



LA FINANCIARISATION DU LOGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES AU CANADA

Un rapport pour le Bureau du défenseur fédéral
du logement

Jackie Brown

Juin 2022

Bureau du défenseur fédéral du logement, Commission canadienne des droits de la personne
344, rue Slater, 8^e étage, Ottawa (Ontario) K1A 1E1

Sans frais : 1-888-214-1090 | **TTY :** 1-888-643-3304 | **Télécopie :** 613-996-9661 | housingchrc.ca

Le présent rapport fait partie d'une série de rapports sur la financiarisation du logement commandée par le Bureau du défenseur fédéral du logement (BDFL). Les autres rapports dans cette série sont disponibles sur le site du BDFL et sur le Rond-point de l'itinérance : rondpointdelitinerance.ca/bdfl.

Les opinions, constatations et conclusions ou recommandations exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de la Commission canadienne des droits de la personne ou de la Défenseure fédérale du logement.

This text is also available in English under the title, The Financialization of Seniors' Housing in Canada. It is available on the Office of the Federal Housing Advocate's website and on the Homeless Hub.

Pour citer ce rapport :

Brown, J. 2022. *La financiarisation du logement des personnes âgées au Canada*. Le Bureau du défenseur fédéral du logement.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada
représentée par la Commission canadienne des droits de la personne, 2022.

Numéro de catalogue : HR34-1/2022F-PDF

ISBN : 978-0-660-44759-9

Sommaire

Introduction

Adoptée en 2019, la *Loi sur la stratégie nationale sur le logement* du Canada reconnaît le droit à un logement convenable comme un droit fondamental de la personne. Cela est d'autant plus important que la financiarisation du logement entraîne des déplacements et exacerbe les inégalités au Canada et dans le monde. L'impact sur le logement des personnes âgées est considérable, et la domination croissante des sociétés financiarisées menace le bien-être des personnes qui ont d'importants besoins en soins et en soutien.

En 2016, on estimait que 425 755 personnes au Canada vivaient dans des centres de soins de longue durée ou des résidences pour retraités. Compte tenu du vieillissement de la population du pays, la demande de logements pour personnes âgées devrait augmenter. Cependant, le temps d'attente pour un lit de soins de longue durée est déjà trop long. En Ontario seulement, plus de 38 000 personnes sont sur la liste d'attente pour des soins de longue durée, avec un temps d'attente médian de 171 jours.

Par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, le gouvernement fédéral contribue aux services de soins de santé complémentaires, y compris les soins de longue durée. Cependant, le financement et la gestion des soins de longue durée incombent aux gouvernements provinciaux et territoriaux, avec un manque de cohérence entre les territoires de compétence. De nombreuses provinces subventionnent les soins de longue durée, mais pas les résidences pour personnes âgées, où les résidents sont censés couvrir la totalité des coûts de logement et des services supplémentaires aux tarifs fixés par les prestataires. La propriété des centres de soins de longue durée varie considérablement à travers le Canada, répartie entre des entités publiques, sans but lucratif et à but lucratif. De plus en plus, cependant, les centres à but lucratif appartiennent à de grandes chaînes, souvent financiarisées.

La financiarisation du logement des personnes âgées

Dans ce rapport, la financiarisation du logement des personnes âgées fait référence à la propriété ou à l'exploitation de centres de soins de longue durée et de maisons de retraite par des entreprises ayant pour mandat de maximiser les rendements pour les actionnaires externes. Les sociétés financiarisées comprennent les sociétés cotées en bourse, les sociétés de placement immobilier (SPI), les sociétés de capital-investissement, les fonds de pension et d'autres entités qui traitent le logement des personnes âgées comme une marchandise et une catégorie d'actifs.

La montée en puissance des logements financiarisés pour personnes âgées au Canada s'est faite par un processus de consolidation, facilité par l'expansion des marchés de capitaux immobiliers. La financiarisation a également été favorisée par une tendance plus large à la privatisation des soins de longue durée, fondée sur l'idée que les solutions axées sur le marché offrent le capital, l'efficacité et l'innovation nécessaires pour répondre à la demande croissante. Selon les données compilées par Martine August, les sociétés financiarisées représentent 15 des 20 plus grands propriétaires de logements pour personnes âgées au Canada. Les sept plus grands propriétaires

de logements financiarisés pour personnes âgées sont Chartwell, Welltower, Ventas, Revera, Groupe Selection, Sienna Senior Living et Extendicare. Entre 2003 et 2020, les sociétés financiarisées figurant parmi les dix premiers propriétaires de logements pour personnes âgées ont collectivement plus que doublé leur nombre de logements.

En 2020, les sociétés financiarisées possédaient environ 33 % des logements pour personnes âgées du pays, dont 42 % des places dans les maisons de retraite et 22 % des lits de soins de longue durée. L'influence des sociétés financiarisées s'étend au-delà de leurs propres propriétés, avec certaines qui offrent des services de gestion et de conseil à des maisons d'autres types de propriété.

Il existe des exemples bien documentés de soins de qualité inférieure dans les centres de soins de longue durée à but lucratif par rapport aux centres publics et à but non lucratif, y compris moins d'heures de soins directs, des niveaux de dotation en personnel inférieurs et des taux de mortalité et d'hospitalisation plus élevés. Particulièrement, les chaînes à but lucratif, y compris les sociétés financiarisées, sont associées à des niveaux de soins inférieurs à ceux des autres centres à but lucratif. Il est également prouvé que les centres appartenant à des sociétés de capital-investissement souffrent d'une qualité de soins particulièrement médiocre. Des allégations de négligence et de soins inadéquats ont été formulées à l'encontre d'entreprises financiarisées bien avant la pandémie, mais les ravages causés par la COVID-19 ont conduit à une nouvelle critique de la propriété à but lucratif dans le secteur des soins de longue durée.

Les entreprises financiarisées s'appuient sur plusieurs stratégies pour tirer des profits du secteur du logement des personnes âgées, notamment la maximisation du financement public, la croissance et l'expansion financées par la dette, les accords de cession-bail, les économies d'échelle et les modèles de rémunération à l'acte. Les résidences de retraite peuvent également facturer des frais mensuels élevés, une option qui n'est pas disponible dans les centres de soins de longue durée, où les tarifs d'hébergement sont généralement fixés par les gouvernements provinciaux.

Le modèle économique des entreprises de soins de longue durée financiarisées au Canada repose sur l'augmentation des subventions gouvernementales afin de minimiser les coûts et de maximiser les rendements. Il s'agit d'une dynamique fondée sur la socialisation des risques et la privatisation des récompenses, dans laquelle l'argent public finance les soins et la construction, tandis que les investisseurs privés extraient et accumulent les bénéfices. Cela contraste fortement avec les exploitants publics et sans but lucratif, qui réinvestissent tous les bénéfices dans leurs centres.

Recommandations

Ce rapport formule plusieurs recommandations qui visent à réduire l'ampleur de la propriété financiarisée des logements pour personnes âgées. Il comprend également des propositions pour accroître les possibilités pour les personnes âgées de vieillir sur place.

Transferts fédéraux et normes :

- Le gouvernement fédéral devrait explorer la possibilité de légiférer sur les critères auxquels les provinces doivent se conformer afin d'être admissibles aux transferts fédéraux aux centres de soins de longue durée.
- Le gouvernement fédéral, les provinces, les territoires et d'autres intervenants devraient participer à la promotion de normes nationales en matière de soins de longue durée. Ces mesures doivent être accompagnées de mécanismes d'application stables qui garantissent la qualité des soins.

Octroi de permis :

- Les provinces devraient adopter des politiques qui donnent explicitement la priorité aux exploitants publics et sans but lucratif lors de l'attribution de permis de soins de longue durée. Cela doit s'accompagner de solutions pour aborder la façon dont les systèmes actuels d'attribution des lits privilégient les entreprises financiarisées et autres grandes chaînes ayant un accès facile au financement par emprunt.
- Les provinces devraient entreprendre une planification à long terme pour permettre aux exploitants publics et à but non lucratif de reprendre les centres de soins de longue durée financiarisés lorsque leur permis expire.

Soutien aux logements publics et sans but lucratif pour personnes âgées :

- Les provinces devraient étudier la possibilité de créer une agence pour alléger le fardeau des centres publics et sans but lucratif en les aidant dans le processus de développement et en administrant des programmes de réduction des coûts qui tirent parti de leur pouvoir d'achat collectif.
- Le gouvernement fédéral devrait explorer la possibilité d'un programme de financement fédéral pour encourager les provinces à construire et à entretenir des maisons de retraite publiques et sans but lucratif.

Investissement dans d'autres options :

- Il est nécessaire d'investir davantage dans des solutions de rechange aux centres de soins de longue durée, notamment du soutien aux aidants familiaux, les services de soins à domicile, les infrastructures sociales et les logements avec services de soutien.

La propriété financiarisée est particulièrement flagrante dans le cas des centres de soins de longue durée financés par l'État, qui hébergent et s'occupent de certaines des personnes âgées les plus fragiles du Canada. Cependant, si la propriété est une considération importante, ce n'est pas la seule. La concrétisation progressive du droit à un logement convenable nécessite de soutenir les solutions de rechange aux résidences pour retraités et aux centres de soins de longue durée, afin de garantir que les personnes âgées ne soient pas placées en institution contre leur gré.

Table des matières

LA FINANCIARISATION DU LOGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES AU CANADA	1
Sommaire	3
Introduction	3
La financiarisation du logement des personnes âgées	3
Recommandations	4
1. Introduction	7
2. Contexte	7
2.1 Le contexte du logement des personnes âgées	7
2.2 Contexte législatif	8
3. La financiarisation du logement des personnes âgées.....	11
3.1 Définition	11
3.2 L'ampleur de la financiarisation du logement des personnes âgées.....	12
3.3 Entités principales.....	14
4. Impacts de la financiarisation	19
4.1 Qualité inférieure des soins	19
4.2 Questions relatives au travail	20
5. Stratégies de rentabilité	21
5.1 Maximiser le financement du gouvernement	21
5.2 Croissance et expansion	24
5.3 Accords de cession-bail.....	25
5.4 Économies d'échelle	26
5.5 Modèle de rémunération à l'acte	26
6. Une approche du logement des personnes âgées fondée sur les droits de la personne... 27	27
7. Recommandations	28
7.1 Transferts fédéraux et normes	29
7.2 Permis	30
7.3 Soutien aux logements publics et sans but lucratif pour les personnes âgées.....	31
7.4 Investissement dans des solutions de rechange.....	32
8. Conclusion	33

1. Introduction

Adoptée en 2019, la *Loi sur la stratégie nationale sur le logement* du Canada reconnaît le droit à un logement convenable comme un droit fondamental de la personne. Cela est d'autant plus important que la financiarisation du logement entraîne des déplacements et exacerbe les inégalités au Canada et dans le monde. Les implications sont encore plus importantes pour le logement des personnes âgées, où la domination croissante des entreprises financiarisées dans le secteur menace le bien-être des personnes qui ont des besoins importants en soins et en soutien. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les dangers particuliers associés à la privatisation et à la financiarisation des centres de soins de longue durée, où vivent bon nombre des personnes âgées les plus vulnérables du Canada. Pour que tout le monde ait accès à la fois à un logement et à des soins décentes lorsqu'elles vieillissent, il faut supprimer les incitations pernicieuses qui permettent aux investisseurs de tirer des profits du logement des personnes âgées.

La *Loi sur la stratégie nationale sur le logement* reconnaît que « le logement revêt un caractère essentiel pour la dignité inhérente à la personne humaine et pour son bien-être ». Plusieurs conditions doivent être remplies pour que le logement soit convenable : la sécurité d'occupation; la disponibilité des services, des matériaux, des installations et des infrastructures; l'accessibilité financière; l'habitabilité; l'accessibilité; la localisation; et le respect du milieu culturel. Pour les personnes âgées, il faut ajouter à ces critères la préservation de l'autonomie et la prestation de soins et de services culturellement appropriés. De cette manière, le droit à un logement convenable recoupe d'autres résolutions relatives aux droits de la personne, notamment les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées et la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

La Stratégie nationale sur le logement vise également à prévoir des processus participatifs afin d'engager les perspectives des personnes les plus touchées par les problèmes de logement. Des efforts supplémentaires peuvent être nécessaires pour assurer la pleine participation des personnes âgées dans les centres de soins de longue durée, dont beaucoup sont coupés des voies de consultation habituelles.

2. Contexte

2.1 Le contexte du logement des personnes âgées

Les logements pour personnes âgées diffèrent des autres logements à plusieurs égards importants. Ils nécessitent souvent des caractéristiques de conception basées sur l'accessibilité et la prévention des chutes, notamment des rampes de sécurité, des surfaces antidérapantes et des espaces intérieurs suffisamment larges pour accueillir des fauteuils roulants et d'autres dispositifs d'aide à la mobilité. Si les principes de conception universelle, qui visent à établir une norme d'accessibilité, sont de plus en plus connus, nombre de ces caractéristiques ne sont pas encore intégrées dans la plupart des logements.

