montant que vous penseriez recevoir en revenu de retraite (avant impôts et déductions) si vous preniez votre retraite à l'âge de [RANDM Q24_1] ans. Par revenu de retraite, nous voulons dire la somme des versements du (PN: IF QC==5: "Régime de Pension du Canada", if QC==6: " Régime de rentes du Québec ") et toute autre pension avec des prestations fixes de vos employeurs actuels et précédents.

Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente un niveau de revenu de retraite si vous preniez votre retraite à l'âge de [RANDM Q24_1] ans. Plus vous pensez qu'un montant est probable, plus vous devez placer de balles dans ce bac.

[PN:

THE BOX NEXT TO THE TEXT "BALLES RESTANTES À METTRE DANS LES BACS" SHOULD CONTAIN 10 BALLS INITIALLY.

THE TABLE RIGHT BELOW SHOULD CONTAIN MINUS AND PLUS BUTTONS ON EACH COLUMN AS DISPLAYED.

WHEN THE RESPONDENT CLICKS ON A PLUS BUTTON, THIS SHOULD ADD ONE BALL IN THE CORRESPONDING COLUMN AND REMOVE ONE BALL FROM THE “ BALLES RESTANTES À METTRE DANS LES BACS ” BOX. CONVERSELY, WHEN THE RESPONDENT CLICKS ON A MINUS BUTTON, THIS SHOULD REMOVE ONE BALL FROM THE CORRESPONDING COLUMN AND ADD ONE BALL TO THE “ BALLES RESTANTES À METTRE DANS LES BACS ” BOX.

AS IN THE EXAMPLES ABOVE, PLEASE MAKE SURE THAT WHEN 4 BALLS ARE ALLOCATED, IT STARTS A NEW LINE JUST ABOVE. A SIMILAR LINE SHOULD BE CREATED WHEN THIS NEW LINE CONTAINS 4 BALLS ETC.

PLEASE REFER TO THESE INSTRUCTIONS WHEN QUESTIONS INCLUDE SIMILAR TABLES AS THIS ONE BELOW.
]

[PN: Format amounts as \$ 999,999.]

Quel montant penseriez-vous recevoir en revenu de retraite si vous preniez votre retraite à l'âge de [RANDM Q24 1] ans?

⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕
[PENSION1] ou moins par an	Entre [PEN- SION2_L] et [PENSION2_H] par an	Entre [PEN- SION3_L] et [PENSION3_H] par an	Entre [PEN- SION4_L] et [PEN- SION4_H] par an	Entre [PEN- SION5_L] et [PENSION5_H] par an	Entre [PEN- SION6_L] et [PENSION6_H] par an	[PEN- SION7] ou plus par an

Balles restantes à mettre dans
les bacs:

[PN: IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS “SUI-
VANT”, DISPLAY “VOUS N’AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER.”
ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SEC-
OND ATTEMPT.]

[PN: STORE ANSWERS IN VARIABLES Q24_3_1, Q24_3_2, ..., Q24_3_7 FOLLOWING THE ORDERING IN THE TA-
BLE (I.E. FROM LEFT TO RIGHT)]

Q24_4 Nous aimerions que vous réfléchissiez au montant que vous penseriez recevoir en revenu de retraite (avant impôts et déductions) si vous preniez votre retraite à l'âge de 65 ans.

Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente un niveau de revenu de retraite si vous preniez votre retraite à 65 ans. Plus vous pensez qu'un montant est probable, plus vous devez placer de balles dans ce bac.

Quel montant penseriez-vous recevoir en revenu de retraite si vous preniez votre retraite à l'âge de 65 ans?

[PENSION1] ou moins par an	Entre [PEN- SION2_L] et [PENSION2_H] par an	Entre [PEN- SION3_L] et [PENSION3_H] par an	Entre [PEN- SION4_L] et [PENSION4_H] par an	Entre [PEN- SION5_L] et [PEN- SION5_H] par an	Entre [PEN- SION6_L] et [PENSION6_H] par an	[PENSION7] ou plus par an
----------------------------------	--	--	--	---	--	---------------------------------

Balles restantes à mettre dans
les bacs:

[PN: IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS “SUI-VANT”, DISPLAY “VOUS N’AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER.” ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SEC-OND ATTEMPT.]

[PN: STORE ANSWERS IN VARIABLES Q24_5_1, Q24_5_2, ..., Q24_5_7 FOLLOWING THE ORDERING IN THE TA-BLE (I.E. FROM LEFT TO RIGHT)]

```
[PN:
If Q24_1a>=75%:
    DEFINE AGE_SCENARIO = min(59 , QB+5)
If Q24_1a<75% and Q24_1b>=75%
    DEFINE AGE_SCENARIO = min(RANDM_Q24_1, QB+5)
If Q24_1b<75%:
    DEFINE AGE_SCENARIO = min(65, QB+5)
]
```

DEFINE DEV_INC = -20/100, 0/100, 20/100 with probabilities 1/3, 1/3, 1/3

DEFINE PT_PEN = -30/100, -20/100, -10/100, 0/100 with probabilities 1/4, 1/4, 1/4, 1/4

DEFINE Q24_6_FT = BASE_INCOME * (2-i_FT) * (1+ DEV_INC)

DEFINE Q24_6_HOURS_PT = {18,25} with probabilities 1/2, 1/2

DEFINE Q24_6_PT = Q24_6_FT* Q24_6_HOURS_PT /35 * (1+ PT_PEN) [store as integer]

Q24_6 Nous aimerions que vous vous imaginiez dans la situation hypothétique suivante. Même si c’est difficile, veuillez faire de votre mieux.

Supposez qu’à l’âge de [AGE_SCENARIO] ans, vous avez **uniquement** le choix entre deux emplois similaires dans votre domaine d’expertise si vous souhaitez travailler.

Un emploi est à **temps partiel** (18 heures par semaine) et vous offre un revenu annuel (avant impôts) de [Q24_6_HOURS_PT], et l’autre est un emploi à **temps plein** qui vous offre un revenu annuel (avant impôts et déductions) de [Q24_6_FT]. Ces emplois sont identiques en termes de métier et d’autres caractéristiques, et ne diffèrent que par le nombre d’heures travaillées et par la rémunération.

Nous aimerions savoir quel choix vous serez le plus susceptible de faire. Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente un choix que vous pouvez faire, sachant que vous n’avez le choix

qu'entre ces deux emplois si vous souhaitez travailler. Plus vous pensez qu'un choix est probable, plus vous devez placer de balles dans ce bac.

Quel choix pensez-vous faire?

$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$
Je choisirai l'emploi à temps partiel	Je choisirai l'emploi à temps plein	Je ne choisirai aucun des deux emplois et je choisirai donc de ne pas travailler (par exemple, être retraité(e))

Balles restantes à mettre dans les bacs:

[PN: IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS "SUIVANT", DISPLAY "VOUS N'AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER." ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SECOND ATTEMPT.]

Q24_7 Nous aimerions avoir votre opinion sur ce que sera l'inflation en moyenne dans les 5 prochaines années.

Selon vous, quel sera le taux d'inflation moyen (par an) au cours des 5 prochaines années. Veuillez donner votre meilleure estimation et l'arrondir au nombre entier le plus proche.

Au cours des 5 prochaines années, je m'attendrais à ce que le taux d'inflation (par an) soit de **[FILL BOX, RANGE -20 to +20]** %.

Section 5: Situation financière du ménage / Situation financière de vos parents ou des parents de votre conjoint(e)

Dans cette partie de l'enquête, nous allons vous poser des questions concernant la situation financière de votre ménage et celle de **[answer_QI_text1]**.

Q25 Quelle est votre meilleure estimation du montant que **vous** **[If Q2==1 or 2, display "et votre [CONJOINT(E)]"**] avez accumulé dans des régimes enregistrés d'épargne retraite (REER), comptes d'épargne libres d'impôts (CELI) et autres produits d'épargne ou de placements enregistrés ou non.

[FILL BOX, format with commas, RANGE 0- 99,999,999] Dollars

999999 Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

IF Q25==9999999 or response not provided

Q25a Est-ce plus que \$50,000?

1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

IF Q25a==1

Q25b Est-ce moins que \$200,000? 1 1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

ELSE IF Q25a==2

Q25c Est-ce plus que \$10,000?

1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

Q26 Est-ce que vous [IF Q2==1,2, DISPLAY “ou votre [CONJOINT(E)]”] détenez l’un des types de propriété immobilière ci-dessous? Veuillez sélectionner tous ceux qui s’appliquent.

[PN: MULTI-SELECT, FOR 1 AND 2 ONLY]

1 Résidence principale

2 Résidence secondaire ou autre propriété résidentielle

9999999 Ne possède aucune résidence ou autre propriété

[PN: ASK IF Q26==1 or 2] **Q26a** Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous votre meilleure estimation de la valeur marchande **totale combinée** et du solde hypothécaire **total combiné** de toutes vos propriétés immobilières.

A. Valeur marchande totale de l'im-mobilier	B. Total des soldes hypothécaires im-payés
[FORMAT: \$99,999,999- RANGE \$0 TO \$99,999,999.]	[FORMAT: \$99,999,999- RANGE \$0 TO \$99,999,999.]

Q27 En excluant les hypothèques, quelle est votre meilleure estimation de la valeur totale combinée des dettes financières que vous [IF Q2==1,2, DISPLAY “et votre [CONJOINT(E)]”] avez, telles que les soldes de carte de crédit reportés de mois en mois, les prêts automobiles, les prêts étudiants ou autres prêts personnels.

[FILL BOX, format with commas, RANGE 0-99,000,000] Dollars

9999999 Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

IF Q27 ==9999999 or response not provided

Q27a Est-ce plus de \$10,000?

1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

IF Q27a==1

Q27b Est-ce moins de \$50,000? 1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

ELSE IF Q27a==2

Q27c Est-ce plus de \$5,000?

1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

Dans une section précédente de cette enquête, vous avez indiqué que [answer_QI_text2] est la personne que vous seriez la plus susceptible d’aider dans ses [AVQ] dans le futur.

Q28 Quelle est votre meilleure estimation du montant que [answer_QI_text2] a accumulé dans des régimes enregistrés d’épargne retraite (REER), comptes d’épargne libres d’impôts (CELI) et autres épargnes ou placements enregistrés ou non.