Les logements pour personnes âgées existent sur un continuum, en fonction du niveau de soins fourni. Si certaines options s'apparentent davantage à un logement de base, d'autres proposent toute une gamme d'aides, allant des vérifications du bien-être à l'entretien ménager en passant par une assistance complète pour les activités de la vie quotidienne. Certaines de ces aides sont mises à disposition sous la forme de services de soins à domicile pour les personnes qui restent chez elles en vieillissant. Les résidences pour retraités, quant à elles, proposent souvent des services liés au mode de vie, tels que les repas, les programmes sociaux et récréatifs et le transport. Leurs offres sont généralement subdivisées en catégories : vie indépendante, vie autonome avec assistance, vie assistée et soins de la mémoire, chacune d'entre elles étant associée à un degré de soins différent. Toutefois, les frais facturés par de nombreuses résidences de retraite sont inabornables pour certaines personnes âgées et leurs familles. À l'extrémité la plus intensive de la gamme de logements pour personnes âgées se trouvent les soins de longue durée, qui fournissent des soins infirmiers et personnels 24 heures sur 24 dans des établissements résidentiels. C'est aussi l'option la plus fortement subventionnée.

Les femmes représentent 69,8 % de la population des centres de soins de longue durée et des maisons de retraite. Malheureusement, les données sociodémographiques sur les résidents des établissements de soins de longue durée et des maisons de retraite sont limitées, ce qui rend difficile la détermination de la représentation dans les logements pour personnes âgées des groupes prioritaires de la SNL, notamment les personnes racisées, les personnes autochtones, les immigrants et les réfugiés, les membres de la communauté 2SLGBTQI+ et les personnes handicapées.

En 2016, on estimait à 168 205 le nombre de personnes résidant dans 2 076 centres de soins de longue durée au Canada (CIHI, 2021b; Statistics Canada, 2016). En outre, 171 405 personnes vivaient dans des maisons de retraite, et 86 145 dans des établissements mixtes qui servent à la fois de centre de soins de longue durée et de maison de retraite. Au total, près d'une personne sur trois âgée de plus de 85 ans vit dans des logements collectifs comme des centres de soins de longue durée et des maisons de retraite (Martel & Hagey, 2017). Les personnes âgées de plus de 65 ans constituent la grande majorité des résidents des établissements de soins de longue durée (94,5 %), mais ces établissements accueillent également des milliers de jeunes adultes handicapés (Statistics Canada, 2016). En mai 2021, il y avait plus de 38 000 personnes sur la liste d'attente pour des centres de soins de longue durée en Ontario seulement, avec un temps d'attente médian de 171 jours (Government of Ontario, 2021). Compte tenu du vieillissement de la population du pays, la demande de logements pour personnes âgées devrait augmenter de façon importante.

2.2 Contexte législatif

Les politiques qui régissent le logement des personnes âgées au Canada diffèrent selon le type de logement. Pour les soins de longue durée, le contexte législatif et réglementaire est particulièrement complexe. Les soins de longue durée ne sont pas un « service de santé assuré » soumis à des conditions fédérales en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* (Roblin et al., 2019). Au lieu de cela, ils sont classés dans la catégorie des « services de soins de santé complémentaires ». Alors que le gouvernement fédéral contribue aux services de soins de santé complémentaires par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, les soins de longue

durée sont gérés par les gouvernements provinciaux et territoriaux, avec un manque de cohérence entre les compétences. Le **tableau 1** présente une ventilation de la législation en vigueur et des coûts pour les résidents par province et territoire.

Tableau 1 : Législation et coûts des soins de longue durée par province/territoire

Province/Territoire	Législation applicable	Coût pour les résidents
Alberta	<i>Nursing Homes Act, 2000</i> ; Nursing Homes General Regulation; Nursing Homes Operation Regulation	1 743 \$-2 120 \$/mois
Colombie-Britannique	<i>Community Care and Assisted Living Act, 2002</i> ; Residential Care Regulation; <i>Hospital Act, 1996</i>	1 189 \$-3 444 \$/mois (en partie en fonction du revenu)
Manitoba	<i>Loi sur l'assurance-maladie, 1987</i> ; Règlement sur les normes applicables aux centres de soins personnels; Règlement sur la délivrance de permis de centres de soins personnels; Règlement sur la désignation de centres de soins personnels	1 182 \$-2 856 \$/mois (en fonction du revenu)
Nouveau-Brunswick	<i>Loi sur les centres de soins, 2014</i> ; Règlement du Nouveau-Brunswick 85-187	3 437 \$/mois en moyenne (selon les services)
Terre-Neuve-et-Labrador	<i>Health and Community Services Act, 1995</i> ; Personal Care Home Regulations	2 990 \$/mois maximum (subvention disponible)
Nouvelle-Écosse	<i>Homes for Special Care Act, 1989</i> ; Homes for Special Care Regulations; Long Term Care Program Requirements	3 300 \$/mois maximum (en partie en fonction du revenu; subvention disponible)
Ontario	<i>Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée</i> ; Règlement de l'Ontario 246/22	1 891 \$-2 700 \$/mois (subvention disponible)
Île-du-Prince-Édouard	<i>Community Care Facilities and Nursing Homes Act, 1988</i> ; Community Care Facilities and Nursing Homes Act Regulations	2 760 \$/mois
Québec	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991</i>	1 211 \$-1 946 \$/mois
Saskatchewan	<i>Provincial Health Authority Act, 2017</i> ; The Special-Care Homes Rates Regulations; Program Guidelines for Special-Care Homes	2 859 \$/mois maximum (en partie en fonction du revenu)
Yukon	Aucune loi ni aucun règlement	1 050 \$/mois
Territoires du Nord-Ouest	Aucune loi ni aucun règlement; Normes de soins continus des Territoires du Nord-Ouest	844 \$/mois
Nunavut	Aucune loi ni aucun règlement	Aucuns frais pour les résidents

Il existe des différences importantes dans la répartition des propriétaires de centres de soins de longue durée entre les provinces et les territoires (voir le **tableau 2**). L'Ontario a la plus forte proportion de centres privés à but lucratif, soit 57 %, suivi de l'Île-du-Prince-Édouard (47 %), de la Nouvelle-Écosse (44 %), de la Colombie-Britannique (37 %) et de l'Alberta (27 %) (CIHI, 2021b). Seuls les trois territoires n'ont aucun centre à but lucratif. Au total, 46 % des centres de soins de longue durée du Canada sont de propriété publique, 29 % sont de propriété privée à

but lucratif et 23 % sont de propriété sans but lucratif (les données sur la propriété ne sont pas disponibles pour les 2 % de centres restants).

Tableau 2 : Propriété des centres de soins de longue durée par province/territoire

Province/Territoire	Public	Sans but lucratif	À but lucratif	Total des centres
Alberta	46 %	27 %	27 %	186
Colombie-Britannique	35 %	28 %	37 %	308
Manitoba	57 %	29 %	14 %	125
Nouveau-Brunswick	0 %	86 %	14 %	70
Terre-Neuve-et-Labrador	98 %	0 %	2 %	40
Nouvelle-Écosse	14 %	42 %	44 %	84
Ontario	16 %	27 %	57 %	627
Île-du-Prince-Édouard	47 %	6 %	47 %	19
Québec	88 %	12 % (ventilation non disponible)		440
Saskatchewan	74 %	21 %	5 %	161
Yukon	100 %	0 %	0 %	4
Territoires du Nord-Ouest	100 %	0 %	0 %	9
Nunavut	100 %	0 %	0 %	3

Les maisons de retraite ne sont pas subventionnées dans de nombreuses provinces, et elles sont généralement réglementées de manière moins stricte que les centres de soins de longue durée. Les résidents couvrent entièrement le coût du logement et de tout service supplémentaire aux tarifs fixés par les fournisseurs, payant souvent plus qu'ils ne le feraient dans un centre de soins de longue durée. Par exemple, les taux mensuels en Ontario varient de 1 500 \$ à 6 000 \$, pour une moyenne de 4 847 \$ par mois (Ministry of Health, 2021; Roblin et al., 2019). Certaines provinces disposent d'une législation couvrant l'exploitation des résidences de retraite; toutefois, cette évolution est plus récente et les protections des résidents ont tendance à être plus faibles. En Ontario, les maisons de retraite étaient principalement régies par la *Loi sur la location à usage d'habitation* jusqu'à l'adoption de la *Loi sur les maisons de retraite* en 2010. En revanche, en Colombie-Britannique, elles sont couvertes par la *Community Care and Assisted Living Act*, la même législation qui s'applique aux centres de soins de longue durée dans la province.

En raison de la pandémie de COVID-19, plusieurs provinces sont en train de revoir leur législation qui régit les centres de soins de longue durée et les maisons de retraite, ce qui pourrait entraîner des changements dans un avenir proche. L'Ontario a déjà présenté une nouvelle loi en vertu du projet de loi 37, la *Loi de 2021 visant à offrir davantage de soins, à protéger les personnes âgées et à ouvrir plus de lits*. Cette loi abroge la *Loi de 2007 sur les centres de soins de longue durée* et la remplace par la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*. Le projet de loi 37 comprend également des modifications à la *Loi sur les maisons de retraite*.

3. La financiarisation du logement des personnes âgées

3.1 Définition

La financiarisation a été définie par Manuel Aalbers (2016) comme « la domination croissante des acteurs, des marchés, des pratiques, des mesures et des récits financiers, à différentes échelles, qui se traduit par une transformation structurelle des économies, des entreprises (y compris les institutions financières), des États et des ménages¹ » (p. 2). Plus précisément, Leilani Farha (2017) décrit la financiarisation du logement comme « des changements structurels des marchés du logement et des marchés financiers ainsi qu’aux investissements mondiaux par lesquels le logement est traité comme une marchandise, un moyen d’accumuler des richesses et souvent comme une garantie pour les instruments financiers qui sont échangés et vendus sur les marchés mondiaux » (p. 3). Dans ce rapport, la financiarisation du logement des personnes âgées fait référence à la propriété et à l’exploitation de centres de soins de longue durée et de maisons de retraite par des entreprises ayant pour mandat de maximiser les rendements pour les actionnaires externes. Les sociétés financiarisées incluent des sociétés cotées en bourse, les sociétés de placement immobilier (SPI), les sociétés de capital-investissement, les fonds de pension ou d’autres entités qui traitent le logement des personnes âgées comme une catégorie d’actifs.

La financiarisation transforme le logement en un actif liquide et divisible qu’on peut acheter et vendre à volonté. Cela permet aux investisseurs de réaliser des bénéfices en vendant leur participation dans une société financiarisée sans modifier la propriété sous-jacente des actifs immobiliers. Kevin Fox Gotham (2006) note que les sociétés financiarisées telles que les SPI permettent aux gens d’investir dans le logement sans assumer la responsabilité de la propriété directe. Au lieu de cela, cette tâche incombe aux gestionnaires immobiliers, qui sont contraints de trouver un équilibre entre les intérêts contradictoires des investisseurs en quête de rendements élevés et le droit des résidents à un logement convenable. La conversion du logement en une catégorie d’actifs facilite également les comparaisons entre les entreprises et les secteurs en fonction d’un ensemble commun de paramètres financiers, plutôt que des facteurs précis liés à l’emplacement et associés aux propriétés individuelles. L’immobilier, et le logement en particulier, est devenu un investissement attrayant en raison de la multiplication des possibilités de réaliser des bénéfices dans des délais de plus en plus courts.

Dans le secteur des soins de longue durée, les investisseurs peuvent également compter sur un « marché captif » pour obtenir des rendements stables. Au Canada, les longues listes d’attente garantissent une forte demande pour chaque lit disponible, de sorte que les entreprises peuvent remplir leurs logements sans faire d’effort actif pour s’assurer que les résidents et les membres de leur famille sont satisfaits de la qualité de l’hébergement et des soins fournis. Les maisons de retraite sont généralement considérées comme un risque plus important pour les exploitants,

¹ Cette citation de Manuel Aalbers, ainsi que toutes les citations qui suivent au long du présent texte, sont traduits de l’anglais par nos soins.

dans la mesure où elles ne bénéficient pas de la même demande intégrée et des mêmes subventions gouvernementales que les centres de soins de longue durée; toutefois, leurs marges de profit ont tendance à être plus élevées. En outre, les exploitants de maisons de retraite se positionnent souvent pour absorber le surplus des listes d'attente des centres de soins de longue durée.

3.2 L'ampleur de la financiarisation du logement des personnes âgées

La montée en puissance des logements financiarisés pour personnes âgées au Canada s'est faite par un processus de consolidation, facilité par l'expansion des marchés de capitaux immobiliers. La financiarisation a également été favorisée par une tendance plus large à la privatisation des soins de longue durée, fondée sur l'idée que les solutions axées sur le marché offrent le capital, l'efficacité et l'innovation nécessaires pour répondre à la demande croissante (Armstrong et al., 2016). En Ontario, un processus d'appel d'offres lancé par le gouvernement conservateur dans les années 1990 a vu les deux tiers des nouveaux lits de soins de longue durée attribués à des entreprises à but lucratif (Armstrong et al., 2020). Cela était attribuable en partie au programme de subventions rétroactives de la province, encore largement en vigueur aujourd'hui, qui obligeait les exploitants à assumer les coûts de développement. Par conséquent, des entreprises comme Extendicare et Sienna Senior Living (anciennement Leisureworld) étaient déjà bien positionnées, car elles possédaient d'importants biens immobiliers au moment de leur introduction en bourse. Leur expansion s'est souvent faite au détriment des prestataires indépendants. Comme Chartwell (2003) l'a fait remarquer dans son propre prospectus d'introduction en bourse, la société s'attendait à « bénéficier d'un accès plus important au capital et au financement par rapport à de nombreux petits exploitants » (p. 8).