[FILL BOX, format with commas, RANGE 0-99,000,000] Dollars

9999999 Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

IF Q28==9999999 or response not provided

Q28a Est-ce plus de \$50,000?

1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

IF Q28a==1

Q28b Est-ce moins de \$200,000? 1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

ELSE IF Q28a==2

Q28c Est-ce plus de \$10,000?

1 Oui 2 Non 999999 Je ne sais pas 8888888 Je préfère ne pas répondre

Q29 Est-ce que [answer_QI_text2] détient l'un des types de propriété immobilière ci-dessous? Veuillez sélectionner tous ceux qui s'appliquent.

[PN: MULTI-SELECT, FOR 1 AND 2 ONLY]

1 Résidence principale

2 Résidence secondaire ou autre propriété résidentielle

9999999 Ne possède aucune résidence ou autre propriété

8888888 Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

[PN: ASK IF Q29 ==1 or 2]

Q30 Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous votre meilleure estimation de la valeur marchande **totale combinée** et du solde hypothécaire **total combiné** de toutes les propriétés immobilières [answer_QI_text1].

A. Valeur marchande totale de l'immo- bilier	B. Total des soldes hypothécaires im- payés
[FORMAT: \$99,999,999- RANGE \$0 TO \$99,999,999.]	[FORMAT: \$99,999,999- RANGE \$0 TO \$99,999,999.]

Q31 No question 31

Q32 no question Q32

Dans ce qui suit, nous allons vous poser des questions concernant l'option de soins que vous préféreriez pour [answer_QI_text2] (que vous les fournissiez vous-même ou en payant des professionnels de santé ou des institutions) et comment cela pourrait modifier vos choix professionnels.

[IF Q2==1, 2, PLEASE DISPLAY THE FOLLOWING SENTENCE: "Nous excluons ici la possibilité que votre [CONJOINT(E)] soit également en perte d'autonomie et ait aussi besoin d'aide dans ses [AVQ]."]

Nous commencerons par vous poser des questions concernant votre connaissance des coûts des différentes options de soins.

Section 6: Connaissance des institutions de soins de longue durée

Il est possible que lorsqu'une personne vieillit, elle ait de plus en plus de difficultés à effectuer certaines [AVQ]. Dans le cas où elle est en perte d'autonomie et a besoin d'aide dans ses [AVQ], elle pourrait avoir besoin de l'aide de professionnels de santé pour ces activités à domicile. Elle pourrait également entrer dans un [RÉSIDENTENCE]. [PN: if QC==5, insert "En Ontario"; if QC==6, insert "Au Québec"], il existe deux types [Write « de » if QC=5; « d' » if QC=6] [RÉSIDENTENCES]: ceux qui ne sont pas subventionnés par le gouvernement (tous privés) et

ceux qui sont subventionnés par le gouvernement (peuvent être privés ou publics). Dans cette section, nous allons vous poser des questions concernant votre connaissance des institutions de soins de longue durée.

Q33 En 2023, quels sont, d'après vous, les frais moyens mensuels pour une chambre privée (une chambre qui n'est partagée avec personne d'autre) dans un **[ÉTABLISSEMENT] privé et non subventionné par le gouvernement**? Cela comprend les coûts de la chambre et des repas ainsi que tous les soins personnels et infirmiers. Veuillez fournir votre meilleure estimation.

999999 Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

[FILL BOX, format with commas, RANGE 0-200,000] Dollars par mois
[PN : ASK ON SAME SCREEN]

IF Q33==9999999 or response not provided

Q33a Pensez-vous que c'est plus de \$3,000? 1 Oui 2 Non

IF Q33a==1

Q33b Pensez-vous que c'est moins de \$5,000? 1 Oui 2 Non

ELSE IF Q33a==2

Q33c Pensez-vous que c'est plus de \$1,000? 1 Oui 2 Non

END IF

END IF

END IF

Nous allons maintenant vous poser des questions concernant les caractéristiques des **[RÉSIDENCES]** subventionnés par le gouvernement.

[PN: ASK ON SAME SCREEN]

Q34 En 2023, quels sont, d'après vous, les frais moyens mensuels (net de toute subvention) pour l'utilisateur d'une chambre privée (une chambre qui n'est partagée avec personne d'autre) que votre **[insert answer to Q1]** devrait payer dans un **[RÉSIDENCE]** subventionné par le gouvernement **[PN: "s'il" if Q1==Père OR Père de votre conjoint(e), "si elle" if Q1==Mère or Mère de votre conjoint(e)]** y est [« admise » if Q1==Mère or Mère de votre conjoint(e), « admis » if Q1==Père OR Père de votre conjoint(e)]? Veuillez fournir votre meilleure estimation.

[FILL BOX, format with commas, RANGE 0-200,000] Dollars par mois

999999 Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

[PN : ASK ON SAME SCREEN]

IF Q34==9999999

Q34b1 Pensez-vous que c'est plus de \$3,000? 1 Oui 2 Non

IF Q34b==1

Q34b2 Pensez-vous que c'est moins de \$5,000? 1 Oui 2 Non

ELSE IF Q34b==2

Q34b3 Pensez-vous que c'est plus de \$1,000? 1 Oui 2 Non

END IF

Nous allons maintenant vous poser des questions concernant les soins professionnels qu'une personne pourrait recevoir à domicile si celle-ci avait besoin d'aide dans ses [AVQ].

Q35 There is no Q35.

Q36 Supposez que **[answer_Q1_text2]** ait besoin d'aide dans ses **[AVQ]**. Étant donné sa condition de santé, **[answer_Q1_text2]** est éligible à une place en **[RESIDENCE]**, mais **[PN: "il" if Q1==Père OR Père de votre conjoint(e), "elle" if Q1==Mère OR Mère de votre conjoint(e)]** préfère recevoir des soins à domicile. En 2023, selon vous, quels sont les coûts mensuels pour recevoir des soins à domicile, pour une personne avec ces mêmes conditions de santé? Veuillez fournir votre meilleure estimation.

[FILL BOX, format with commas, RANGE 0-200,000] Dollars par mois

Q37 Pensez-vous qu'il existe des subventions publiques ou des crédits d'impôt pour embaucher un aide-soignant professionnel à domicile?

1 Oui

2 Non

9999 Je ne sais pas

Supposez que [answer_QI_text2] ait besoin d'aide dans ses [AVQ] et que vous aimeriez vous occuper [PN: "de lui" if QI==Père OR Père **de votre conjoint(e)**, "d'elle" if QI==Mère OR Mère **de votre conjoint(e)**] vous-même.

Q38a Pensez-vous qu'il existe des programmes publics qui permettent une compensation financière ou un congé sans solde pendant que vous lui fournirez temporairement ces soins?

1 Oui

2 Non

9999 Je ne sais pas

[If Q13==1]

Q38b Comme sur l'écran précédant, supposez que [answer_QI_text2] ait besoin d'aide dans ses AVQ, et que vous aimeriez prendre de soin [PN: "de lui" if QI==Père OR Père **de votre conjoint(e)**, "d'elle" if QI==Mère OR Mère **de votre conjoint(e)**] vous-même. Pensez-vous que votre emploi vous offrirait des modalités de travail particulières (horaires aménagés, travail en équipe, travail à distance), en plus de ce qui est autorisé par le gouvernement, pendant que vous lui fournirez temporairement ces soins?

1 Oui

2 Non

9999 Je ne sais pas

Section 7: Choix de travail et de soins en cas de perte d'autonomie d'un parent

[PN: NEW SCREEN]

Nous sommes intéressés par ce qui arriverait, selon vous, si [answer_QI_text2] était en perte d'autonomie.

En particulier, nous voulons savoir comment vous pensez que cela pourrait affecter votre situation de travail. Dans ce but, nous aimerions que vous vous imaginiez dans certaines situations hypothétiques. Même s'il est difficile de vous imaginer dans ces situations, veuillez faire de votre mieux.

[PN: NEW SCREEN]

Pour les questions suivantes, imaginez que vous avez [AGE_SCENARIO] ans et que [answer_QI_text2] soit en perte d'autonomie. Sa santé nécessite de l'aide dans ses [AVQ].

Q39 Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente une situation dans laquelle [answer_QI_text2] pourrait se retrouver [PN: "s'il" if QI==Père OR Père **de votre conjoint(e)**, "si elle" if QI==Mère or Mère **de votre conjoint(e)**] a besoin d'aide dans ses AVQ. Plus vous pensez qu'une situation est probable, plus vous devez placer de balles dans ce bac.

Supposez que [answer_QI_text2] a besoin d'aide dans ses [AVQ] et que vous avez [AGE_SCENARIO] ans.

Quel type de soins pensez-vous que [answer_QI_text2] va recevoir?

--	--	--

$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$
Recevoir des soins dans un [RÉSIDENTENCE].	Recevoir des soins à domicile, principalement par des professionnels.	Recevoir des soins à domicile, principalement par vous, la famille ou les amis.

Balles restantes à mettre dans les bacs:

[PN: IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS “SUIVANT”, DISPLAY “VOUS N’AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER.” ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SECOND ATTEMPT.]

[PN: STORE ANSWERS IN VARIABLES Q39_1, Q39_2, Q39_3 FOLLOWING THE ORDERING IN THE TABLE (I.E. FROM LEFT TO RIGHT)]

Q40 Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente une situation d’aide dans laquelle vous pourriez vous retrouver si [answer_QI_text2] a besoin d’aide dans ses [AVQ]. Plus vous pensez qu’une situation est probable, plus vous devez placer de balles dans le bac correspondant.

Supposons que [answer_QI_text2] a besoin d’aide dans ses [AVQ] et que vous avez [AGE_SCENARIO] ans.

Combien d’heures par semaine pensez-vous passer à aider [answer_QI_text2]?

$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$
Passer en moyenne moins d’une heure chaque semaine à l’aider.	Passer en moyenne entre 1 et 10 heures chaque semaine à l’aider.	Passer en moyenne entre 11 et 20 heures chaque semaine à l’aider.	Passer en moyenne plus de 20 heures chaque semaine à l’aider.

Balles restantes à mettre dans les bacs:

[PN: IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS “SUIVANT”, DISPLAY “VOUS N’AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER.” ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SECOND ATTEMPT.]

[PN: STORE ANSWERS IN VARIABLES Q40_1, Q40_2, Q40_3, Q40_4 FOLLOWING THE ORDERING IN THE TABLE (I.E. FROM LEFT TO RIGHT)]

Q41 Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente une situation professionnelle dans laquelle vous pourriez vous retrouver si [answer_QI_text2] a besoin d’aide dans ses [AVQ]. Plus vous pensez qu’une situation est probable, plus vous devez placer de balles dans le bac correspondant.

Supposez que [answer_QI_text2] a besoin d'aide dans ses [AVQ] et que vous avez [AGE_SCENARIO] ans.

Selon vous, quelle sera votre situation de travail?

$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$
Travailler à temps plein	Travailler à temps partiel	Être à la retraite complète	Ne pas travailler sans être à la retraite complète

Balles restantes à mettre dans les bacs:

[PN: IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS "SUIVANT", DISPLAY "VOUS N'AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER." ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SECOND ATTEMPT.]

[PN: STORE ANSWERS IN VARIABLES Q41_1, Q41_2, Q41_3, Q41_4 FOLLOWING THE ORDERING IN THE TABLE (I.E. FROM LEFT TO RIGHT)]

Q42 There is no Q42.

Q43 There is no Q43.

[PN:

IF i_FT==1:

DEFINE SCEN_PT_STOP = PT OR STOP WITH PROBABILITIES Q41_1/(Q41_1+ Q41_4) AND Q41_4/(Q41_1+ Q41_4)

IF i_FT==0 and Q41_4>0:

DEFINE SCEN_PT_STOP = STOP

IF i_FT==0 and Q41_4==0:

SKIP TO Section 8

IF SCEN_PT_STOP = PT:

DEFINE SHOW_PT_STOP = de travailler à temps partiel

DEFINE SHOW_PT_STOP2 = travaillé à temps partiel

IF SCEN_PT_STOP = STOP:

DEFINE SHOW_PT_STOP = d'arrêter de travailler

DEFINE SHOW_PT_STOP2 = arrêté de travailler

DEFINE YEAR_CARE = 1,2,3 WITH PROBABILITIES 1/3, 1/3, 1/3

IF YEAR_CARE== 1

DEFINE TXT_YEAR1 = L'année dernière

DEFINE TXT_YEAR2 = 1 an

IF YEAR_CARE== 2

DEFINE TXT_YEAR1 = Il y a deux ans

```

        DEFINE TXT_YEAR2 = 2 ans
    IF YEAR_CARE== 3
        DEFINE TXT_YEAR1 = Il y a trois ans
        DEFINE TXT_YEAR2 = 3 ans

]

```

[PN: NEWSSCREEN]

Pour les questions suivantes, nous aimerions que vous vous imaginiez dans la situation hypothétique suivante.

Vous avez [AGE_SCENARIO+ YEAR_CARE] ans. [TXT_YEAR1], [answer_QI_text2] a commencé à avoir besoin d'aide dans ses AVQ and vous avez décidé [SHOW_PT_STOP] pour l'aider. Malheureusement, après [TXT_YEAR2] de besoin d'aide dans ses AVQ, [answer_QI_text2] décède.

Nous aimerions savoir quelle serait, selon vous, votre situation de travail dans les quelques mois **après** le décès [answer_QI_text1].

Q44. Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente une situation professionnelle dans laquelle vous pourriez vous retrouver dans la situation hypothétique décrite ci-dessous. Plus vous pensez qu'une situation est probable, plus vous devez placer de balles dans le bac correspondant.

Supposez que [answer_QI_text2] a eu besoin d'aide dans ses AVQ pendant [TXT_YEAR2] avant de décéder, années pendant lesquelles vous avez [SHOW_PT_STOP2] pour l'aider.

Après le décès [answer_QI_text1] (vous aurez alors [AGE_SCENARIO+YEAR_CARE] ans), quelle sera, selon vous, votre situation professionnelle?

$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$
Travailler à temps plein	Travailler à temps partiel	Être à la retraite complète	Ne pas travailler, sans être à la retraite complète

Balles restantes à mettre dans les bacs:

[PN: IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS "SUIVANT", DISPLAY "VOUS N'AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER." ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SECOND ATTEMPT.]

[PN: STORE ANSWERS IN VARIABLES Q44_1, Q44_2, Q44_3, Q44_4 FOLLOWING THE ORDERING IN THE TABLE (I.E. FROM LEFT TO RIGHT)]

Q45 Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente une situation professionnelle dans laquelle vous pourriez vous retrouver dans la situation hypothétique décrite ci-dessous.

Supposez que vous avez [SHOW_PT_STOP2] pendant [TXT_YEAR2] pour aider [answer_QI_text2]. Après le décès de [« celle-ci » if QI==Mère OR Mère de votre conjoint(e), « celui-ci » if QI==Père OR Père de votre conjoint(e)], vous avez [AGE_SCENARIO+YEAR_CARE] ans et vous travaillez à **temps plein** (parce que vous avez cherché et trouvé un tel emploi).

Selon vous, quel sera votre revenu de travail (avant taxes et déductions)?

Veuillez noter que les chiffres dans les bacs sont en dollars d'aujourd'hui.

⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕	⊖ ⊕
[FT_INCOME1] ou moins par an	Entre [FT_INCOME2_L] et [FT_INCOME2_H] par an	Entre [FT_INCOME3_L] et [FT_INCOME3_H] par an	Entre [FT_INCOME4_L] et [FT_INCOME4_H] par an	Entre [FT_INCOME5_L] et [FT_INCOME5_H] par an	Entre [FT_INCOME6_L] et [FT_INCOME6_H] par an	[FT_INCOME7] ou moins par an

Balles restantes à mettre dans
les bacs:

[PN: IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS “SUIVANT”, DISPLAY “VOUS N’AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER.” ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SECOND ATTEMPT.]

[PN: STORE ANSWERS IN VARIABLES Q45_1, Q45_2, ..., Q45_7 FOLLOWING THE ORDERING IN THE TABLE (I.E. FROM LEFT TO RIGHT)]

Q46. Vous avez 10 balles à placer dans les bacs suivants. Chaque bac représente une situation professionnelle dans laquelle vous pourriez vous retrouver dans la situation hypothétique décrite ci-dessous.

Supposez que vous avez [SHOW_PT_STOP2] pendant [TXT_YEAR2] pour aider [answer_QI_text2]. Après le décès de [« celle-ci » if QI==Mère OR Mère de votre conjoint(e), « celui-ci » if QI==Père OR Père de votre conjoint(e)], vous avez [AGE_SCENARIO+YEAR_CARE] ans, et vous travaillez à **temps partiel** (parce que vous avez cherché et trouvé un tel emploi).

Selon vous, quel sera votre revenu de travail (avant taxes et déductions)?

Veuillez noter que les chiffres dans les bacs sont en dollars d’aujourd’hui.

$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$	$\ominus \oplus$
[PT_INCOME1] ou moins par an	Entre [PT_IN- COME2_L] et [PT_INCOME2_H] par an	Entre [PT_IN- COME3_L] et [PT_IN- COME3_H] par an	Entre [PT_IN- COME4_L] et [PT_INCOME4_H] par an	Entre [PT_IN- COME5_L] et [PT_IN- COME5_H] par an	Entre [PT_IN- COME6_L] et [PT_INCOME6_H] par an	[PT_INCOME7] ou moins par an

Balles restantes à mettre dans
les bacs :

[PN : IF BALLS REMAIN IN THE BOX INITIALLY CONTAINING THE 10 BALLS WHEN THE RESPONDENT CLICKS "SUIVANT", DISPLAY "VOUS N'AVEZ PAS UTILISÉ TOUTES LES BALLES. VEUILLEZ TOUTES LES UTILISER."
ALLOW THE RESPONDENT TO MOVE TO THE NEXT QUESTION WITH REMAINING BALLS IN THE BOX AT THE SECOND ATTEMPT.]

[PN: STORE ANSWERS IN VARIABLES Q46_1, Q46_2, ..., Q46_7 FOLLOWING THE ORDERING IN THE TABLE (I.E. FROM LEFT TO RIGHT)]

Section 8 : Attitudes familiales

Dans cette partie de l'enquête, nous allons vous poser des questions à propos de vos attitudes concernant la prise en charge de personnes en perte d'autonomie au sein de la famille.

Q47 Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

[PN : ANSWERS : 5 Tout à fait d'accord ; 4 D'accord ; 3 Pas d'accord ; 2 Pas du tout d'accord ; 1 Je ne sais pas]

Q47a C'est la responsabilité de la famille de s'occuper des parents âgés lorsque cela est possible.

Q47b C'est le devoir des enfants de fournir à leurs parents des soins informels ou de payer pour leurs soins formels à long terme, si le besoin s'en fait sentir.

Q47c Si mes parents avaient besoin de soins, je ferais de mon mieux pour m'occuper d'eux moi-même, même si ce n'est pas attendu de moi et que cela signifie moins de temps libre ou de temps pour travailler.

Q48 Supposez que vous ne pouvez pas fournir des soins à [answer_QI_text2] et qu'[PN: "il" if QI==Père OR Père de votre conjoint(e), "elle" if QI==Mère OR Mère de votre conjoint(e)] le sait. Comment pensez-vous que cela affecterait le montant de l'héritage que vous recevriez [PN: "de lui" if QI==Père OR Père de votre conjoint(e), "d'elle" if QI==Mère OR Mère de votre conjoint(e)] ?

1. Cela augmenterait le montant de l'héritage que je recevrais.
2. Cela réduirait le montant de l'héritage que je recevrais.
3. Cela n'affecterait pas le montant de l'héritage que je recevrais.
4. Je m'attends à ne recevoir aucun héritage, quels que soient les soins que je fournisse.

Q49 Maintenant, supposez que [answer_QI_text2] n'est pas en mesure de vous laisser un héritage. Cela affecterait-il la possibilité que vous lui fournissiez des soins?

1. Je fournirais plus de soins
2. Je fournirais exactement la même quantité de soins.
3. Je fournirais moins de soins.
4. Je ne fournirais aucun soin du tout.

Section 9: Attitudes envers les modalités de soins et comportement d'épargne

Dans cette dernière section, nous allons vous poser quelques questions concernant vos préférences pour différents types de soins de longue durée, et si la pandémie COVID-19 a changé votre perception des soins de longue durée et votre comportement d'épargne.