Selon les données compilées par Martine August (2021), les sociétés financiarisées représentent 15 des 20 plus grands propriétaires de logements pour personnes âgées au Canada (voir **tableau 3**). Parmi ces entreprises, onze ont des intérêts à la fois dans les maisons de retraite et les centres de soins de longue durée, tandis que quatre n'ont investi que dans les maisons de retraite.

Tableau 3 : Les 20 plus grands propriétaires de logements pour personnes âgées au Canada

n°	Propriétaire/Marque (ombragé si société financière)	Type de société	Maison de retraite		Soins de longue durée		Total	
			Prop.	Unités	Prop.	Unités	Prop.	Unités/lits
1	Chartwell Retirement	Société cotée en bourse	165	22 721	31	3 742	185	26 463
2	Welltower REIT	SPI (É.-U.)	122	15 249	6	803	115	16 052
3	Ventas REIT	SPI (É.-U.)	74	14 151			74	14 151
4	Revera Living (OIRSP)	Fonds de pension	22	2 702	72	9 406	85	12 108
5	Groupe Selection	Fonds de pension	42	10 586	1	20	42	10 606
6	Sienna Senior Living	Société cotée en bourse	31	3 650	44	6 775	69	10 335
7	Extendicare Inc.	Société cotée en bourse	15	1 358	58	7 964	71	9 322
8	Groupe Savoie	Entreprise familiale	14	5 514			14	5 514
9	Desjardins/Cogir	Caisse populaire	16	5 764			16	5 764
10	Schlegel Villages	Entreprise familiale	9	2 382	18	2 526	19	4 908
11	Woodbourne/All Seniors Care	Capital- investissem ent	31	4 697			31	4 697
12	Baybridge (OTPP)/Amica	Fonds de pension	32	4 558			32	4 558
13	Park Place Senior Living	Entreprise	23	1 715	23	2 326	34	4 041
14	Verve Senior Living	Société financière	28	3 683	3	291	29	3 974
15	Anbang/Retirement Concepts	Assurance (Chine)	19	1 780	17	1 918	23	3 698
16	Groupe responsable	Entreprise familiale	20	1 428	14	2 140	31	3 568
17	Shannex Inc. /Parkland Retirement	Entreprise familiale	11	1 602	26	1 941	35	3 543
18	Southbridge	Capital- investissem ent	9	413	27	2 507	27	2 920
19	Fengate/Seasons Retirement	Capital- investissem ent	22	2 226	7	326	22	2 552
20	Hillcore Group/OMNI	Capital- investissem ent	3	310	18	1 343	21	1 653

En 2020, les sociétés financiarisées possédaient environ 33 % des logements pour personnes âgées du pays, dont 42 % des places dans les maisons de retraite et 22 % des lits de soins de longue durée (August, 2021) (voir le **tableau 4**). L'Ontario, l'Alberta, le Manitoba et la Colombie-Britannique ont les proportions les plus élevées de lits de soins de longue durée financiarisés, soit 32 %, 25 %, 20 % et 17 % respectivement. Le taux de financiarisation des centres de soins de longue durée est plus faible en Saskatchewan et à Terre-Neuve, avec 7 % et 5 % respectivement. Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont pas de lits de soins de longue durée financiarisés, même si ces deux derniers pays ont des taux relativement élevés de propriété à but lucratif dans l'ensemble.

L'influence des sociétés financiarisées s'étend au-delà de leurs propres propriétés, car certaines, y compris Extendicare et Sienna Senior Living, offrent des services de gestion et de conseil à des maisons d'autres types de propriété. Cela crée de multiples couches de financiarisation lorsque d'autres entreprises financiarisées, telles que la société de capital-investissement Southbridge, utilisent ces services. La financiarisation peut également susciter des inquiétudes lorsque ces services sont retenus par des prestataires publics et sans but lucratif, car cela sert à transférer des pratiques commerciales financiarisées à des centres non financiarisés. Extendicare gère également une importante entreprise de soins à domicile, ParaMed, qui fournit des soins infirmiers et personnels aux personnes âgées à leur domicile.

Tableau 4 : Proportion de logements/lits financiarisés et à but lucratif par province

Province	Logements de retraite		Lits de soins de longue durée	
	Pourcentage financiarisé	Pourcentage autres organismes sans but lucratif	Pourcentage financiarisé	Pourcentage autres organismes sans but lucratif
Ontario	55 %	39 %	32 %	22 %
Alberta	38 %	17 %	25 %	18 %
Colombie-Britannique	35 %	31 %	17 %	21 %
Manitoba	28 %	22 %	20 %	3 %
Saskatchewan	42 %	26 %	7 %	0 %
Nouvelle-Écosse	10 %	79 %	0 %	42 %
Nouveau-Brunswick	45 %	54 %	0 %	16 %
Î.-P.-É.	0 %	87 %	0 %	39 %
Terre-Neuve-et-Labrador	23 %	74 %	5 %	4 %

3.3 Entités principales

La financiarisation des soins de longue durée traverse les frontières internationales, ce qui contribue au défi de tenir les entreprises responsables du non-respect des droits de la personne dans leurs centres. Comme le montre le **tableau 3**, les principaux propriétaires financiarisés de logements pour personnes âgées au Canada sont des sociétés canadiennes. Cependant, deux des plus grandes entreprises, Welltower et Ventas, sont basées aux États-Unis. Une autre, Anbang, est une compagnie d'assurance chinoise qui a acquis en 2017 Retirement Concepts, l'un

des plus grands propriétaires de résidences pour retraités et de centres de soins de longue durée en Colombie-Britannique. Anbang est passé sous le contrôle du gouvernement chinois en 2018 après que son fondateur a plaidé coupable de fraude (The Associated Press, 2018).

Certaines des entreprises canadiennes figurant sur la liste possèdent également des propriétés ailleurs. Revera, par exemple, possède 45 centres pour personnes âgées aux États-Unis et 34 au Royaume-Uni, en plus de gérer plusieurs centaines d'autres centres dans ces pays (Revera, s.d.).

Les entreprises financiarisées ont pour mandat de maximiser les rendements pour les investisseurs externes. Toutefois, il existe certaines différences dans leurs structures d'entreprise. Trois des types les plus courants sont décrits en détail ci-dessous : les sociétés cotées en bourse, les sociétés de capital-investissement et les fonds de pension.

Sociétés cotées en bourse et SPI

Cinq des sept plus grands propriétaires de logements pour personnes âgées au Canada sont des sociétés ou des SPI qui sont cotées en bourse. Trois d'entre elles, Chartwell, Extencicare et Sienna Senior Living, sont des sociétés canadiennes, tandis que les deux autres, Welltower et Ventas, sont basées aux États-Unis. Chartwell, qui arrive en tête de liste, possède des propriétés en Ontario, en Colombie-Britannique, en Alberta et au Québec. À l'exception de Ventas, qui n'opère que dans le secteur des retraites, les quatre autres sociétés comptent à la fois des maisons de retraite et des maisons de soins de longue durée parmi les propriétés de logement pour personnes âgées de leurs portefeuilles.

Les sociétés cotées en bourse ont des actionnaires à qui elles distribuent régulièrement des dividendes. Les actionnaires peuvent être des investisseurs institutionnels, mais aussi des membres individuels du public. Les SPI, en particulier, bénéficient d'un traitement fiscal spécial, dans lequel les revenus transitent par la fiducie sans être imposés (Goodmans LLP, 2014). En tant que tels, ils ne sont imposés qu'une fois qu'ils arrivent entre les mains des actionnaires. Contrairement aux sociétés de capital-investissement, les sociétés cotées en bourse sont soumises à des exigences relatives aux rapports financiers trimestriels et annuels, ce qui ajoute un minimum de transparence.

Avant les années 1970, la plupart des centres de soins de longue durée et des maisons de retraite à but lucratif étaient des propriétés indépendantes, souvent détenues par une seule personne ou une seule famille. Cependant, les chaînes ont proliféré rapidement, ouvrant la voie à la financiarisation. August (2021) décrit les phases de consolidation et d'hyper-consolidation dans le secteur du logement des personnes âgées, alors qu'un certain nombre de sociétés sont entrées en bourse à la fin des années 1990 et dans les années 2000. L'accès aux marchés des capitaux leur a permis de financer des acquisitions importantes, rachetant des propriétés appartenant à de nombreux exploitants plus petits. Elles ont également poursuivi la croissance avec de nouvelles constructions.

Sociétés de capital-investissement

Les sociétés de capital-investissement fonctionnent sur un modèle quelque peu différent de celui des sociétés cotées en bourse, bien que toutes deux aient pour objectif de maximiser les rendements pour les investisseurs. En tant que sociétés privées, les sociétés de capital-investissement ne sont pas tenues de procéder aux mêmes divulgations, ce qui rend leurs stratégies commerciales, leurs finances et leurs structures de propriété beaucoup moins transparentes. En général, les sociétés de capital-investissement sont détenues par un groupe limité d'investisseurs accrédités et institutionnels. Tout le monde peut détenir des actions de sociétés cotées en bourse, qui permettent d'investir de petites sommes d'argent en fonction du nombre d'actions achetées. En revanche, de nombreuses sociétés de capital-investissement exigent un investissement minimum important; pour Yorkville Asset Management, qui possède Southbridge, il est de 500 000 dollars (Yorkville Asset Management, s.d.).

Les sociétés de capital-investissement collectent généralement des capitaux pour leurs activités en combinant des fonds propres provenant d'investisseurs et des montants importants de dette. La dette est souvent utilisée pour acheter d'autres sociétés, dans le cadre d'une stratégie appelée « acquisition par emprunt ». La direction s'efforce ensuite d'accroître la rentabilité des sociétés nouvellement acquises, afin de réduire le fardeau de la dette de la société. Les commandités, qui prennent un grand nombre de décisions clés, sont incités à prendre des risques en vertu d'une structure de rémunération qui leur assure un taux de rendement élevé sans exiger un investissement comparable en capitaux propres. Cela crée une dynamique dans laquelle un commandité « a peu à perdre si l'endettement conduit la société acquise à la faillite, mais beaucoup à gagner d'une sortie réussie de l'investissement » (Appelbaum & Batt, 2014, p. 3). Alors que de nombreuses sociétés de capital-investissement conservent les entreprises pendant une période limitée de trois à sept ans avant de les vendre pour un profit important, d'autres conservent la propriété plus longtemps. C'est peut-être le cas de certaines sociétés du secteur du logement des personnes âgées, où les investissements présentent des propriétés productives de revenus qui donnent des rendements réguliers.

Il est prouvé que les centres de soins de longue durée qui appartiennent à des sociétés de capital-investissement souffrent d'une qualité de soins particulièrement médiocre. Gupta et al. (2021) ont constaté que la propriété de sociétés de capital-investissement aux États-Unis était associée à une augmentation de 10 % de la mortalité à court terme des patients de Medicare, calculant que cela équivalait à la perte de 20 150 vies sur la période d'échantillonnage de 12 ans. Les auteurs ont également constaté que la mobilité des résidents était plus faible, que l'intensité de la douleur était plus élevée et que l'utilisation de médicaments antipsychotiques était plus importante dans les centres appartenant à des sociétés de capital-investissement, ce qui pourrait être attribuable en partie à des facteurs observés tels que la diminution du personnel infirmier et le non-respect des normes Medicare. Pradhan et al. (2015) ont constaté que les centres appartenant à des sociétés de capital-investissement en Floride avaient des niveaux de dotation en personnel infirmier inférieurs à ceux des autres maisons à but lucratif. Ils ont également obtenu de moins bons résultats en ce qui concerne la prévention des escarres et la prévalence des plaies de lit.

Plusieurs sociétés de soins de longue durée et de retraite au Canada appartiennent à des sociétés de capital-investissement. Bien qu'elles ne soient pas aussi importantes que les sociétés cotées en bourse en termes de propriétés et de places ou de lits, elles ont connu une croissance rapide. Par exemple, en 2021, la société de capital-investissement Blackstone a annoncé la création d'une coentreprise avec le groupe Sélection pour acquérir 13 résidences pour personnes âgées autonomes au Québec auprès de Revera (RENX Staff, 2021). Blackstone fait partie des plus grands propriétaires au monde, ayant déjà acheté 40 000 propriétés en difficulté à la suite de la crise des saisies immobilières aux États-Unis (Tempkin, 2013). Les pratiques agressives de Blackstone en matière d'inflation des loyers et d'expulsion dans le domaine de l'immobilier résidentiel sont considérées comme si flagrantes que la société a été critiquée par Leilani Farha et Surya Deva des Nations Unies (OHCHR, 2019). Blackstone a également un passé problématique dans le secteur des soins de longue durée. En 2004, elle a acquis Southern Cross, la plus grande chaîne de centres de soins de longue durée du Royaume-Uni. Blackstone a vendu sa participation peu après, mais pas avant d'avoir profité de la vente des actifs immobiliers de la chaîne en utilisant une stratégie d'accord de cession-bail (Horton, 2019). Laisseée dans une position financière affaiblie, Southern Cross a finalement demandé la protection de la loi sur les faillites en 2011. Des histoires comme celles-ci démontrent le danger que représentent les sociétés financiarisées pour le bien-être de leurs résidents, ainsi que pour la viabilité à long terme des logements pour personnes âgées qu'elles exploitent.