Q50 Supposez que le gouvernement propose une politique pour accroître l'accès aux soins à domicile pour les personnes ayant besoin d'aide dans leurs activités de vie quotidienne (AVQ). Cette politique subventionnerait **les soins à domicile fournis par des professionnels, ou par la famille et les proches**, afin de réduire la probabilité pour les personnes âgées de se retrouver dans un [RÉSIDENCE]. Par conséquent, le gouvernement augmenterait les impôts pour financer cette politique. Quelle serait votre opinion sur une telle politique :

1. Je serais tout à fait en désaccord avec ce plan.
2. Je ne serais pas d'accord avec ce plan.
3. Je serais d'accord avec ce plan.
4. Je serais tout à fait d'accord avec ce plan.

Q51 Imaginez que vous avez besoin d'aide avec vos activités de vie quotidienne (AVQ) à l'avenir. Diriez-vous qu'en raison de la pandémie COVID-19, vous seriez :

- 1 Plus susceptible d'entrer dans un [RÉSIDENCE] qu'avant la pandémie.
- 2 Moins susceptible d'entrer dans un [RÉSIDENCE] qu'avant la pandémie.
- 3 Aussi susceptible d'entrer dans un [RÉSIDENCE] qu'avant la pandémie.

Q52 En raison de la pandémie COVID-19, votre volonté d'épargner pour quand vous serez plus âgé a-t-elle changé?

- 1 Oui, je suis prêt(e) à épargner moins
- 2 Oui, je suis prêt(e) à épargner davantage
- 3 Non

[PN: if Q52==2] **Q52a** Avez-vous effectivement commencé à épargner davantage?

- 1 Oui
- 2 Non

[End of the survey]

APPENDICE B

ÉCARTS MOYENS REVENU ET ÉPARGNE ONTARIO/QUÉBEC

TABLEAU B.0.1 – Écarts de revenu moyen entre l'Ontario et le Québec selon les terciles

	Québec	Ontario	Écart absolu	Écart relatif (%)
Premier tercile	39 624	36 085	−3 539	−8.9
Deuxième tercile	69 788	75 946	6 158	8.8
Troisième tercile	121 584	134 833	13 249	10.9

TABLEAU B.0.2 – Écarts d'épargne moyenne entre l'Ontario et le Québec selon les terciles

	Québec	Ontario	Écart absolu	Écart relatif (%)
Premier tercile	13 705	19 091	5 386	39.3
Deuxième tercile	107 465	123 590	16 125	15.0
Troisième tercile	714 531	749 167	34 636	4.8

APPENDICE C

ANALYSE DESCRIPTIVE ET RÉGRESSIONS DE ROBUSTESSE : MODÈLE DE PRÉFÉRENCE POUR UN TYPE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

TABLEAU C.0.1 – Normes sociales et altruisme selon le genre et la province

	Homme ON (%)	Homme QC (%)	Femme ON (%)	Femme QC (%)	Total (%)
Responsabilité familiale					
Désaccord / Fort désaccord	6,44	8,85	8,77	7,13	7,73
Accord / Fort accord	91,35	88,45	87,28	90,78	89,55
Sans opinion	2,21	2,70	3,95	2,10	2,72
Devoir familial					
Désaccord / Fort désaccord	20,52	28,26	33,77	37,32	29,89
Accord / Fort accord	75,65	67,81	58,77	56,18	64,67
Sans opinion	3,82	3,93	7,46	6,50	5,44
Altruisme					
Désaccord / Fort désaccord	8,25	14,74	10,75	11,53	11,16
Accord / Fort accord	88,73	81,33	83,99	83,44	84,54
Sans opinion	3,02	3,93	5,26	5,03	4,30
Total	497	407	456	477	1 837

Source : Calculs de l’auteure à partir des données de l’Institut Retraite et Épargne.

TABLEAU C.0.2 – Probabilités prédites de préférer ses parents selon le genre et l’attitude altruiste

	Désaccord (%)	Accord (%)	Sans opinion (%)
Hommes	63,2 (4,5)	70,8 (1,6)	68,2 (7,8)
Femmes	76,9 (4,0)	78,6 (1,5)	73,8 (6,3)

Note : Les valeurs présentées correspondent à des probabilités prédites issues du modèle logistique et sont calculées séparément pour chaque combinaison de genre et d’attitude altruiste, toutes choses égales par ailleurs. Elles ne constituent pas une distribution de fréquences et ne sont donc pas destinées à sommer à 100 %.

Source : Calculs de l’auteure à partir des données de l’Institut Retraite et Épargne.

TABLEAU C.0.3 – Effets marginaux moyens – régression logit (revenu en terciles nettoyé : plancher 5 000 et plafond 200 000)

Variables	Effets marginaux moyens	Erreur std.
Variables sociodémographiques		
Genre		
Femme	0,082***	0,021
Groupe d'âge (réf. : 45–49)		
50–53 ans	–0,072**	0,025
54–58 ans	–0,058**	0,024
Statut matrimonial (réf. : Non marié)		
Marié / conjoint de fait	–0,200***	0,022
Groupe ethnique (réf. : Blancs)		
Minorités visibles	–0,011	0,028
Autochtones et autres	0,031	0,050
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)		
Secondaire	–0,078	0,106
Supérieur au secondaire	–0,099	0,104
Variables économiques		
Statut d'emploi (réf. : Non salarié)		
Salarié	–0,005	0,033
Travail à temps plein (réf. : Non)		
Oui	0,016	0,029
Revenu (réf. : 1er tercile)		
2e tercile	–0,006	0,026
3e tercile	0,014	0,027
Santé de l'aidant (réf. : Très bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,010	0,039
Bonne santé	–0,007	0,024
Excellente santé	–0,019	0,029
Santé du parent aidé (réf. : Bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,096***	0,025
Très bonne santé	–0,049*	0,027
Excellente santé	–0,064	0,044
Perceptions : héritage & normes		
Effet sur l'héritage si l'on n'aide pas (réf. : diminuerait/pas d'héritage)		
Augmenterait/pas d'effet	0,128***	0,021
Effet de l'absence d'héritage sur la volonté d'aider (réf. : Diminuerait/pas de soins)		
Augmenterait/Aucun changement	0,070	0,074
L'altruisme comme motivation de l'aide informelle (réf. : En désaccord)		
En accord	0,034	0,032
Pas d'opinion	–0,016	0,060
Nombre d'observations : $N = 1\,736$		

Note : *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,10$.

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

TABLEAU C.0.4 – Effets marginaux moyens – régression logit (revenu en terciles nettoyé : plancher 10 000 et plafond 200 000)

Variables	Effets marginaux moyens	Erreur std.
Variables sociodémographiques		
Genre		
Femme	0,081***	0,021
Groupe d'âge (réf. : 45–49)		
50–53 ans	–0,071**	0,025
54–58 ans	–0,061**	0,025
Statut matrimonial (réf. : Non marié)		
Marié / conjoint de fait	–0,200***	0,022
Groupe ethnique (réf. : Blancs)		
Minorités visibles	–0,018	0,028
Autochtones et autres	0,023	0,051
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)		
Secondaire	–0,038	0,128
Supérieur au secondaire	–0,057	0,127
Variables économiques		
Statut d'emploi (réf. : Non salarié)		
Salarié	–0,007	0,033
Travail à temps plein (réf. : Non)		
Oui	0,019	0,030
Revenu (réf. : 1er tercile)		
2e tercile ($55\,000 < x \leq 90\,000$)	–0,003	0,026
3e tercile ($> 90\,000$)	0,017	0,027
Santé de l'aidant (réf. : Très bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,010	0,040
Bonne santé	–0,007	0,024
Excellente santé	–0,026	0,030
Santé du parent aidé (réf. : Bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,096***	0,025
Très bonne santé	–0,052*	0,027
Excellente santé	–0,068	0,044
Perceptions : héritage & normes		
Effet sur l'héritage si l'on n'aide pas (réf. : diminuerait/pas d'héritage)		
Augmenterait/pas d'effet	0,129***	0,021
Effet de l'absence d'héritage sur la volonté d'aider (réf. : Diminuerait/pas de soins)		
Augmenterait/Aucun changement	0,068	0,074
L'altruisme comme motivation de l'aide informelle (réf. : En désaccord)		
En accord	0,037	0,033
Pas d'opinion	–0,014	0,060
Nombre d'observations : $N = 1\,716$		

Note : *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,10$.

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

TABLEAU C.0.5 – Effets marginaux moyens – régression logit (revenu compris entre 30 000 et 300 000\$)

Variables	Effets marginaux moyens	Erreur std.
Variables sociodémographiques		
Genre		
Femme	0,085***	0,022
Groupe d'âge (réf. : 45–49)		
50–53 ans	–0,070***	0,026
54–58 ans	–0,052**	0,025
Statut matrimonial (réf. : Non marié)		
Marié / conjoint de fait	–0,195***	0,023
Groupe ethnique (réf. : Blancs)		
Minorités visibles	–0,026	0,029
Autochtones et autres	0,015	0,052
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)		
Secondaire	–0,098	0,102
Supérieur au secondaire	–0,109	0,100
Variables économiques		
Statut d'emploi (réf. : Non salarié)		
Salarié	0,020	0,035
Travail à temps plein (réf. : Non)		
Oui	0,016	0,033
Revenu (réf. : 1er tercile $\leq 60\,000$)		
2e tercile ($60\,000 < x \leq 92\,000$)	–0,022	0,027
3e tercile ($> 92\,000$)	0,026	0,027
Santé de l'aidant (réf. : Très bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,023	0,040
Bonne santé	–0,004	0,025
Excellente santé	–0,032	0,030
Santé du parent aidé (réf. : Bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,095***	0,025
Très bonne santé	–0,049*	0,027
Excellente santé	–0,082*	0,046
Perceptions : héritage & normes		
Effet sur l'héritage si l'on n'aide pas (réf. : diminuerait/pas d'héritage)		
Augmenterait/pas d'effet	0,119***	0,021
Effet de l'absence d'héritage sur la volonté d'aider (réf. : Diminuerait/pas de soins)		
Augmenterait/Aucun changement	0,073	0,076
L'altruisme comme motivation de l'aide informelle (réf. : En désaccord)		
En accord	0,055	0,034
Pas d'opinion	–0,007	0,061
Nombre d'observations : $N = 1\,638$		

Note : *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,10$.