Fonds de pension

Les fonds de pension sont des investisseurs institutionnels majeurs, les fonds de pension canadiens étant parmi les plus importants au monde. Le secteur du logement des personnes âgées est particulièrement attrayant pour les fonds de pension, qui recherchent des investissements fiables aux rendements réguliers afin de préserver l'épargne-retraite de leurs participants.

Trois fonds de pension figurent dans la liste des 20 plus grands propriétaires de logements pour personnes âgées, et Revera est quatrième au classement général. La chaîne a été cotée en bourse sous le nom de Retirement Residences REIT jusqu'en 2007, date à laquelle elle a été rachetée par l'Office d'investissement des régimes de retraite du secteur public (OIRSP) et rebaptisé Revera. L'OIRSP est une société d'État qui gère les régimes de pension des fonctionnaires fédéraux, ainsi que des membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et de la Réserve. L'OIRSP investit dans un ensemble d'actifs, y compris les marchés des capitaux, les capitaux privés, l'immobilier et les infrastructures. Au 31 mars 2021, elle avait 204,5 milliards de dollars d'actifs nets sous gestion (soit une augmentation de 20,4 % par rapport aux 169,8 milliards de dollars du 31 mars 2020) (PSP Investments, 2021). Bien que l'Office d'investissement des régimes de pensions du secteur public soit une société d'État, il est structuré et exploité comme une entreprise privée et n'est donc pas tenu de divulguer publiquement les détails des finances de Revera.

Le mandat de l'OIRSP, établi par une loi fédérale en vertu de la *Loi de 1999 sur l'Office d'investissement des régimes de pensions du secteur public*, consiste à « investir ses actifs en vue d'obtenir un taux de rendement maximal, sans risque de perte indue » (Public Sector Pension Investment Board Act, 1999). Lors des débats sur la loi proposée à la Chambre des communes

en 1999, les représentants du NPD se sont exprimés sur des motions visant à exiger que l'OIRSP adhère à des politiques d'investissement éthique (House of Commons, 1999). Toutefois, cette formulation n'apparaît pas dans la loi telle qu'elle existe aujourd'hui.

Revera semble être un cas évident de divergence des incitations, où les pratiques destinées à optimiser la sécurité financière future des fonctionnaires fédéraux se font au détriment du bien-être actuel des personnes âgées dont ils ont la charge. Cela a suscité des réactions importantes tout au long de la pandémie. Les mauvais résultats obtenus dans les centres pour personnes âgées de l'entreprise ont conduit l'Alliance de la fonction publique du Canada à demander au gouvernement de faire passer Revera sous contrôle public (PSAC, 2021). Toutefois, Jean-Yves Duclos, ancien président du Conseil du Trésor, dont relève l'OIRSP, a écrit en réponse à cette campagne que « l'OIRSP fonctionne de manière indépendante du gouvernement fédéral. Elle n'est pas un agent de Sa Majesté et ses affaires sont régies par un conseil d'administration de 11 membres. En tant que telles, les décisions d'investissement de l'OIRSP sont les siennes » (Duclos, 2020).

Au-delà des chaînes de logements pour personnes âgées qui sont entièrement détenues par des fonds de pension, il existe d'autres fonds de pension qui ont des parts de sociétés cotées en bourse du secteur. Le *Toronto Star* a découvert que les fonds de pension du Canada, des États-Unis et d'Europe détenaient collectivement plus de 44 millions de dollars en actions de Chartwell, Extendicare et Sienna Senior Living (Chown Oved, 2021). Toutefois, certains, dont le Régime de pensions du Canada, ont commencé à se défaire de leurs actions à la suite des problèmes révélés par la pandémie.

4. Impacts de la financiarisation

4.1 Qualité inférieure des soins

Il existe des exemples bien documentés de qualité de soins inférieure dans les centres de soins de longue durée à but lucratif par rapport à ceux qui appartiennent à des organismes publics ou sans but lucratif. Des recherches ont révélé que les centres à but lucratif comptaient moins d'heures de soins directs et moins de personnel (Berta et al., 2005, 2006; Comondore et al., 2009), que les plaintes étaient plus nombreuses (McGregor et al., 2011), que la prévalence des plaies de lit était plus élevée (Comondore et al., 2009), et que les taux de mortalité et d'hospitalisation étaient plus élevés (Tanuseputro et al., 2015). La propriété d'une chaîne à but lucratif a également été liée à une qualité inférieure, avec des niveaux de soins directs et indirects inférieurs à ceux des autres centres à but lucratif en Ontario (Hsu et al., 2016), aux États-Unis (Harrington et al., 2012), et ailleurs.

De nombreuses études regroupent tous les types de propriété à but lucratif, ce qui rend difficile l'évaluation de la mesure dans laquelle les chaînes financiarisées contribuent à ces occurrences. En outre, les pratiques employées par les sociétés financiarisées ressemblent à celles d'autres grands exploitants à but lucratif. Les sociétés financiarisées sont redevables à des investisseurs externes, dont l'expertise et l'intérêt pour la prestation de soins sont souvent limités, voire inexistantes. Cependant, on peut dire qu'elles ont beaucoup en commun avec certaines chaînes à but lucratif, tant en termes de stratégies financières que de gestion et de résultats.

Les ravages causés par la COVID-19 dans les centres de soins de longue durée du Canada ont ravivé les critiques à l'égard de la propriété à but lucratif dans ce secteur. Près d'un centre sur trois a connu une écloison pendant la première vague de la pandémie, et 14 739 résidents sont morts du virus entre le 1^{er} mars 2020 et le 15 février 2021 (CIHI, 2021a). Une étude de Stall et al. (2020) a constaté que la propriété à but lucratif était associée à des taux plus élevés de mortalité par COVID-19 en Ontario, ce qui était en grande partie un facteur de propriété en chaîne et de normes de conception plus anciennes. Une analyse distincte de *CBCNews* a calculé les taux de mortalité liés à la COVID-19 dans les chaînes de soins de longue durée en Ontario jusqu'au 13 décembre 2020 (Mancini et al., 2020). Sur les cinq chaînes ayant les taux de mortalité les plus élevés, quatre sont financiarisées : Southbridge (9 décès/100 lits), Sienna Senior Living (6,54 décès/100 lits), Revera (6,26 décès/100 lits) et Chartwell (4,63 décès/100 lits). En revanche, le taux de décès était de 4,56 dans les centres indépendants à but lucratif, de 2,8 dans les centres à but non lucratif et de 1,35 dans les centres municipaux.

D'autres provinces ont également connu des écloisions importantes et des taux de mortalité élevés dans les centres financiarisés. Deux centres appartenant à Revera ont connu les écloisions les plus meurtrières à Winnipeg, avec 45 décès au Charleswood Care Centre (155 lits) (Annable, 2021) et 56 décès au Maples Long Term Care Home (200 lits) (Levasseur & Coubrough, 2021).

Des allégations de négligence et de soins inadéquats ont été formulées contre les entreprises financiarisées bien avant la pandémie. Les précédentes tentatives de recours collectifs contre Extendicare, Sienna Senior Living et Revera décrivaient des résidents souffrant de déshydratation et de malnutrition, d'escarres graves et de plaies suppurantes (CTV News, 2018).

Tous les centres à but lucratif (ou financiarisés) ne présentent pas des conditions aussi épouvantables, mais comme l'a fait remarquer le chercheur Pat Armstrong, « il existe de bons centres à but lucratif, tout comme il existe de mauvais centres à but non lucratif, mais la tendance générale est là » (CBC Radio, 2020).

4.2 Questions relatives au travail

Le secteur des soins de longue durée est depuis longtemps confronté à des conditions de travail médiocres, en particulier pour les préposés aux bénéficiaires (PAB), qui représentent une part importante de la main-d'œuvre. Seulement en Ontario, 58 000 PAB travaillent dans les centres de soins de longue durée, soit 58 % de l'ensemble des employés (Marrocco et al., 2021). Cependant, on estime qu'environ 25 % des PAB de la province ayant deux ans d'expérience ou plus quittent la profession chaque année (Long-Term Care Staffing Study Advisory Group, 2020). De nombreux PAB sont des femmes immigrées et racisées, qui ne sont pas suffisamment rémunérées pour le travail physiquement et émotionnellement exigeant qu'elles font. On peut attribuer en partie les niveaux élevés d'épuisement professionnel et de roulement du personnel au fait que les PAB sont régulièrement confrontés à des comportements difficiles et parfois même à des abus de la part des résidents, y compris la violence et le racisme. Le travail est également très précaire. Il n'y a pas d'emploi à temps plein, car près de 60 % des PAB dans les centres de soins de longue durée de l'Ontario sont employés à temps partiel ou occasionnels, et environ la moitié d'entre eux préféreraient avoir plus d'heures (Long-Term Care Staffing Study Advisory Group, 2020). Au lieu de cela, beaucoup sont obligés de faire des quarts de travail dans plusieurs centres, ce qui a potentiellement contribué à la propagation de la COVID-19 dans les premiers jours de la pandémie.

Le manque chronique de personnel a également conduit à une surcharge de travail des PAB et à un manque de soins pour les résidents, notamment des bains manqués et une hygiène insuffisante. Dans une enquête menée au Canada par Banerjee et al. sur les travailleurs des centres de soins à long terme (2012), un répondant a abordé le problème du manque de temps pour la nature relationnelle des soins : « Nous ne travaillons pas avec des machines, nous travaillons avec des humains et je trouve très inhumain d'avoir autant de résidents et de ne disposer que d'environ 10-15 minutes pour les lever ou les coucher chaque jour » (p. 395). Un autre a décrit l'impact au-delà du lieu de travail : « Mon travail prend le dessus sur ma vie, car je suis épuisé mentalement, physiquement, je dors, je mange et je travaille, c'est tout. Ce type de travail en CSLD vous épuise à l'extrême » (p. 396). L'expérience des travailleurs des centres de soins de longue durée est pire au Canada que dans certains autres pays. Alors que 43,8 % des répondants à l'enquête au Canada ont déclaré travailler avec un personnel réduit plus ou moins tous les jours, cette proportion n'était que de 23,1 % au Danemark, 13,6 % en Norvège, 12,4 % en Finlande et 12 % en Suède (Banerjee et al., 2012).

Le problème du manque de personnel dans les centres de soins de longue durée est tel que certains résidents embauchent des accompagnateurs privés pour l'assistance personnelle, afin de combler l'écart entre leurs besoins et la disponibilité limitée du personnel employé par le centre. Cependant, le coût d'un aidant personnel peut être prohibitif, et n'est donc pas une option viable pour de nombreuses personnes. Les accompagnateurs connaissent également des conditions de travail précaires par rapport aux PAB syndiqués et aux autres membres du

personnel du centre (Daly et al., 2015). Ils ne travaillent pas techniquement pour le centre; il s'agit généralement d'employés d'une agence externe à but lucratif ou d'un membre de la famille ou de l'aidant du résident. De nombreux centres ne disposent pas de politiques explicites concernant l'aide que les accompagnateurs peuvent apporter, ce qui entraîne ambiguïté et confusion. La prévalence des accompagnateurs privés dans les centres de soins de longue durée est une indication de plus de la nécessité d'une meilleure dotation en personnel pour alléger la charge des travailleurs et répondre aux besoins physiques, sociaux et émotionnels des résidents.

5. Stratégies de rentabilité

Les entreprises financiarisées s'appuient sur plusieurs stratégies commerciales pour tirer des profits du secteur du logement des personnes âgées, notamment la maximisation du financement public, la croissance et l'expansion financées par la dette, les accords de cession-bail, les économies d'échelle et les modèles de rémunération à l'acte. Les résidences de retraite peuvent également facturer des frais mensuels élevés, une option qui n'est pas disponible dans le secteur des centres de soins de longue durée, où les tarifs d'hébergement sont généralement établis par les gouvernements provinciaux et uniformisés dans les centres de tous les types de propriété. Certaines des stratégies abordées ci-dessous sont considérées comme des pratiques commerciales courantes. Cependant, les entreprises financiarisées se distinguent par l'échelle à laquelle elles opèrent et par l'incitation à maximiser les revenus pour les actionnaires plutôt que de fournir des logements convenables. En outre, aussi courantes que soient ces pratiques, elles sont en contradiction avec une approche du logement des personnes âgées fondée sur les droits de la personne.

5.1 Maximiser le financement du gouvernement

Alors qu'au plus souvent, les places dans les maisons de retraite sont payées par les particuliers, les centres de soins de longue durée du Canada bénéficient d'importantes subventions, et la maximisation du financement gouvernemental est une stratégie clé pour les entreprises financiarisées du secteur. On estime que 74 % des dépenses des centres de soins de longue durée du pays sont payées par le gouvernement, les 26 % restants étant principalement couverts par la participation aux coûts des résidents (Harrington et al., 2017). En Ontario, qui compte la plus forte concentration de centres de soins de longue durée financiarisés, le gouvernement provincial subventionne à la fois les soins quotidiens et la construction de nouveaux établissements. En ce qui concerne les soins, la province répartit les fonds pour les soins infirmiers et personnels, les programmes et services de soutien, et les aliments crus (Ministry of Health and Long-Term Care, 2017). Tout ce qui n'est pas dépensé doit être rendu au gouvernement. Les résidents paient des frais d'hébergement à un taux standard fixé par la province, avec des subventions disponibles pour ceux qui sont admissibles en fonction des contraintes de revenu. Ces frais sont distribués aux centres individuels, mais comme le taux est fixe dans toute la province, les exploitants ne peuvent pas tirer parti des augmentations de prix pour générer des revenus supplémentaires. Certaines provinces ont un taux d'hébergement unique, tandis que celui de l'Ontario est basé sur le type de chambre, totalisant 1 891,31 \$ par mois pour une chambre de base, 2 280,04 \$ pour une chambre à deux lits et 2 701,61 \$ pour une chambre individuelle au 1^{er} juillet 2019 (Ministry of Long-Term Care, 2021). Les résidents

dont les frais de logement sont subventionnés par le gouvernement n'ont droit qu'à une chambre de base.

En Ontario, l'argent alloué aux soins infirmiers et personnels qui n'est pas dépensé doit être rendu à la province, ce qui limite théoriquement les possibilités pour les sociétés financiarisées d'extraire des profits directement des fonds destinés à la prestation de soins. Cependant, il est possible qu'ils aient développé des solutions de contournement, avec au moins un compte-rendu d'une société embauchant des infirmières par l'entremise de sa propre agence de recrutement (Armstrong et al., 2020). En revanche, les municipalités et les organisations à but non lucratif complètent souvent la subvention provinciale afin d'assurer des soins convenables. En 2016, les municipalités de l'Ontario ont collectivement versé environ 350 millions de dollars de recettes fiscales à leurs centres de soins de longue durée, ce qui représente 21 600 \$ de plus par lit, tandis que les exploitants sans but lucratif demandent fréquemment des subventions et organisent des collectes de fonds dans leurs communautés (Association of Municipalities of Ontario, 2019).

Entre-temps, une étude du British Columbia's Office of the Seniors Advocate (2020) a révélé que, sur les 1,4 milliard de dollars de revenus annuels générés par les centres de soins de longue durée à but lucratif et non lucratif de la province, 1,3 milliard de dollars provenaient directement de subventions publiques. Toutefois, le rapport démontre clairement que le secteur à but non lucratif a investi davantage de ressources dans les soins, consacrant 59 % de ses revenus aux soins directs, contre 49 % pour le secteur à but lucratif. Le secteur à but non lucratif a également fourni 80 000 heures de soins au-delà de ce qui était financé, tandis que, chose troublante, le secteur à but lucratif n'a pas fourni 207 000 heures de soins financés. Ces facteurs permettent d'expliquer comment le secteur à but lucratif, qui comprend de nombreuses chaînes et entreprises financiarisées, a généré 12 fois plus d'excédents que le secteur sans but lucratif en Colombie-Britannique.

La pandémie a entraîné une augmentation importante du financement gouvernemental accordé aux centres de soins de longue durée, quel que soit le type de propriété, afin de couvrir les dépenses supplémentaires liées à la dotation en personnel et à l'équipement de protection individuelle (ÉPI). Lors des conférences téléphoniques trimestrielles tenues par Chartwell, Extendicare et Sienna Senior Living tout au long de 2020 et 2021, les investisseurs et les analystes ont exprimé un vif intérêt pour savoir quelle proportion de ces coûts serait couverte par le gouvernement de l'Ontario. Selon une enquête du *Toronto Star*, ces trois mêmes entreprises ont collectivement distribué près de 171 millions de dollars aux actionnaires au cours des trois premiers trimestres de 2020, tout en recevant 138,5 millions de dollars de financement pour la pandémie (Wallace et al., 2020). Faisant référence à la réaction des médias sur cette question, un cadre de Sienna Senior Living a insisté sur le fait que les dividendes ne provenaient pas d'un financement gouvernemental d'urgence, mais des frais d'hébergement des résidents et des revenus du secteur des maisons de retraite (Sienna Senior Living, 2021a). Si l'aide gouvernementale a presque certainement permis à ces trois entreprises de contourner une baisse des dividendes versés, le recours aux frais d'hébergement pour maximiser les rendements des investisseurs met en évidence une distinction fondamentale entre les entreprises financiarisées et les exploitants publics et sans but lucratif, qui réinvestissent tous les bénéfices dans leurs centres.

Le financement gouvernemental soutient également la construction de nouveaux centres de soins de longue durée. En Ontario, les exploitants sont admissibles à une subvention de financement de la construction versée chaque mois sur une période de 25 ans, à compter de la date d'occupation du premier résident une fois le nouveau centre achevé (Ministry of Long-Term Care, 2020). Les sociétés financiarisées et les autres grandes chaînes bénéficient de la structure de paiement rétroactif des subventions, en raison de la facilité relative avec laquelle elles peuvent obtenir un financement en capital par rapport aux exploitants sans but lucratif. Les sociétés financiarisées font aussi régulièrement pression pour obtenir une augmentation des subventions. Dans certains cas, ils ont retardé la construction de centres qui avaient déjà été approuvés par la province, ce qui leur permet de faire pression pour obtenir davantage de financement. Lors d'une conférence téléphonique en 2019, un dirigeant d'Extendicare a déclaré aux investisseurs et aux analystes que, bien que la société ait reçu l'approbation pour quelques nouveaux centres, elle prévoyait d'attendre « que les conditions économiques soient plus favorables » avant de procéder à la construction (Extendicare, 2019 c). Le dirigeant a prédit que le gouvernement irait de l'avant avec l'augmentation souhaitée des subventions, en partie à cause de la pression subie par les hôpitaux publics en raison du manque de lits de soins de longue durée. Ce n'est qu'un point de données, mais il est révélateur des stratégies plus larges employées par les sociétés financiarisées pour maximiser le financement public. Les subventions ont en fait été augmentées en 2020, pour atteindre 7 585 \$ à 8 680 \$ par lit et par an, selon que l'emplacement du centre est rural ou urbain (Morrison Park Advisors, 2021).

Les lits de soins de longue durée situés dans des centres à but lucratif, dont beaucoup appartiennent à des sociétés financiarisées, ne sont trop souvent pas conformes aux normes de conception les plus récentes de l'Ontario. Avec l'adoption de la *Loi de 2007 sur les centres de soins de longue durée* en 2010, les exploitants de centres de catégorie « C » construits selon les normes de conception de 1972 ont obtenu des permis transitoires de 15 ans, le renouvellement du permis étant subordonné à la mise à niveau aux normes de conception modernes (Gurnham et al., 2021). De nombreux exploitants municipaux et sans but lucratif ont depuis réaménagé leurs lits en conséquence, les propriétaires à but lucratif représentant 80 % des lits « C » restants (Pedersen et al., 2020). Sienna Senior Living et d'autres entreprises financiarisées ont reporté ces mises à niveau, plaidant plutôt pour une augmentation du financement public. Les effets de ce retard ont été mortels. Comme Stall et al. (2020) ont constaté dans leur analyse, des normes de conception des bâtiments dépassées étaient associées à des taux de mortalité plus élevés pendant la pandémie de COVID-19.

Enfin, les sociétés financiarisées qui possèdent et exploitent des centres de soins de longue durée et des résidences pour retraités dépendent de l'assurance hypothécaire de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), bien que les centres de soins de longue durée de l'Ontario ne soient plus admissibles à ce programme (OLTCA, 2020). À titre d'exemple, la SCHL a assuré environ 75 % de la dette hypothécaire de Chartwell au 31 décembre 2020 (Chartwell, 2020). Cela peut avoir des conséquences si cette assurance n'est pas aussi facilement accessible aux prestataires municipaux et à but non lucratif. Il existe également des répercussions en cas de défaillance, comme ce fut le cas lorsque la chaîne à but lucratif Royal Crest Lifecare a fait faillite en 2003 (Armstrong et al., 2016).

Le modèle économique des entreprises financiarisées du secteur des soins de longue durée au Canada dépend de l'augmentation des subventions gouvernementales pour minimiser les coûts et maximiser les rendements. Il s'agit d'une dynamique fondée sur la socialisation des risques et la privatisation des profits, dans laquelle les soins quotidiens et la construction de nouveaux logements sont financés par des fonds publics, tandis que les bénéfices sont extraits par des investisseurs privés et demeurent entre leurs mains.

5.2 Croissance et expansion

Les entreprises financiarisées s'appuient sur la croissance de leurs revenus, qu'elles obtiennent de plusieurs manières : fusions et acquisitions, nouveaux développements et diversification dans différentes zones géographiques et différents secteurs d'activité. Outre les soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées, par exemple, plusieurs entreprises exploitent également des divisions de soins à domicile et de gestion et conseil. Alors que la croissance passe plus généralement par des acquisitions, les sociétés financiarisées considèrent chaque centre individuel comme faisant partie d'une stratégie d'entreprise plus large qui peut nécessiter la vente de certaines propriétés dans les bonnes circonstances, car ceci peut faire augmenter le cours des actions (Armstrong et al., 2016). Extendicare, par exemple, a vendu son portefeuille américain en 2015 à un groupe d'investisseurs dirigé par une société de capital-investissement afin de mettre l'accent sur l'expansion de ses activités canadiennes. Cette décision peut avoir été liée au paiement par Extendicare de 38 millions de dollars au ministère de la Justice des États-Unis et à huit États pour résoudre les allégations selon lesquelles elle a facturé Medicare et Medicaid pour des services de soins infirmiers de qualité inférieure, un règlement qui exigeait que la société s'engage dans un accord d'intégrité d'entreprise de cinq ans pour améliorer la qualité des soins (Harrington et al., 2017).

Cependant, l'expansion par l'acquisition et le développement reste l'approche dominante de la croissance. Selon August (2021), les sociétés financiarisées figurant parmi les dix premiers propriétaires de logements pour personnes âgées au Canada ont collectivement plus que doublé leur nombre de logements entre 2003 et 2020. Au moment de son introduction en bourse en 2010, par exemple, Sienna Senior Living possédait 26 centres de soins de longue durée et une résidence pour retraités, contre 43 et 27 respectivement en 2021 (Leisureworld Senior Care Corporation, 2010; Sienna Senior Living, 2021b). Lors d'une conférence téléphonique en 2020, en réponse à une question sur les possibilités de croissance d'ici la fin de l'année, un cadre d'Extendicare a suggéré qu'il y avait des possibilités de développer les offres de la société dans l'Est du Canada et au Québec (Extendicare, 2020). Le fait d'envisager une telle expansion alors même que les centres de soins de longue durée existants d'Extendicare luttent pour contrôler et se remettre des éclosions de COVID-19 est révélateur de la mesure dans laquelle les entreprises financiarisées et leurs investisseurs font de la croissance une priorité.

L'expansion est stimulée par le financement par emprunt, qui est généralement obtenu auprès d'institutions financières et utilisé comme levier pour faciliter l'acquisition de biens immobiliers. L'une des mesures de l'endettement d'une entreprise est le rapport entre la dette et le « BAIIA ajusté » (bénéfice avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissement), qui évalue sa capacité à couvrir ses dettes. Pour Chartwell et Extendicare, ce ratio a connu une tendance à la hausse, plutôt qu'à la baisse, ce qui indique que les bénéfices n'ont pas suivi le rythme de

l'endettement. Bien que ces renseignements ne soient pas publiquement disponibles pour les sociétés de capital-investissement du secteur du logement des personnes âgées, il est probable qu'elles dépendent tout autant, voire davantage, du financement par emprunt.

La croissance des sociétés financiarisées augmente la proportion de centres de soins de longue durée à but lucratif. Cette préoccupation pourrait devenir plus pressante dans un avenir proche, car les contraintes financières pourraient amener les petits exploitants à quitter le secteur à la suite de la pandémie. En outre, l'accent mis sur les « marchés attrayants » pour l'expansion peut produire des inégalités dans la distribution, de sorte que les zones moins riches ne sont pas aussi bien desservies par tous les types de logements pour personnes âgées.

5.3 Accords de cession-bail

Les accords de cession-bail ont suscité une vive controverse aux États-Unis et au Royaume-Uni, où ils ont entraîné une baisse de la qualité des soins et la faillite éventuelle de certaines des plus grandes chaînes de soins de longue durée. Grâce à un financement par emprunt, une société de capital-investissement ou une autre société de ce type achète les actifs immobiliers d'une chaîne en difficulté, puis les loue à l'exploitant des centres (Horton, 2019). Si l'injection de capitaux à court terme offre un soulagement temporaire, l'exploitant se retrouve sans actifs immobiliers avec lesquels il pourrait obtenir un financement à faible coût à l'avenir. En outre, les obligations en matière de loyer peuvent devenir un fardeau, obligeant le preneur à bail à faire des coupes budgétaires pour rester à flot.

En 2018, le *Washington Post* s'est penché sur les répercussions d'un accord de cession-bail, trouvant des preuves de non-respect du code de la santé et de négligence des résidents après qu'une société de capital-investissement appelée Carlyle Group a acquis la chaîne de soins de longue durée HCR ManorCare (Whoriskey & Keating, 2018). En 2011, Carlyle a vendu les centres de soins de longue durée et les actifs immobiliers de la chaîne à une société de placement immobilier, imposant à HCR ManorCare le paiement de loyers pour continuer à utiliser les centres. L'opération a rapporté à Carlyle 6,1 milliards de dollars, ce qui lui a permis de récupérer sa participation initiale et de rembourser ses dettes. Cependant, elle a également rendu HCR ManorCare incapable de payer ses factures, ce qui a conduit la chaîne à la faillite.

Les accords de cession-bail de cette nature ne sont pas courants dans le secteur canadien du logement pour personnes âgées, bien que plusieurs sociétés financiarisées utilisent des structures d'entreprise qui séparent leurs actifs immobiliers des opérations. Cependant, il est important de garder cette question à l'esprit, notamment en raison du récent rapport de la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, qui fait état d'un modèle potentiellement inquiétant dans lequel le secteur privé construit et possède des établissements, tandis que des entités publiques et à but non lucratif s'occupent de la prestation des soins (Marrocco et al., 2021).