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

TABLEAU C.0.6 – Effets marginaux moyens – régression logit (log du revenu)

Variables	Effets marginaux moyens	Erreur std.
Variables sociodémographiques		
Genre		
Femme	0,086***	0,022
Groupe d'âge (réf. : 45–49)		
50–53 ans	–0,068***	0,026
54–58 ans	–0,053**	0,025
Statut matrimonial (réf. : Non marié)		
Marié / conjoint de fait	–0,196***	0,022
Groupe ethnique (réf. : Blancs)		
Minorités visibles	–0,025	0,029
Autochtones et autres	0,012	0,052
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)		
Secondaire	–0,095	0,102
Supérieur au secondaire	–0,107	0,100
Variables économiques		
Statut d'emploi (réf. : Non salarié)		
Salarié	0,016	0,035
Travail à temps plein (réf. : Non)		
Oui	0,012	0,032
Log du revenu	0,027	0,026
Santé de l'aidant (réf. : Très bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,023	0,040
Bonne santé	–0,007	0,025
Excellente santé	–0,033	0,031
Santé du parent aidé (réf. : Bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,096***	0,025
Très bonne santé	–0,047*	0,027
Excellente santé	–0,077*	0,046
Perceptions : héritage & normes		
Effet sur l'héritage si l'on n'aide pas (réf. : diminuerait/pas d'héritage)		
Augmenterait/pas d'effet	0,120***	0,021
Effet de l'absence d'héritage sur la volonté d'aider (réf. : Diminuerait/pas de soins)		
Augmenterait/Aucun changement	0,067	0,076
L'altruisme comme motivation de l'aide informelle (réf. : En désaccord)		
En accord	0,053	0,034
Pas d'opinion	–0,003	0,061
Nombre d'observations : $N = 1\,638$		

Note : *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,10$

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

TABLEAU C.0.7 – Effets marginaux moyens – régression logit (épargne en terciles)

Variables	Effets marginaux moyens	Erreur std.
Variables sociodémographiques		
Genre		
Femme	0,082***	0,020
Groupe d'âge (réf. : 45–49)		
50–53 ans	–0,068***	0,024
54–58 ans	–0,052**	0,024
Statut matrimonial (réf. : Non marié)		
Marié / conjoint de fait	–0,186***	0,022
Groupe ethnique (réf. : Blancs)		
Minorités visibles	–0,008	0,026
Autochtones et autres	0,020	0,050
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)		
Secondaire	–0,091	0,084
Supérieur au secondaire	–0,108	0,082
Variables économiques		
Statut d'emploi (réf. : Non salarié)		
Salarié	–0,008	0,031
Travail à temps plein (réf. : Non)		
Oui	0,010	0,027
Épargne (réf. : 1er tercile)		
2e tercile	–0,021	0,025
3e tercile	0,005	0,025
Santé de l'aidant (réf. : Très bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,018	0,038
Bonne santé	–0,003	0,024
Excellente santé	–0,007	0,028
Santé du parent aidé (réf. : Bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,099***	0,024
Très bonne santé	–0,037	0,026
Excellente santé	–0,065	0,042
Perceptions : héritage & normes		
Effet sur l'héritage si l'on n'aide pas (réf. : diminuerait/pas d'héritage)		
Augmenterait/pas d'effet	0,129***	0,021
Effet de l'absence d'héritage sur la volonté d'aider (réf. : Diminuerait/pas de soins)		
Augmenterait/Aucun changement	0,080	0,073
L'altruisme comme motivation de l'aide informelle (réf. : En désaccord)		
En accord	0,039	0,032
Pas d'opinion	–0,000	0,058
Nombre d'observations : $N = 1\,837$		

Note : *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,10$

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

TABLEAU C.0.8 – Effets marginaux moyens – régression logit (épargne comprise entre 1 000 et 1 000 000\$)

Variables	Effets marginaux moyens	Erreur std.
Variables sociodémographiques		
Genre		
Femme	0,067***	0,022
Groupe d'âge (réf. : 45–49)		
50–53 ans	–0,063**	0,026
54–58 ans	–0,048*	0,025
Statut matrimonial (réf. : Non marié)		
Marié / conjoint de fait	–0,195***	0,023
Groupe ethnique (réf. : Blancs)		
Minorités visibles	–0,000	0,028
Autochtones et autres	0,046	0,052
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)		
Secondaire	–0,099	0,095
Supérieur au secondaire	–0,121	0,092
Variables économiques		
Statut d'emploi (réf. : Non salarié)		
Salarié	–0,009	0,034
Travail à temps plein (réf. : Non)		
Oui	0,005	0,031
Épargne (réf. : 1er tercile $\leq$ 1 000)		
2e tercile	–0,027	0,026
3e tercile	0,004	0,027
Santé de l'aidant (réf. : Très bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,005	0,043
Bonne santé	–0,001	0,025
Excellente santé	0,008	0,030
Santé du parent aidé (réf. : Bonne santé)		
Santé passable/mauvaise	0,116***	0,026
Très bonne santé	–0,020	0,028
Excellente santé	–0,043	0,046
Perceptions : héritage & normes		
Effet sur l'héritage si l'on n'aide pas (réf. : diminuerait/pas d'héritage)		
Augmenterait/pas d'effet	0,125***	0,022
Effet de l'absence d'héritage sur la volonté d'aider (réf. : Diminuerait/pas de soins)		
Augmenterait/Aucun changement	0,108	0,083
L'altruisme comme motivation de l'aide informelle (réf. : En désaccord)		
En accord	0,021	0,034
Pas d'opinion	–0,026	0,061
Nombre d'observations : $N = 1\,578$		

Note : *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,10$

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

APPENDICE D

RÉPARTITION CROISÉE ENTRE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PARENTS ET LEUR ESPÉRANCE DE VIE PERÇUE

TABLEAU D.0.1 – Répartition (en %) croisée entre l'état de santé des parents et leur espérance de vie perçue

État de santé	Survie à 5 ans	Survie à 5 ans $\geq$ 75 %	Survie à 5 ans $\geq$ 75 %	Survie à 5 ans $\geq$ 75 %	Total
	< 75 %	et survie à 15 ans < 50 %	et survie à 15 ans 50–84 %	et survie à 15 ans $\geq$ 85 %	
Excellent	18,41	6,08	1,07	1,17	6,63
Très bon	45,45	27,90	20,11	8,80	26,04
Bon	26,14	46,96	46,09	32,55	38,42
Assez bon	10,00	19,06	32,74	57,48	28,91
Total (# d'obs.)	440	362	562	341	1705

Source : Calculs de l'auteure à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

APPENDICE E

MÉTHODOLOGIE ET ROBUSTESSE : PRÉFÉRENCES RECLASSÉES DES TYPES DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Afin de tenir compte des situations de préférences partagées entre les différents types de soins de longue durée, nous avons procédé à un reclassement des choix déclarés des répondants en trois catégories. La catégorie *Domicile* regroupe les préférences strictes pour les soins familiaux à domicile et pour les soins à domicile avec assistance professionnelle, ainsi que les cas d'égalité entre ces deux modalités lorsque celles-ci dominent les soins en établissement. La catégorie *Résidence (CHSLD)* correspond aux préférences claires pour les soins en établissement (CHSLD). Enfin, la catégorie *Indifférent* regroupe les situations d'égalité impliquant les soins en établissement, soit les égalités entre soins en résidence et soins professionnels à domicile, ainsi que celles entre soins en CHSLD et soins familiaux à domicile, ces configurations traduisant une absence de hiérarchisation claire (ou de préférence tranchée) entre une prise en charge à domicile et un recours aux soins en établissement. Les égalités parfaites entre les trois modalités sont exclues de l'analyse.

Dans un second temps, afin d'examiner la robustesse des résultats à une classification alternative fondée sur le degré de formalisation de la prise en charge, nous avons procédé à un reclassement des préférences déclarées en trois catégories. La catégorie *Soins informels* regroupe les préférences claires pour les soins familiaux à domicile. La catégorie *Soins formels* comprend les préférences claires pour les soins à domicile avec assistance professionnelle ainsi que pour les soins en établissement (CHSLD), de même que les situations d'égalité entre ces deux modalités lorsqu'elles dominent les soins familiaux. Enfin, la catégorie *Indifférent* rassemble les situations d'égalité entre les soins familiaux à domicile et les soins professionnels à domicile, ainsi que celles entre les soins familiaux à domicile et les soins en établissement, ces configurations traduisant une absence de préférence

nette entre une prise en charge informelle et une prise en charge formalisée. Comme pour le premier reclassement, les égalités parfaites entre les trois modalités sont exclues de l'analyse.

TABLEAU E.0.1 – Répartition des préférences reclassées pour le type de soins de longue durée selon la province

Préférence reclassée	Ontario (%)	Québec (%)	Total (%)
Domicile (famille ou professionnels)	45,38	45,91	45,64
Résidence (CHSLD)	34,99	38,96	36,98
Indifférent (égalité impliquant la résidence)	19,63	15,13	17,38
Total	1 146	1 150	2 296

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

TABLEAU E.0.2 – Répartition des préférences reclassées selon le degré de formalisation des soins, par province

Préférence reclassée	Ontario (%)	Québec (%)	Total (%)
Soins informels (familiaux à domicile)	23,47	20,00	21,73
Soins formels (professionnels ou CHSLD)	60,91	64,35	62,63
Indifférent (égalité formel / informel)	15,62	15,65	15,64
Total	1 146	1 150	2 296

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

TABLEAU E.0.3 – Résultats : Préférences reclassées du type de soins de longue durée
(Institutionnalisation, Soins à domicile ou Indifférent)

Variables explicatives	Domicile		CHSLD	
	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std
Caractéristiques sociodémographiques				
Femme	0,952	(0,128)	1,199*	(0,121)
Âge (réf. : 45–49 ans)				
50–53 ans	0,847	(0,138)	0,796*	(0,099)
54–58 ans	0,701**	(0,115)	0,790*	(0,096)
Marié-e/conjoint-e de fait (réf. : Non marié)				
Oui	1,216	(0,175)	1,182	(0,126)
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)				
Secondaire	5,613	(5,946)	1,674	(0,736)
Supérieur au sec.	5,377	(5,647)	1,342	(0,575)
Santé de l'aidant (réf. : très bonne)				
Passable/faible	0,990	(0,259)	1,349	(0,258)
Bonne	0,890	(0,144)	1,153	(0,139)
Excellente	0,874	(0,160)	1,015	(0,140)
Santé du parent (réf. : bonne)				
Passable/faible	1,183	(0,204)	1,167	(0,152)
Très bonne	0,897	(0,157)	0,977	(0,127)
Excellente	1,067	(0,288)	0,841	(0,180)
Situation économique				
Travail à temps plein (réf. : Non)				
Oui	1,423*	(0,265)	1,129	(0,147)
Épargne (réf. : 1er tercile)				
2e tercile	1,044	(0,171)	1,122	(0,136)
3e tercile	1,122	(0,188)	1,062	(0,135)
Espérance de vie du parent (réf. : faible ≤ 5 ans)				
Courte : 5–15 ans (peu probable >15 ans)	1,247	(0,240)	1,277	(0,190)
Moyenne : >15 ans (mod. probable)	1,118	(0,206)	1,402**	(0,194)
Longue : probable >15 ans	1,076	(0,245)	1,659***	(0,278)
Constante	0,068**	(0,074)	0,635	(0,302)
Statistiques du modèle				
Chi ² du modèle (36 ddl) : 62,53			Prob > Chi ² : 0,0040	
Log-vraisemblance : –2116,4431			Pseudo R^2 : 0,0146	
Nombre d'observations : 2 129				

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

Note : La catégorie de référence est *Indifférent*.