5.4 Économies d'échelle

En grande partie grâce aux stratégies de croissance et d'expansion décrites ci-dessus, les sociétés financiarisées sont en mesure de profiter d'économies d'échelle dans leurs nombreux centres et divisions commerciales. Cela peut se faire de plusieurs façons, notamment en centralisant l'administration, en normalisant les programmes et en effectuant des achats groupés. Extendicare, par exemple, a lancé en 2017 un projet de 12 millions de dollars visant à mettre en place un nouveau système technologique pour optimiser la programmation de sa filiale de soins à domicile, ParaMed. Selon une lettre adressée aux actionnaires en 2018, le système devrait « améliorer la planification pour notre personnel, réduire le taux de renouvellement, augmenter la capacité et permettre d'accepter davantage de recommandations de soins » (Extendicare, 2019b, p. 2). Cet investissement devrait être particulièrement efficace en raison des volumes élevés de clients de ParaMed dans plusieurs provinces. Bien que le logement des personnes âgées soit dans une large mesure un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, il existe certaines possibilités pour les fournisseurs de bénéficier d'économies et d'améliorations de l'efficacité sans compromettre la qualité des soins. La possibilité de développer des institutions et des programmes qui permettraient aux centres publics et sans but lucratif de réaliser des économies d'échelle, tout en continuant à fournir des logements et des soins adaptés aux besoins de leurs communautés, est abordée dans la section « Recommandations » du présent rapport.

Les économies d'échelle peuvent également avoir des conséquences négatives. En termes de construction et de fonctionnement quotidien, il est plus facile de réaliser des économies avec des centres plus grands, même s'ils ont tendance à produire un plus grand sentiment d'institutionnalisation. Tamara Daly (2015) a constaté que l'essor et la consolidation des établissements de soins de longue durée à but lucratif en Alberta, au Manitoba et en Ontario correspondent à une augmentation de la taille des établissements. En 2010, plus de 40 % des centres à but lucratif des trois provinces comptaient plus de 100 lits, la Colombie-Britannique les suivant de près.

5.5 Modèle de rémunération à l'acte

Le modèle de rémunération à l'acte s'applique principalement aux résidences pour personnes âgées, où les exploitants peuvent choisir de maximiser leurs revenus en prélevant des frais supplémentaires pour des services individuels tels que l'entretien ménager, la buanderie et le transport. Sans négliger la valeur de ces services, qui facilitent l'indépendance tout en permettant aux résidents d'accéder à un soutien en cas de besoin, les frais supplémentaires viennent s'ajouter aux coûts déjà importants de la vie à la retraite au Canada. Au-delà du paiement à l'acte, les tarifs d'hébergement dans le secteur des retraites ne sont pas fixés par le gouvernement, ce qui permet aux entreprises de dégager des marges d'exploitation élevées grâce à des prix élevés.

6. Une approche du logement des personnes âgées fondée sur les droits de la personne

Les pratiques d'extraction de profits des entreprises financiarisées ne sont pas propices à une approche du logement des personnes âgées fondée sur les droits de la personne. Si ce rapport fournit plusieurs recommandations visant à limiter leur portée dans le secteur des soins de longue durée, il est également important de prendre en compte les problèmes de droits de la personne associés à l'ensemble du modèle de soins institutionnalisés. Le problème s'étend également aux résidences pour personnes âgées. Si certaines personnes emménagent dans des maisons de retraite dans le but de changer de mode de vie, d'autres le font par nécessité, parce que leur santé décline et que la liste d'attente pour les soins de longue durée est trop longue.

En ce qui concerne les soins de longue durée, le terme *désinstitutionnalisation* désigne « un processus par lequel les soins en institution sont soit remarquablement réduits et remplacés par des dispositifs de soins communautaires et familiaux, soit radicalement réorganisés et redéfinis » (Anttonen & Karsio, 2016, p. 152). Historiquement, le mouvement de désinstitutionnalisation s'est préoccupé de l'institutionnalisation des personnes handicapées et souffrant de maladies mentales dans des hôpitaux psychiatriques et d'autres institutions isolées, qui ont souvent des pratiques abusives. Ce mouvement, qui a pris de l'ampleur dans les années 1960, a connu de nombreux succès au Canada, ce qui a entraîné une transition vers la vie et les soins communautaires.

Un rapport des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées note que « le droit de toute personne handicapée, quels que soient leur âge et leur handicap, de vivre de manière indépendante et d'être intégrée dans la communauté est reconnu par l'article 19 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées » (Devandas Aguilar, 2019, p. 13). Cependant, l'institutionnalisation des personnes âgées dans des centres de soins de longue durée demeure la norme au Canada, ce qui affecte de façon disproportionnée les femmes, qui représentent plus des deux tiers des résidents. Pour beaucoup, cela représente une perte importante d'autonomie. L'institutionnalisation rompt également les réseaux sociaux et les liens de voisinage qui contribuent au bien-être.

L'adoption de politiques visant à la désinstitutionnalisation doit s'accompagner d'investissements dans les soins à domicile et les logements avec services de soutien. Toutefois, comme les centres de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées, les services de soins à domicile peuvent être exploités par des entités à but lucratif et financiarisées. Par exemple, la filiale de soins à domicile d'Extendicare, ParaMed, est soumise aux mêmes pressions de rentabilité que les autres divisions de l'entreprise. Par conséquent, toute intervention politique donnant la priorité à l'investissement dans les soins à domicile doit continuer à tenir compte de la propriété.

Si les soins à domicile fonctionnent bien pour certains, d'autres trouvent qu'ils les isolent dans leur propre maison (Milligan & Wiles, 2010). Cela peut être particulièrement vrai pour les personnes moins mobiles. Dans ce cas, le logement communautaire avec services de soutien serait une option souhaitable. Une décision récente de la Cour d'appel de la Nouvelle-Écosse a

trouvé des preuves de discrimination systémique à l'égard des personnes handicapées suite à leur détermination que les droits de la personne de trois plaignants ont été violés lorsqu'ils ont été inutilement institutionnalisés en raison d'un manque de logements communautaires (Ramesar, 2021). La réalisation progressive du droit à un logement convenable pour les personnes âgées et les personnes handicapées nécessite de soutenir les solutions de rechange aux soins de longue durée afin de garantir qu'elles aient des options de logement et ne soient pas placées en institution contre leur volonté.

7. Recommandations

Les problèmes associés au système de soins de longue durée du Canada sont connus depuis des années, et de nombreux rapports ont été commandés pour étudier le problème et formuler des recommandations. Parmi les propositions les plus courantes, citons l'augmentation du financement pour améliorer les effectifs et les capacités, des normes et des audits rigoureux pour réglementer la qualité des soins, ainsi qu'une meilleure éducation et formation du personnel et des contractants (Wong et al., 2021). La pandémie a également démontré l'importance d'installations modernisées et de mesures de contrôle des infections bien conçues, notamment l'accès à des EPI en quantité suffisante.

L'obligation d'un minimum de quatre heures de soins par résident et par jour est considérée comme une réforme clé par de nombreux intervenants. Cependant, la législation récente de l'Ontario sur cette question est insuffisante. Bien qu'elle s'engage à fournir quatre heures de soins par résident et par jour, la conformité sera calculée en faisant la moyenne des heures de soins pour tous les centres et tous les résidents de la province. Par conséquent, les centres à but lucratif ne seront pas montrés du doigt s'ils ne respectent pas la norme. Ce qu'il faut, c'est un minimum de quatre heures de soins dans chaque centre de soins de longue durée. Outre l'augmentation des effectifs, il faut également améliorer les salaires, les conditions de travail et les avantages sociaux, tels que les congés de maladie payés, afin de réduire l'épuisement professionnel et le roulement des travailleurs de première ligne, comme les PAB. Un engagement à fournir des emplois permanents et à minimiser le recours aux agences de recrutement contribuerait également à assurer une plus grande continuité et stabilité pour les résidents et le personnel.

La propriété a également son importance. Les recommandations présentées dans ce rapport portent sur des interventions visant à réduire l'ampleur de la propriété financiarisée dans les soins de longue durée. Elles abordent également les possibilités de permettre à un plus grand nombre de personnes de vieillir chez elles dans leur communauté, en soulignant la nécessité d'un large éventail d'options de logement pour les personnes âgées dans le cadre du continuum de soins. L'amélioration du contexte du logement des personnes âgées au Canada exige des engagements audacieux de la part de nombreux intervenants, y compris les trois ordres de gouvernement, les organisations de la société civile et les institutions financières.

7.1 Transferts fédéraux et normes

Bien que l'administration des soins de longue durée soit de compétence provinciale, il existe des possibilités de participation fédérale à l'amélioration du secteur. La *Loi canadienne sur la santé* énonce cinq critères qui constituent l'épine dorsale du système d'assurance-maladie public du Canada : gestion publique, accessibilité, intégralité, universalité et transférabilité. Les provinces doivent satisfaire à ces critères dans leur prestation de services de santé assurés afin de pouvoir bénéficier du Transfert canadien en matière de santé, une contribution annuelle en espèces du gouvernement fédéral. Toutefois, étant donné que les soins de longue durée sont désignés comme un « service complémentaire de santé » en vertu de la loi, plutôt que comme un « service de santé assuré », leur prestation n'est pas soumise à ces conditions.

Le gouvernement fédéral devrait explorer la possibilité de légiférer sur les critères d'admissibilité aux transferts fédéraux aux provinces pour les centres de soins de longue durée. Dans un avis juridique commandé par des groupes de défense de la santé de tout le pays, Shrybman (2021) suggère que le gouvernement fédéral peut soit modifier la *Loi canadienne sur la santé*, soit adopter une loi distincte pour assortir les transferts financiers de conditions. En plus des cinq critères applicables aux services de santé assurés, il recommande trois conditions particulières aux soins de longue durée : que les provinces adoptent un ensemble de normes pour garantir la haute qualité des soins; qu'elles mettent en œuvre des mesures de responsabilisation; et qu'elles soutiennent la propriété et la prestation des soins de longue durée par des prestataires du secteur public et sans but lucratif.

Il semble qu'il existe un soutien important en faveur de normes nationales pour les soins de longue durée. Environ 67 % des centres de soins de longue durée au Canada sont déjà agréés par Agrément Canada, qui évalue les centres selon les normes actuelles de l'Organisation de normes en santé (MacCharles, 2021). Le Conseil canadien des normes (une société d'État qui encourage la normalisation volontaire), l'Organisation des normes de santé et l'Association canadienne de normalisation ont lancé un processus complet pour élaborer des normes à jour, qui ont été publiées sous forme d'ébauche pour examen public en janvier 2022. L'ébauche de normes donne la priorité aux soins prodigués avec compassion et centrés sur les résidents, et favorise l'autonomie des résidents dans leurs décisions en matière de soins. Comme les conditions de travail influencent directement la qualité des soins, les normes recommandent le respect de niveaux de dotation en personnel fondés sur des données probantes. Toutefois, les défenseurs des droits de la personne notent que les normes ne fixent pas d'objectif en matière d'heures de soins directs par jour, et qu'elles n'abordent pas la question de la propriété (Aziz & Al-Hakim, 2022).

S'il est important de veiller à ce que les normes correspondent aux meilleures pratiques actuelles, l'efficacité des normes plus rigoureuses repose sur le contrôle de leur mise en œuvre. Toute initiative en faveur de normes nationales doit s'accompagner de mécanismes d'application robustes. Ceux-ci devraient être orientés vers la garantie de la qualité des soins, par des plans d'amélioration du rendement et de la révocation des permis, s'il y a lieu. Les sanctions financières sont particulièrement mal adaptées aux centres municipaux et sans but lucratif, où elles réduiraient le montant des fonds destinés à être réinvestis dans le centre.

Diverses questions se posent quant à la possibilité de lier les transferts fédéraux à des critères de propriété. Les provinces devraient-elles être tenues de veiller à ce qu'aucun nouveau permis de soins de longue durée ne soit accordé à des fournisseurs à but lucratif? Devraient-elles recevoir un financement supplémentaire pour administrer les initiatives de renforcement des capacités des prestataires publics et à but non lucratif, ou devrait-il s'agir d'une condition obligatoire? Bien qu'il reste de nombreux détails à régler, l'introduction de critères de cette nature pourrait avoir un impact transformateur sur le secteur des soins de longue durée au Canada.

7.2 Permis

Comme les provinces conservent le pouvoir de délivrer des permis et de réglementer les centres de soins de longue durée, il existe deux voies principales pour réduire la proportion de propriétés financiarisées dans le secteur des soins de longue durée. Le premier concerne l'octroi de permis pour de nouveaux logements, tandis que le second porte sur la conversion de logements existants en différentes formes de propriété. Les deux voies pour limiter la propriété financiarisée nécessitent une volonté politique, un financement et un renforcement des capacités des prestataires publics et à but non lucratif.

En ce qui concerne la première approche, les provinces devraient adopter des politiques qui donnent explicitement la priorité à l'attribution de permis aux exploitants publics et sans but lucratif dans la mesure du possible. Cela doit s'accompagner de mesures pour changer le système actuel d'attribution des lits qui privilégie les sociétés financiarisées et autres grandes chaînes à but lucratif en raison de leur accès facile au financement par l'emprunt.