Note : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$

TABLEAU E.0.4 – Résultats : Préférences reclassées du type de soins de longue durée
(Soins formels, Soins informels ou indifférent)

Variables explicatives	Soins informels		Soins formels	
	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std
Caractéristiques sociodémographiques				
Femme	0,882	(0,126)	1,019	(0,124)
Âge (réf. : 45–49 ans)				
50–53 ans	0,886	(0,154)	0,749*	(0,110)
54–58 ans	0,951	(0,165)	0,788	(0,117)
Marié-e/conjoint-e de fait (réf. : Non marié)				
Oui	0,827	(0,126)	1,004	(0,132)
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)				
Secondaire	0,945	(0,598)	1,505	(0,828)
Supérieur au sec.	1,146	(0,708)	1,449	(0,780)
Santé de l'aidant (réf. : très bonne)				
Passable/faible	1,008	(0,287)	1,310	(0,316)
Bonne	0,880	(0,148)	0,957	(0,137)
Excellente	0,953	(0,186)	0,918	(0,155)
Santé du parent (réf. : bonne)				
Passable/faible	1,073	(0,203)	1,222	(0,198)
Très bonne	0,928	(0,168)	0,900	(0,140)
Excellente	0,816	(0,237)	0,841	(0,206)
Situation économique				
Travail à temps plein (réf. : Non)				
Oui	0,951	(0,172)	1,192	(0,187)
Épargne (réf. : 1er tercile)				
2e tercile	1,069	(0,184)	1,087	(0,159)
3e tercile	1,142	(0,205)	1,120	(0,172)
Espérance de vie du parent (réf. : faible ≤ 5 ans)				
Courte : 5–15 ans (peu probable >15 ans)	1,958***	(0,426)	2,028***	(0,392)
Moyenne : >15 ans (mod. probable)	1,051	(0,200)	1,333*	(0,215)
Longue : probable >15 ans	1,097	(0,257)	1,443*	(0,286)
Constante	1,444	(0,984)	1,951	(1,157)
Statistiques du modèle				
Chi ² du modèle (36 ddl) : 52,16	Prob > Chi ² : 0,0398			
Log-vraisemblance : -2074,5766	Pseudo R ² : 0,0124			
Nombre d'observations : 2 296				

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

Note : La catégorie de référence est *Indifférent*.

Note : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$.

E.1 Analyse descriptive et de robustesse — Perceptions des coûts des soins de longue durée

Cette annexe présente de manière détaillée les perceptions des répondants quant aux coûts associés aux soins de longue durée, ainsi que leur niveau de connaissance des dispositifs de soutien public et privé existants. Ces éléments fournissent un éclairage complémentaire aux analyses économétriques en contextualisant les variables de coûts introduites dans les tests de robustesse.

Le Tableau E.1.1 met en évidence des écarts marqués entre l'Ontario et le Québec dans les coûts anticipés des soins de longue durée. Les répondants ontariens estiment systématiquement des coûts mensuels plus élevés que leurs homologues québécois, tant pour l'hébergement en établissement que pour les soins à domicile. Par exemple, le coût moyen anticipé d'une chambre privée en CHSLD public est évalué à 2 640 \$ en Ontario, contre 2 203 \$ au Québec, tandis que les soins à domicile sont estimés à 2 733 \$ en Ontario et à 1 861 \$ au Québec.

Ces différences reflètent à la fois des écarts réels de tarification entre les provinces et des représentations différenciées des systèmes de soins de longue durée. Dans les deux contextes, les services médicaux et infirmiers sont couverts par les régimes publics, mais les personnes hébergées doivent assumer des frais liés au logement et à la nourriture. Au Québec, ces frais prennent la forme d'une contribution financière plafonnée, tandis qu'en Ontario ils correspondent à une quote-part mensuelle.

La confrontation des montants anticipés par les répondants aux tarifs officiellement pratiqués permet d'évaluer la précision de ces perceptions. En 2024, les tarifs des chambres privées en CHSLD public ou privé conventionné au Québec sont plafonnés à 2 142,30 \$ par mois (Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 2023), contre 2 909,36 \$ pour une chambre individuelle en établissement de soins de longue durée en Ontario (Gouvernement de l'Ontario, 2024). Dans les deux provinces, les coûts anticipés sont du même ordre de grandeur que les tarifs observés, mais tendent à être légèrement surestimés, en particulier en Ontario. Ces écarts suggèrent une connaissance imparfaite, mais proche des réalités tarifaires. Un exercice équivalent n'a pas été réalisé pour les soins à domicile, pour lesquels il est difficile d'établir un coût de référence directement comparable aux

montants déclarés par les répondants.

Sur cette base, nous avons construit une variable binaire permettant d'identifier, par province, les répondants considérés comme *bien informés* ou *mal informés* quant aux coûts des chambres privées en CHSLD. Un répondant est classé comme bien informé lorsque son estimation se situe dans un intervalle de tolérance fondé sur les ordres de grandeur observés dans les régimes de tarification en vigueur, soit entre 1 000 \$ et 3 000 \$ par mois pour les CHSLD publics ou privés conventionnés, et au-delà de 5 000 \$ pour les CHSLD privés non subventionnés. Ces intervalles visent à tenir compte à la fois des différences provinciales de tarification et du caractère déclaratif des perceptions recueillies. Cette classification repose sur un sous-échantillon de 1 687 individus. La différence par rapport à l'échantillon initial de 2 300 répondants s'explique par l'exclusion de 613 observations pour lesquelles l'information disponible — en raison de valeurs manquantes ou de réponses ne permettant pas de reconstruire un intervalle de coût cohérent — ne permettait pas une évaluation fiable du degré d'information.

Les résultats indiquent qu'une minorité des répondants est considérée comme mal informée, toutes provinces confondues (17,57 %), tandis que plus de la moitié de l'échantillon (55,78 %) présentent une perception assez proche des tarifs réellement pratiqués. Des différences provinciales apparaissent néanmoins : 58,40 % des répondants ontariens sont classés comme bien informés, contre 53,17 % au Québec. Par ailleurs, plus du quart de l'échantillon (26,65 %) ne dispose pas d'une information suffisante pour permettre une classification fiable de leur perception des coûts.¹

1. Il s'agit principalement de répondants présentant des valeurs manquantes sur les variables de coûts des CHSLD privés et publics ou de combinaisons de réponses aux questions seuils ne permettant pas de reconstruire un intervalle de coût cohérent, ou encore des configurations ne permettant pas de trancher entre une perception jugée *bien informée* ou *mal informée* selon les règles de construction retenues. Pour une description détaillée de la formulation des questions et des modalités de réponse, voir les questions 33 à 36 présentées en Annexe A.

TABLEAU E.1.1 – Perception des coûts de soins de longue durée

Indicateur	Ontario (en %)	Québec (en %)	Total (en %)
Coût moyen mensuel (en \$)			
Chambre privée (CHSLD privé)	4 016,23	2 918,91	—
Chambre privée (CHSLD public)	2 640,26	2 203,10	—
Soins à domicile	2 733,94	1 861,22	—
Perception des prix des CHSLD			
Mal informé	15,14	19,98	17,57
Bien informé	58,40	53,17	55,78
Non classé	26,46	26,85	26,65
Total	1149	1151	2300

Note : Les coûts moyens sont calculés par province et ne sont pas agrégés.

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne

TABLEAU E.1.2 – Test de robustesse avec modèle principal — Selon les perceptions de coûts des SLD (RRR)

Variables explicatives	Domicile : Soins professionnels		CHSLD	
	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std
Caractéristiques sociodémographiques				
Femme	0,999	(0,167)	1,178	(0,159)
Âge (réf. : 45–49 ans)				
50–53 ans (T2)	0,952	(0,195)	0,896	(0,149)
54–58 ans (T3)	0,769	(0,157)	0,857	(0,139)
Marié-e/conjoint-e de fait (réf. : Non marié)				
Oui	0,930	(0,167)	1,079	(0,158)
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)				
Secondaire (HS)	$1,565 \times 10^6$	$(1,09 \times 10^9)$	1,372	(0,918)
Supérieur au sec. (Above HS)	$1,218 \times 10^6$	$(8,46 \times 10^8)$	0,906	(0,592)
Santé de l'aidant (réf. : très bonne)				
Passable/faible	1,133	(0,366)	1,215	(0,321)
Bonne	1,046	(0,208)	1,125	(0,182)
Excellente	0,796	(0,182)	1,011	(0,182)
Santé du parent (réf. : bonne)				
Passable/faible	1,177	(0,251)	1,068	(0,184)
Très bonne	0,848	(0,185)	1,101	(0,192)
Excellente	1,194	(0,424)	1,165	(0,355)
Situation économique				
Travail à temps plein (réf. : Non)				
Oui	1,666**	(0,378)	1,351*	(0,230)
Épargne (réf. : 1er tercile)				
2e tercile	0,889	(0,182)	1,083	(0,178)
3e tercile	1,078	(0,226)	1,134	(0,193)
Perceptions de coûts (réf. : 1er tercile)				
Coût CHSLD privé (terciles)				
2e tercile	0,822	(0,166)	0,945	(0,156)
3e tercile	0,596**	(0,157)	0,647**	(0,137)
Coût CHSLD public (terciles)				
2e tercile	1,450	(0,407)	1,271	(0,304)
3e tercile	0,968	(0,205)	1,166	(0,196)
Coût soins à domicile (terciles)				
2e tercile	0,937	(0,189)	1,264	(0,203)
3e tercile	1,269	(0,280)	1,100	(0,201)
Espérance de vie du parent (réf. : catégorie 4)				
Courte : probable >5 ans, peu probable >15 ans	1,011	(0,239)	1,108	(0,221)
Moyenne : probable >5 ans, mod. probable >15 ans	0,884	(0,209)	1,440*	(0,279)
Longue : probable >5 ans et >15 ans	0,760	(0,221)	1,615**	(0,372)
Constante	$5,37 \times 10^{-7}$	$(3,73 \times 10^{-4})$	0,847	(0,623)
Statistiques du modèle				
Chi ² du modèle (48 ddl) : 59,03			Prob > Chi ² : 0,1322	
Log-vraisemblance : -1308,2437			Pseudo R ² : 0,0221	
Nombre d'observations : 1 304				

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

Note : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$.

Pour tester la robustesse des résultats sur les perceptions de coûts, une spécification alternative est estimée en reclassant la variable dépendante selon le degré de formalisation des soins. Cette approche distingue les soins informels familiaux des soins formels (à domicile ou en établissement) et isole les situations d'indifférence. Elle permet d'analyser si les perceptions de coûts influencent principalement l'arbitrage entre soins familiaux et soins formels, plutôt que le choix du lieu de prise en charge, et si leurs effets apparaissent plus clairement lorsqu'on raisonne en termes de formalisation des soins et de préférence tranchée.

Ce second test de robustesse met davantage en évidence le rôle des considérations financières. Alors que l'effet des coûts perçus était limité dans l'arbitrage entre soins à domicile et en CHSLD, il devient central lorsqu'on distingue soins informels et formels. Des coûts jugés élevés augmentent significativement la probabilité d'exprimer une préférence claire plutôt qu'une indifférence, souvent en faveur des soins familiaux lorsque les soins institutionnalisés sont perçus comme trop coûteux. Ces résultats complètent ceux du premier test : les perceptions de coûts expliquent peu le choix du lieu de prise en charge, mais jouent un rôle clé dans l'arbitrage entre soins informels et formels et dans la capacité à formuler une préférence tranchée.

TABLEAU E.1.3 – Résultats du modèle logistique multinomial — Choix du type de soins reclassé selon le degré de formalisation (RRR)

Variables explicatives	Soins informels (familiaux)		Soins formels (prof. ou établissement)	
	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std
Caractéristiques sociodémographiques				
Femme	0,853	(0,145)	1,002	(0,147)
Âge (réf. : 45–49 ans)				
50–53 ans	0,907	(0,190)	0,796	(0,142)
54–58 ans	0,906	(0,186)	0,762	(0,134)
Marié-e/conjoint-e de fait (réf. : Non)				
Oui	1,026	(0,188)	1,099	(0,173)
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)				
Secondaire	0,936	(0,757)	1,536	(1,064)
Supérieur au sec.	1,002	(0,788)	1,087	(0,735)
Santé de l'aidant (réf. : très bonne)				
Passable/faible	1,097	(0,368)	1,456	(0,414)
Bonne	0,945	(0,190)	1,010	(0,173)
Excellente	1,000	(0,231)	0,907	(0,183)
Santé du parent (réf. : bonne)				
Passable/faible	1,177	(0,268)	1,294	(0,256)
Très bonne	0,786	(0,169)	0,812	(0,150)
Excellente	0,597	(0,206)	0,705	(0,201)
Situation économique				
Temps plein (réf. : Non)				
Oui	0,835	(0,178)	1,174	(0,221)
Épargne (réf. : 1er tercile)				
2e tercile	1,128	(0,231)	1,105	(0,193)
3e tercile	1,107	(0,238)	1,136	(0,210)
Perceptions de coûts (réf. : 1er tercile)				
Coût CHSLD privé				
2e tercile	1,947***	(0,405)	1,786***	(0,316)
3e tercile	3,193***	(0,854)	2,153***	(0,501)
Coût CHSLD public				
2e tercile	0,595*	(0,179)	0,775	(0,197)
3e tercile	0,519***	(0,108)	0,600***	(0,106)
Coût soins à domicile				
2e tercile	0,948	(0,200)	1,154	(0,211)
3e tercile	0,568**	(0,128)	0,657**	(0,128)
Espérance de vie du parent (réf. : longue)				
Courte	1,908**	(0,497)	1,889***	(0,437)
Moyenne	1,044	(0,241)	1,281	(0,252)
Constante	1,559	(1,362)	2,246	(1,690)
Statistiques du modèle				
Chi ² du modèle (48 ddl) : 85,66				Prob > Chi ² : 0,0007
Log-vraisemblance : –1513,7496				Pseudo R ² : 0,0275
Nombre d'observations : 1 720				

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

Note : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$.

APPENDICE F

RÉSULTATS DES TESTS DE ROBUSTESSE - INTENSITÉ DES SOINS

TABLEAU F.0.1 – Résultats du modèle logistique multinomial - Autre spécification de l'épargne (RRR)

Variables explicatives	Moins d'1h/semaine		11–20h/semaine		Plus de 20h/semaine	
	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std
Caractéristiques sociodémographiques						
Femme	0,948	(0,175)	1,071	(0,137)	1,337*	(0,200)
Âge (réf. : 45–49 ans)						
50–53 ans (T2)	1,418	(0,332)	1,024	(0,158)	1,170	(0,213)
54–58 ans (T3)	1,894***	(0,428)	1,031	(0,160)	1,300	(0,234)
Marié-e/conjoint-e de fait (réf. : Non)						
Oui	0,991	(0,211)	0,950	(0,132)	0,824	(0,130)
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)						
Secondaire (HS)	0,206**	(0,153)	2,173	($1,88 \times 10^9$)	2,206	(1,879)
Supérieur au sec. (Above HS)	0,499	(0,345)	2,225	($1,92 \times 10^9$)	1,151	(0,971)
Santé de l'aidant (réf. : très bonne)						
Passable/faible	0,894	(0,327)	1,141	(0,276)	1,093	(0,300)
Bonne	0,941	(0,209)	0,962	(0,146)	0,966	(0,168)
Excellente	1,370	(0,326)	1,093	(0,187)	0,863	(0,180)
Santé du parent (réf. : bonne)						
Passable/faible	1,334	(0,332)	1,265	(0,202)	1,441*	(0,270)
Très bonne	1,446	(0,343)	0,823	(0,137)	1,021	(0,201)
Excellente	2,631***	(0,904)	1,036	(0,305)	1,595	(0,500)
Situation économique						
Temps plein (réf. : Non)						
Oui	0,747	(0,180)	1,071	(0,197)	0,599***	(0,110)
Épargne (réf. : 1er tercile)						
2e tercile	0,666*	(0,148)	1,084	(0,164)	1,017	(0,179)
3e tercile	0,631**	(0,141)	0,865	(0,139)	0,901	(0,168)
Âge prévu de la retraite (réf. : < 65 ans)						
Départ à 65 ans	0,910	(0,216)	1,108	(0,172)	0,957	(0,181)
Départ à 68 ans ou plus	1,241	(0,356)	1,067	(0,222)	1,426	(0,313)
Espérance de vie du parent (réf. : faible ≤ 5 ans)						
Courte : 5–15 ans (peu probable >15 ans)	1,068	(0,283)	1,171	(0,223)	0,932	(0,212)
Moyenne : >15 ans (mod. probable)	1,035	(0,263)	1,086	(0,194)	1,028	(0,213)
Longue : probable >15 ans	1,255	(0,390)	1,180	(0,251)	1,257	(0,302)
Groupe du proche aidé (réf. : beaux-parents)						
Parents	0,706*	(0,147)	1,478**	(0,243)	1,781***	(0,365)
Constante	0,436	(0,358)	$1,25 \times 10^{-7}$	($1,08 \times 10^{-4}$)	0,166*	(0,154)
Statistiques du modèle						
Chi ² du modèle (63 ddl) : 136,88	Prob > Chi ² : 0,0000					
Log-vraisemblance : –1904,5976	Pseudo R ² : 0,0347					
Nombre d'observations : 1 644						

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

Note : La catégorie de référence de la variable dépendante est 1 à 10h/semaine.

Note : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$.

TABLEAU F.0.2 – Résultats du modèle logistique multinomial - spécification avec le revenu (RRR)

Variables explicatives	Moins d'1h/semaine		11–20h/semaine		Plus de 20h/semaine	
	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std	RRR	Erreur std
Caractéristiques sociodémographiques						
Femme	1,138	(0,202)	1,119	(0,138)	1,189	(0,169)
Âge (réf. : 45–49 ans)						
50–53 ans (T2)	1,221	(0,270)	0,971	(0,142)	1,322	(0,227)
54–58 ans (T3)	1,663**	(0,350)	0,941	(0,139)	1,537**	(0,261)
Marié-e/conjoint-e de fait (réf. : Non)						
Oui	0,961	(0,193)	1,008	(0,133)	0,791	(0,117)
Niveau d'éducation (réf. : < secondaire)						
Secondaire (HS)	0,423	(0,366)	2,703	(2,967)	$8,70 \times 10^5$	$(4,01 \times 10^8)$
Supérieur au sec. (Above HS)	0,763	(0,641)	3,272	(3,571)	$5,59 \times 10^5$	$(2,58 \times 10^8)$
Santé de l'aidant (réf. : très bonne)						
Passable/faible	0,614	(0,221)	1,108	(0,249)	0,805	(0,210)
Bonne	0,874	(0,183)	1,010	(0,146)	0,981	(0,160)
Excellente	1,201	(0,277)	1,012	(0,167)	0,865	(0,174)
Santé du parent (réf. : bonne)						
Passable/faible	1,171	(0,280)	1,265	(0,191)	1,278	(0,228)
Très bonne	1,611**	(0,360)	0,782	(0,126)	1,183	(0,216)
Excellente	2,607***	(0,843)	0,925	(0,254)	1,411	(0,426)
Situation économique						
Temps plein (réf. : Non)						
Oui	1,006	(0,248)	1,036	(0,180)	0,779	(0,143)
Revenu (réf. : 1er tercile $\leq 55\,000$)						
2e tercile ($55\,000 < x \leq 90\,000$)	0,863	(0,182)	0,944	(0,140)	0,865	(0,141)
3e tercile ($> 90\,000$)	0,697	(0,156)	0,898	(0,142)	0,581***	(0,110)
Âge prévu de la retraite (réf. : < 65 ans)						
Départ à 65 ans	0,818	(0,189)	1,162	(0,172)	0,929	(0,166)
Départ à 68 ans ou plus	1,181	(0,327)	1,113	(0,222)	1,427*	(0,298)
Espérance de vie du parent (réf. : faible ≤ 5 ans)						
Courte : 5–15 ans (peu probable >15 ans)	0,912	(0,237)	1,128	(0,204)	0,907	(0,199)
Moyenne : >15 ans (mod. probable)	1,132	(0,268)	1,019	(0,175)	1,241	(0,242)
Longue : probable >15 ans	1,302	(0,383)	1,166	(0,234)	1,452	(0,332)
Groupe du proche aidé (réf. : beaux-parents)						
Parents	0,640**	(0,126)	1,353*	(0,209)	1,614**	(0,307)
Constante	0,239	(0,229)	0,102**	(0,116)	$3,57 \times 10^{-7}$	$(1,65 \times 10^{-4})$
Statistiques du modèle						
Chi ² du modèle (63 ddl) : 134,19	Prob > Chi ² : 0,0000					
Log-vraisemblance : –2105,8303	Pseudo R^2 : 0,0309					
Nombre d'observations : 1 809						