En ce qui concerne la deuxième approche, les provinces peuvent souhaiter profiter de l'expiration des permis en choisissant de ne pas renouveler les permis des sociétés financiarisées le moment venu. Toutefois, plusieurs transitions se produisent déjà par d'autres moyens. En mars 2020, deux autorités sanitaires régionales de la Colombie-Britannique ont pris la décision de ne pas renouveler leurs contrats avec ParaMed, la filiale de soins à domicile d'Extendicare (Extendicare, 2019a). En lieu et place, la Fraser Health et la Vancouver Coastal Health ont choisi d'internaliser les services de soins à domicile, qui seront désormais fournis par le secteur public. Un autre changement important se produit en Saskatchewan, qui a récemment annoncé qu'elle mettait fin à ses accords avec Extendicare et qu'elle prenait en charge l'exploitation des cinq centres de soins de longue durée de la société dans la province (Quenneville, 2021). Cette décision semble être fondée en partie sur les mauvais résultats obtenus dans les centres d'Extendicare pendant la pandémie, qui se sont soldés par 42 décès, nombre stupéfiant, attribuables à une écloison dans un seul établissement. Bien que les détails de la transition demeurent inconnus, y compris le calendrier et le coût potentiel de l'achat des propriétés, une observation attentive pourrait servir de guide aux autres provinces. Toutefois, la transition vers l'abandon des sociétés financiarisées est probablement plus facile en Saskatchewan, où seulement 5 % des centres de soins de longue durée sont à but lucratif, que dans les territoires où cette proportion est beaucoup plus élevée.

7.3 Soutien aux logements publics et sans but lucratif pour les personnes âgées

Les fournisseurs de logements pour personnes âgées publics et sans but lucratif réinvestissent tout excédent dans leurs logements, contrairement aux sociétés financiarisées et autres entreprises à but lucratif du secteur. Comme nous l'avons détaillé ci-dessus, il existe des preuves substantielles qu'ils fournissent une meilleure qualité de soins. Ils sont également plus en demande par les futurs résidents. AdvantAge Ontario (s.d.) a constaté que 68 % des personnes âgées de l'Ontario sur la liste d'attente pour un lit de soins de longue durée ont choisi un centre sans but lucratif comme premier choix. En outre, nombre de ces centres proposent des services linguistiques et des programmes culturels conçus pour répondre aux besoins de communautés ethniques et religieuses. Cela permet aux personnes âgées qui ont de la difficulté avec l'anglais de communiquer dans leur langue maternelle, ce qui renforce leur sentiment d'appartenance. Compte tenu de la diversité de la population canadienne, il faut davantage de centres offrant des soins adaptés à la culture, d'autant plus que les temps d'attente pour ceux qui existent ont tendance à être beaucoup plus longs que la moyenne.

Les centres gérés par des organisations à but non lucratif ne sont pas considérés comme faisant partie d'une stratégie à but lucratif, mais plutôt comme faisant partie d'une constellation d'aides sociales fournies par et pour les membres d'une communauté donnée. Toutefois, le système est actuellement conçu de manière à privilégier les sociétés financiarisées et autres chaînes à but lucratif qui peuvent profiter des subventions gouvernementales rétroactives qui obligent les exploitants à assumer les coûts de développement de nouveaux centres de soins de longue durée. En raison de leur petite taille et de leurs ressources limitées, il est plus difficile pour les prestataires publics et à but non lucratif d'obtenir un financement auprès des institutions financières. L'Association des municipalités de l'Ontario (2016) a clairement indiqué que de nombreuses villes ne disposent pas des capitaux nécessaires pour exploiter davantage de centres. Pour les organisations à but non lucratif, la collecte de fonds pour de nouveaux centres nécessite souvent de grandes campagnes de collecte de fonds, qui elles-mêmes exigent un investissement important en temps et en argent.

Il existe un besoin évident de programmes de renforcement des capacités destinés à défendre les centres publics et à but non lucratif. Un rapport récent d'Armstrong et al. (2021) a proposé la création d'une agence provinciale en Ontario, qui soutiendrait le secteur sans but lucratif par la planification et le financement afin de « reproduire efficacement le modèle d'organisation et les avantages de la propriété en chaîne » (p. 15). Une telle agence pourrait être créée dans chaque province pour aider à toutes les étapes du processus de développement, y compris la recherche de propriétés appropriées et la négociation de contrats d'achat, l'obtention de financement pour la construction et le réaménagement, et la demande de permis municipaux. Elle pourrait également administrer des programmes de réduction des coûts, par exemple en tirant parti du pouvoir d'achat collectif de tous les centres publics et sans but lucratif d'une province pour commander des quantités importantes d'ÉPI, de nourriture et d'autres fournitures. Cette agence réduirait le fardeau financier et humain de ces organisations, leur permettant de partager leurs ressources et de mettre l'accent sur la fourniture de soins et de services.

Le gouvernement fédéral devrait également créer un programme de financement pour encourager les provinces à construire et à entretenir des résidences de retraite publiques et sans but lucratif. Cela permettra d'accroître le parc de logements pour personnes âgées qui bénéficient d'une aide gouvernementale, d'alléger le fardeau des centres de soins de longue durée et d'augmenter la disponibilité d'options abordables dans l'éventail des soins. Les provinces peuvent profiter de cette occasion pour assurer une répartition géographique plus équitable des logements. Il faut également soutenir les fournisseurs municipaux de logements sociaux dans le développement de logements subventionnés pour les personnes âgées adaptés aux besoins de la communauté.

7.4 Investissement dans des solutions de rechange

Les centres de soins de longue durée sont devenus l'option par défaut des personnes âgées lorsque leurs besoins en matière de santé et de soins personnels augmentent. Il existe toute une gamme de solutions de rechange, mais elles ne sont pas toutes aussi accessibles. La majeure partie du financement public des soins aux personnes âgées est canalisée vers des établissements de soins de longue durée à forte intensité de capital, et si les résidences de retraite offrent une option plus indépendante, ils sont trop coûteux pour de nombreuses personnes. Dans les conversations sur le besoin urgent de nouveaux lits de soins de longue durée pour répondre à la demande prévue, on reconnaît rarement à quel point un financement accru des solutions de rechange pourrait alléger cette pression. Selon une analyse de l'Institut canadien d'information sur la santé, environ 1 résident sur 9 admis dans un établissement de soins de longue durée en 2018-2019 aurait pu voir ses besoins en soins satisfaits à domicile (CIHI, 2020). En outre, si certaines personnes âgées finissent par être placées dans des établissements de soins de longue durée, le fait de retarder cette issue en investissant dans d'autres services peut tout de même réduire la charge sur les centres existants.

Comme Drummond et al. (2020) observent dans un récent rapport, il se peut que le développement des centres de soins de longue durée soit nécessaire à court terme, mais « le véritable besoin est de promouvoir et d'investir dans les services à domicile et communautaires et dans d'autres solutions de rechange afin d'offrir aux personnes âgées des choix qui leur permettront de maintenir la meilleure qualité de vie possible en vieillissant » (p. 12). Les politiques de « vieillir chez soi » – c'est-à-dire les soutiens sanitaires et sociaux qui permettent aux gens de continuer à vivre dans leur communauté –, sont particulièrement importantes à la lumière d'un récent sondage national qui indique que 78 % des Canadiens souhaitent vieillir chez eux (March of Dimes, 2021). Toutefois, seuls 26 % d'entre eux prévoient qu'ils seront en mesure de le faire. On peut faciliter le vieillissement chez soi par des efforts visant à réduire la financiarisation et à améliorer la sécurité du logement. En 2018, 10 % des personnes âgées vivaient dans des ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement, un taux similaire à celui de 9 % de la population totale (Randle et al., 2021). Le besoin impérieux en matière de logement est une mesure qui prend en compte plusieurs aspects d'un logement convenable, notamment l'accessibilité financière, l'adéquation et l'état du logement. Pour les locataires âgés, le taux de besoin impérieux en matière de logement était de 25 %, contre 19 % pour la population totale. L'investissement dans les programmes et services permettant aux

personnes âgées de rester chez elles doit donc s'accompagner d'efforts visant à améliorer la sécurité d'occupation et les autres dimensions du logement convenable.

Il est essentiel de veiller à ce que les solutions de rechange aux soins de longue durée soient disponibles et bien financées. Ces services peuvent prendre de nombreuses formes, notamment des services de soins à domicile, des infrastructures sociales et des logements avec services de soutien. Un levier politique potentiel consiste à mettre en place de meilleurs soutiens pour les aidants familiaux, par exemple en élargissant le programme fédéral existant qui verse des prestations allant jusqu'à 595 \$ par semaine pendant 26 semaines aux aidants qui prodiguent des soins de fin de vie (Government of Canada, 2021). Un autre modèle est le Paid Family Care Giving Option de Terre-Neuve, une subvention qui permet aux personnes admissibles d'embaucher un membre de leur famille pour leur fournir des soins, jusqu'à un maximum de quatre heures par jour pour une personne âgée, avec des heures supplémentaires rémunérées pour la préparation des repas, le ménage et la lessive (Government of Newfoundland and Labrador, 2015). Pour que ces politiques soient le plus efficaces possible, elles devraient s'accompagner d'une évolution plus large vers des horaires de travail plus flexibles dans d'autres secteurs, ce qui permettrait aux membres de la famille de concilier leur rôle de soignant avec un autre emploi. En l'absence de telles politiques, le travail non rémunéré de prise en charge de la famille incombe de manière disproportionnée aux femmes, avec des conséquences à long terme sur leurs revenus et leurs retraites.

Les résidences d'hébergement supervisé à échelle réduite représentent une autre solution dans le cadre du continuum de soins. Si elles sont réparties et intégrées dans les communautés de longue date des personnes âgées, ces maisons permettent aux résidents de conserver certaines de leurs habitudes quotidiennes et facilitent les visites de la famille et des amis. Le Green House Project, qui compte 359 maisons aux États-Unis, est une organisation qui a attiré l'attention sur ses résidences de type familial, chacune d'entre elles n'abritant que 9 à 12 personnes (Sharkey et al., 2011). Par ailleurs, les centres de soins de longue durée au Canada comptent en moyenne 153 lits (Gibbard, 2017), une taille qui contribue à donner un sentiment d'institutionnalisation. Il n'en reste pas moins que le logement des personnes âgées est une question complexe qui nécessite une approche sur plusieurs fronts, et la question de la propriété doit rester au premier plan dans le développement de solutions de rechange.

8. Conclusion

Au cours des dernières décennies, les sociétés financiarisées ont de plus en plus consolidé leur propriété de logements pour personnes âgées au Canada grâce à une série de stratégies pour extraire des profits et maximiser les rendements pour les investisseurs. La montée de la propriété financiarisée est particulièrement flagrante lorsqu'il s'agit des centres de soins de longue durée financés par l'État qui hébergent et soignent certaines des personnes âgées les plus fragiles du pays, ce qui constitue une menace pour leur droit à un logement convenable. Il est manifestement nécessaire de mettre en place des politiques visant à accroître la proportion de centres publics et sans but lucratif, ce qui exige à la fois de leur octroyer davantage de permis et d'augmenter leur capacité grâce à un financement et à un soutien au développement supplémentaires. Cependant, si la propriété est un élément important du débat sur le logement

des personnes âgées, ce n'est pas la seule préoccupation. Il faut investir davantage dans les nombreuses solutions de rechange aux grandes résidences pour retraités et aux centres de soins de longue durée, y compris les soins à domicile et les logements supervisés bien intégrés dans les communautés environnantes. Il faut autoriser les personnes âgées à choisir comment elles passent leur dernier chapitre, quelle que soit leur situation financière. La préservation de cette capacité est essentielle à une approche du logement des personnes âgées fondée sur les droits de la personne.