Source : Calculs de l'auteur à partir des données de l'Institut Retraite et Épargne.

Note : La catégorie de référence de la variable dépendante est 1 à 10h/semaine.

Note : *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$.

BIBLIOGRAPHIE

- Antonucci, T. C., Birditt, K. S. et Webster, N. J. (2010). Social relations and mortality : A more nuanced approach. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 649–659.
- Becker, G. S. (1974). A theory of social interactions. *Journal of political economy*, 82(6), 1063–1093.
- Blomqvist, A. et Busby, C. (2014). Paying for the boomers : Long-term care and inter-generational equity. *CD Howe Institute Commentary*, 415.
- Boisclair, D., Côté-Sergent, A., Laliberté-Auger, F., Marchand, S. et Michaud, P.-C. (2016). *COMPAS : A Health Microsimulation Model for Quebec and Canada. Technical Document*. Rapport technique, Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques, Montréal, Québec
- Bolin, K., Lindgren, B. et Lundborg, P. (2008a). Informal and formal care among single-living elderly in europe. *Health economics*, 17(3), 393–409.
- Bolin, K., Lindgren, B. et Lundborg, P. (2008b). Your next of kin or your own career ? : Caring and working among the 50+ of europe. *Journal of health economics*, 27(3), 718–738.
- Brandt, M., Haberkern, K. et Szydlik, M. (2009). Intergenerational help and care in europe. *European sociological review*, 25(5), 585–601.
- Campbell, L. D. et Martin-Matthews, A. (2003). The gendered nature of men’s filial care. *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S350–S358.
- Charenkova, J. (2023). “parenting my parents” : Perspectives of adult children on assuming and remaining in the caregiver’s role. *Frontiers in Public Health*, 11, 1059006.
- Charles, K. K. et Sevak, P. (2005). Can family caregiving substitute for nursing home care? *Journal of health economics*, 24(6), 1174–1190.

- Cox, D. (1987). Motives for private income transfers. *Journal of political economy*, 95(3), 508–546.
- Cox, D. et Rank, M. R. (1992). Inter-vivos transfers and intergenerational exchange. *The review of economics and statistics*, 305–314.
- Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées : enjeux, défis et stratégies*. Montréal, Québec : Beauchemin.
- Ettner, S. L. (1996). The opportunity costs of elder care. *Journal of Human Resources*, 189–205.
- Fast, J., Keating, N., Lero, D. S., Eales, J. et Duncan, K. (2013). *The Economic Costs of Care to Family/Friend Caregivers : A Synthesis of Findings*. Research on Aging, Policies and Practice, Department of Human Ecology, University of Alberta.
- Gouvernement de l'Ontario (2024). Payer les soins de longue durée. Site web du Gouvernement de l'Ontario. Consulté le 14 février 2025. Récupéré de <https://www.ontario.ca/fr/page/payer-les-soins-de-longue-duree#section-0>
- Haberkern, K. et Szydlik, M. (2010). State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 european countries. *Ageing & Society*, 30(2), 299–323.
- JuridiQC (2023). Proches aidants d'un aîné en perte d'autonomie : les crédits d'impôt pour compenser le temps passé à aider votre proche. Site web de JuridiQC. Consulté le 18 novembre 2024. Récupéré de <https://juridiquc.gouv.qc.ca/aïnes-en-perte-d'autonomie/proches-aidants/aide-et-soutien/proches-aidants-d-un-aïné-en-perte-d-autonomie-les-credits-d-impot-pour-compenser->
- Kumagai, N. (2017). Distinct impacts of high intensity caregiving on caregivers' mental health and continuation of caregiving. *Health economics review*, 7, 1–14.
- Laliberté-Auger, F., Côté-Sergent, A., Boisclair, D., Décarie, Y., Duclos, J.-Y. et Michaud, P.-C. (2015). Utilisation et coût de l'hébergement avec soins de longue durée au québec, 2010 à 2050. *Assurances et gestion des risques*, 82(3-4), 23–41.

- McDaniel, S. A. (1997). Intergenerational transfers, social solidarity, and social policy : Unanswered questions and policy challenges. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 16(S1), 1–21.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021–2026 : Reconnaître pour mieux soutenir*. Rapport technique, Gouvernement du Québec, Québec. Publication no. 21-835-11W
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021–2026 : Pour le mieux-être des personnes hébergées*. Rapport technique, Gouvernement du Québec, Québec. Publication no. 22-814-01F
- Ministère des Finances du Québec (2024). Bulletin d'information 2024-9. Site web du Ministère des Finances du Québec. Consulté le 18 novembre 2024. Récupéré de https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/finances/publications-adm/Bulletins/FR/BULFR_2024-9.pdf
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A. et Feldman, P. H. (2002). Informal caregiving : differential experiences by gender. *Medical care*, 40(12), 1249–1259.
- Niimi, Y. (2016). The “costs” of informal care : An analysis of the impact of elderly care on caregivers' subjective well-being in japan. *Review of Economics of the Household*, 14, 779–810. <http://dx.doi.org/10.1007/s11150-016-9333-1>. Récupéré de <https://doi.org/10.1007/s11150-016-9333-1>
- OCDE (2005). Les soins de longue durée pour les personnes âgées. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264015876-fr>. Récupéré de <https://doi.org/10.1787/9789264015876-fr>
- OCDE (2024). *Is Care Affordable for Older People ?* Rapport technique, Paris
- Pinquart, M. et Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health : a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250.
- Revenu Québec (2024). Crédit d'impôt pour maintien à domicile. Site web de Revenu Québec. Consulté le 18 novembre 2024. Récupéré de <https://www.revenuquebec.ca/fr/citoyens/credits-dimpot/credit-dimpot-pour-maintien-a-domicile/>

- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (2023). Hébergement en établissement public. Site web de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Consulté le 18 novembre 2024. Récupéré de <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/hebergement-etablissement-public>
- Schulz, R. et Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality : the caregiver health effects study. *Jama*, 282(23), 2215–2219.
- Simard-Duplain, G. (2022). Heterogeneity in informal care intensity and its impact on employment. *Journal of Health Economics*, 86, 102647. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102647>. Récupéré de <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102647>
- Skira, M. M. (2015). Dynamic wage and employment effects of elder parent care. *International Economic Review*, 56(1), 63–93. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/24517888>
- Statistique Canada (2020). *Le soutien reçu par les aidants au Canada*. Rapport technique 2020-1, Statistique Canada, Ottawa, Ontario. Produit no 75-006-X au catalogue de Statistique Canada
- Statistique Canada (2023). Tableau 13-10-0114-01 : Espérance de vie et autres éléments de la table complète de mortalité, estimations sur trois ans, canada, toutes les provinces sauf l'Île-du-prince-Édouard. Consulté le 14 août 2024, <http://dx.doi.org/10.25318/1310011401-fra>. Récupéré de <https://doi.org/10.25318/1310011401-fra>
- Statistique Canada (2024). Les personnes âgées vont bien – le vieillissement de la population au canada. En date du 1er juillet 2023, environ 7,6 millions de Canadiens étaient âgés de 65 ans et plus, représentant 18,9 % de la population totale. Récupéré le 2025-10-19 de <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/7059-les-personnes-agees-vont-bien-le-vieillissement-de-la-population-au-canada>
- Statistique Canada (2025). Projections démographiques pour le canada (2024 à 2074), les provinces et les territoires (2024 à 2049). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/91-520-x2025001-fra.htm>. Rapport technique, Ottawa, publié le 21 janvier 2025.

- Sun Life Financial (2023). Coûts des soins de longue durée par province. Site web de Sun Life Financial. Consulté le 18 novembre 2024. Récupéré de <https://centralesunlife.sunlife.ca/fr/produits/sante/soins-de-longue-duree/couts-des-soins-de-longue-duree-par-province/>
- Szydlik, M. (2004). Inheritance and inequality : Theoretical reasoning and empirical evidence. *European Sociological Review*, 20(1), 31–45. <http://dx.doi.org/10.1093/esr/20.1.31>. Récupéré de <https://doi.org/10.1093/esr/20.1.31>
- Turcotte, M. (2014). Les canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés. *Regards sur la société canadienne*, 75-006-X(septembre). Produit no 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2014001/article/14042-fra.htm>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). *World Population Prospects 2022 : Summary of Results*. Rapport technique UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3, United Nations, New York
- Van Houtven, C. H. et Norton, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of health economics*, 23(6), 1159–1180.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J. et Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health ? a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), 946.
- Zarit, S. H. et Edwards, A. B. (1996). Family caregiving : research and clinical intervention. *Handbook of the clinical psychology of ageing*, 331–368.
- Zarzycki, M., Seddon, D., Bei, E., Dekel, R. et Morrison, V. (2022). How culture shapes informal caregiver motivations : A meta-ethnographic review. *Qualitative Health Research*, 32(10), 1574–1589.