Références

- Aalbers, M. B. (2016). *The financialization of housing: A political economy approach*. Routledge Taylor & Francis Group.
- AdvantAge Ontario. (s.d.). *Challenges and solutions*. The Difference Matters. <https://thedifferencematters.ca/challenges-and-solutions>
- Annable, K. (2021, March 17). Families demand answers after losing loved ones in Winnipeg's most lethal care home outbreak. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/charleswood-covid-death-rate-1.5953829>
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Eldercare service redesign in Finland: Deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151–166. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129017>
- Appelbaum, E., & Batt, R. L. (2014). *Private equity at work: When Wall Street manages Main Street*. Russell Sage Foundation.
- Armstrong, P., Armstrong, H., Buchanan, D., Dean, T., Donner, G., Donner, A., Sholzberg-Gray, S., Himelfarb, A., & Shrybman, S. (2021). *Investing in care, not profit: Recommendations to transform long-term care in Ontario*. Canadian Centre for Policy Alternatives. <https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Ontario%20Office/2021/05/Investing%20in%20care%20not%20profit%20report.pdf>
- Armstrong, P., Armstrong, H., MacDonald, M., & Doupe, M. (2020). Privatization of long-term residential care in Canada: The case of three provinces. In P. Armstrong & H. Armstrong (Eds.), *The privatization of care: The case of nursing homes* (pp. 87–101). Routledge.
- Armstrong, P., Armstrong, H., & MacLeod, K. K. (2016). The threats of privatization to security in long-term residential care. *Ageing International*, 41(1), 99–116. <https://doi.org/10.1007/s12126-015-9228-0>
- Association of Municipalities of Ontario. (2016). *Strengthening age-friendly communities and seniors' services for 21st century Ontario: A new conversation about the municipal role*. <https://www.amo.on.ca/sites/default/files/assets/DOCUMENTS/Reports/2016/StrengtheningAgeFriendlyCommunitiesSeniorsServicesFor21stCenturyOntario20160920.pdf>
- Association of Municipalities of Ontario. (2019). *A compendium of municipal health activities and recommendations*. <https://www.amo.on.ca/sites/default/files/assets/DOCUMENTS/Reports/2019/CompendiumofMunicipalHealthActivitiesandRecommendations20190118.pdf>
- August, M. (2021). Securitising seniors housing: The financialisation of real estate and social reproduction in retirement and long-term care homes. *Antipode*. <https://doi.org/10.1111/anti.12795>
- Aziz, S., & Al-Hakim, A. (2022, January 27). Canada's new national long-term care standards released. Here's what is different. *Global News*. <https://globalnews.ca/news/8540978/long-term-care-national-standards-2022/>
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, P., Szebehely, M., Armstrong, H., & Lafrance, S. (2012). Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada

- and Scandinavia. *Social Science & Medicine*, 74(3), 390–398.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.037>
- Berta, W., Laporte, A., & Valdmanis, V. (2005). Observations on institutional long-term care in Ontario: 1996–2002. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 24(1), 71–84. <https://doi.org/10.1353/cja.2005.0002>
- Berta, W., Laporte, A., Zarnett, D., Valdmanis, V., & Anderson, G. (2006). A pan-Canadian perspective on institutional long-term care. *Health Policy*, 79(2–3), 175–194.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.12.006>
- CBC Radio. (2020, April 24). Canada’s for-profit model of long-term care has failed the elderly, says leading expert. *CBC Radio*. <https://www.cbc.ca/radio/sunday/the-sunday-edition-for-april-26-2020-1.5536429/canada-s-for-profit-model-of-long-term-care-has-failed-the-elderly-says-leading-expert-1.5540891>
- Chartwell. (2003). *Initial public offering prospectus*. <https://sedar.com/>
- Chartwell. (2020). *2020 annual report*.
https://s23.q4cdn.com/371771841/files/doc_financials/2020/ar/CHARTWELL_ANNUAL_REPORT_2020-rev2-online-AODA.pdf
- Chown Oved, M. (2021, January 27). Pension plans own millions of shares in Ontario long-term-care homes, where COVID-19 has killed thousands. Now, some are pulling their money out of the for-profit facilities. *The Toronto Star*.
<https://www.thestar.com/news/investigations/2021/01/27/pension-plans-own-millions-of-shares-in-ontario-long-term-care-homes-where-covid-19-has-killed-thousands-now-some-are-pulling-their-money-out-of-the-for-profit-facilities.html>
- CIHI. (2020, August 6). *1 in 9 new long-term care residents potentially could have been cared for at home*. Canadian Institute for Health Information. <https://www.cihi.ca/en/1-in-9-new-long-term-care-residents-potentially-could-have-been-cared-for-at-home>
- CIHI. (2021a). *The impact of COVID-19 on long-term care in Canada: Focus on the first 6 months*. Canadian Institute for Health Information.
<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/impact-covid-19-long-term-care-canada-first-6-months-report-en.pdf>
- CIHI. (2021b, June 10). *Long-term care homes in Canada: How many and who owns them?* Canadian Institute for Health Information. <https://www.cihi.ca/en/long-term-care-homes-in-canada-how-many-and-who-owns-them>
- Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., Ravindran, N. C., Burns, K. E., Haines, T., Stringer, B., Cook, D. J., Walter, S. D., Sullivan, T., Berwanger, O., Bhandari, M., Banglawala, S., Lavis, J. N., Petrisor, B., Schunemann, H., Walsh, K., ... Guyatt, G. H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 339, b2732–b2732.
<https://doi.org/10.1136/bmj.b2732>
- CTV News. (2018, May 2). Families sue Ontario long-term care providers over “disgusting” neglect. *CTV News*. <https://www.ctvnews.ca/health/families-sue-ontario-long-term-care-providers-over-disgusting-neglect-1.3912770>

- Daly, T. (2015). Dancing the two-step in Ontario's long-term care sector: Deterrence regulation = consolidation. *Studies in Political Economy*, 95(1), 29–58.
<https://doi.org/10.1080/19187033.2015.11674945>
- Daly, T., Armstrong, P., & Lowndes, R. (2015). Liminality in Ontario's long-term care facilities: Private companions' care work in the space "betwixt and between." *Competition & Change*, 19(3), 246–263. <https://doi.org/10.1177/1024529415580262>
- Devandas Aguilar, C. (2019). *The rights of older people with disabilities*. OHCHR.
<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/SupportingTheAutonomyOlderPersons.aspx>
- Drummond, D., Sinclair, D., Bergen, R., & COVID-19 Health Policy Working Group. (2020). *Ageing well*. Queen's University.
<https://www.queensu.ca/sps/sites/webpublish.queensu.ca.spswww/files/files/Publications/Ageing%20Well%20Report%20-%20November%202020.pdf>
- Duclos, J.-Y. (2020). *Response to Ms. Debi Daviau*.
<https://pipsc.ca/sites/default/files/Headers/response-to-ms-debi-daviau.pdf>
- Estabrooks, C. A., Straus, S., Flood, C. M., Keefe, J., Armstrong, P., Donner, G., Boscart, V., Ducharme, F., Silviu, J., & Wolfson, M. (2020). *Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care*. Royal Society of Canada. https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB%20%2B%20ES_EN_0.pdf
- Extencicare. (2019a, March 13). Extencicare announces exit from B.C. market in 2020. *GlobeNewswire*. <https://www.globenewswire.com/news-release/2019/03/13/1752882/0/en/Extencicare-Announces-Exit-from-B-C-Market-in-2020.html>
- Extencicare. (2019b). *2018 letter to shareholders*.
<https://www.extencicare.com/investors/financial-reports/>
- Extencicare. (2019c, November 8). *Third quarter 2019 results*.
<https://www.gowebcasting.com/events/extencicare-inc/2019/11/08/third-quarter-2019-results/play>
- Extencicare. (2020, August 14). *Second quarter 2020 results*.
<https://www.gowebcasting.com/events/extencicare-inc/2020/08/14/second-quarter-2020-results/play>
- Farha, L. (2017). *Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context*. OHCHR. https://www.make-the-shift.org/wp-content/uploads/2021/09/A_HRC_34_51_E.pdf
- Gibbard, R. (2017). *Sizing up the challenge: Meeting the demand for long-term care in Canada*. The Conference Board of Canada. https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/9228_Meeting%20the%20Demand%20for%20Long-Term%20Care%20Beds_RPT.pdf
- Goodmans L L P. (2014). *The Canadian REIT handbook* (2nd ed). REALpac.
- Gotham, K. F. (2006). The secondary circuit of capital reconsidered: Globalization and the US real estate sector. *American Journal of Sociology*, 112(1), 231–275.
<https://doi.org/10.1086/502695>

- Public Sector Pension Investment Board Act, S.C. 1999, c. 34 (1999). <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/p-31.7/fulltext.html>
- Government of Canada. (2021, September 26). *EI caregiving benefits*. <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/caregiving.html>
- Government of Newfoundland and Labrador. (2015, October 16). *Provincial Home Support Services Program Paid Family Caregiving Option*. Department of Health and Community Services. <https://www.gov.nl.ca/hcs/long-term-care/family-caregiving/>
- Government of Ontario. (2021, October 12). *Ontario building new long-term care home in Vaughan*. Newsroom. <https://news.ontario.ca/en/release/1000949/ontario-building-new-long-term-care-home-in-vaughan>
- Gupta, A., Howell, S., Yannelis, C., & Gupta, A. (2021). *Does private equity investment in healthcare benefit patients? Evidence from nursing homes* (NBER Working Paper No. w28474). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w28474>
- Gurnham, M., Kim, J., Devakos, T., & Stephenson, M. (2021). *Ministry of Long-Term Care: Spending plan review*. Financial Accountability Office of Ontario. <https://www.fao-on.org/en/Blog/Publications/2021-ltc-estimates>
- Harrington, C., Jacobsen, F. F., Panos, J., Pollock, A., Sutaria, S., & Szebehely, M. (2017). Marketization in long-term care: A cross-country comparison of large for-profit nursing home chains. *Health Services Insights*, 10. <https://doi.org/10.1177/1178632917710533>
- Harrington, C., Olney, B., Carrillo, H., & Kang, T. (2012). Nurse staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies. *Health Services Research*, 47(1pt1), 106–128. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01311.x>
- Horton, A. (2019). Financialization and non-disposable women: Real estate, debt and labour in UK care homes. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 0308518X1986258. <https://doi.org/10.1177/0308518X19862580>
- House of Commons. (1999). *House of Commons debates*. 135(226). <https://www.ourcommons.ca/Content/House/361/Debates/226/han226-e.pdf>
- Hsu, A. T., Berta, W., Coyte, P. C., & Laporte, A. (2016). Staffing in Ontario's long-term care homes: Differences by profit status and chain ownership. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 35(2), 175–189. <https://doi.org/10.1017/S0714980816000192>
- Leisureworld Senior Care Corporation. (2010). *Initial public offering prospectus*. <https://sedar.com/>
- Levasseur, J., & Coubrough, J. (2021, July 30). Maples long term care home under investigation by Protection for Persons in Care office. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/maples-care-home-under-investigation-protection-persons-in-care-office-1.6123207>
- Long-Term Care Staffing Study Advisory Group. (2020). *Long-term care staffing study*. Ministry of Long-Term Care. <https://www.ontario.ca/page/long-term-care-staffing-study>
- MacCharles, T. (2021, March 31). COVID-19 revealed the shortcomings of long-term care in Canada. Could a new push for national standards be the solution? *The Toronto Star*.

- <https://www.thestar.com/politics/federal/2021/03/31/covid-19-revealed-the-shortcomings-of-long-term-care-in-canada-could-a-new-push-for-national-standards-be-the-solution.html>
- Mancini, M., Pedersen, K., & Common, D. (2020, December 18). These nursing home chains have the highest COVID-19 death rates in Ontario, data analysis finds. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/nursing-homes-covid-19-death-rates-ontario-1.5846080>
- March of Dimes. (2021, April 27). *National survey shows Canadians overwhelmingly want to age at home; just one-quarter of seniors expect to do so*. <https://www.marchofdimes.ca/en-ca/aboutus/newsroom/pr/Pages/Aging-at-Home.aspx>
- Marrocco, F. N., Coke, A., & Kitts, J. (2021). *Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission: Final report*. http://www.ltccommission-commissionsld.ca/report/pdf/20210623_LTCC_AODA_EN.pdf
- Martel, L., & Hagey, J. (2017, May 3). *A portrait of the population aged 85 and older in 2016 in Canada*. Statistics Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016004/98-200-x2016004-eng.cfm>
- McGregor, M. J., Cohen, M., Stocks-Rankin, C.-R., Cox, M. B., Salomons, K., McGrail, K. M., Spencer, C., Ronald, L. A., & Schulzer, M. (2011). Complaints in for-profit, non-profit and public nursing homes in two Canadian provinces. *Open Medicine*, 5(4), e183–e192.
- Meeting with Ontario Long-Term Care Association, OLTC*, (2020). http://www.ltccommission-commissionsld.ca/transcripts/pdf/Ontario_Long_Term_Care_Association_Transcript_November_25_2020.pdf
- Milligan, C., & Wiles, J. (2010). Landscapes of care. *Progress in Human Geography*, 34(6), 736–754. <https://doi.org/10.1177/0309132510364556>
- Ministry of Health. (2021, October 21). *Find a retirement home*. Government of Ontario. <https://www.ontario.ca/page/find-retirement-home#section-4>
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2017). *Policy: LTCH Level-of-Care Per Diem Funding Policy*. Government of Ontario. https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/archived_ltch.aspx
- Ministry of Long-Term Care. (2020, August 14). *Long-term care Home Capital Development Funding Policy, 2020*. Government of Ontario. <https://www.ontario.ca/page/long-term-care-home-capital-development-funding-policy-2020>
- Ministry of Long-Term Care. (2021, October 21). *Long-term care accommodation costs and subsidy*. Government of Ontario. <https://www.ontario.ca/page/get-help-paying-long-term-care>
- Morrison Park Advisors. (2021). *Long-term care in Ontario: Funding, incentives and attracting capital*. Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission. http://www.ltccommission-commissionsld.ca/presentations/pdf/Morrison_Park_March_5_2021.pdf
- Norris, S. (2020, October 22). *Long-term care homes in Canada—How are they funded and regulated?* Library of Parliament. <https://hillnotes.ca/2020/10/22/long-term-care-homes-in-canada-how-are-they-funded-and-regulated/>

- Office of the Seniors Advocate. (2020). *A billion reasons to care: A funding review of contracted long-term care in B.C.* <https://www.seniorsadvocatebc.ca/osa-reports/a-billion-reasons-to-care/>
- OHCHR. (2019, March 26). *States and real estate private equity firms questioned for compliance with human rights.* Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24404&LangID=E>
- Pedersen, K., Mancini, M., & Wolfe-Wylie, W. (2020, June 9). Ont. Nursing homes have had 22 years to do safety upgrades. COVID-19 reveals deadly cost of delay. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-coronavirus-long-term-care-homes-ontario-1.5604009>
- Pradhan, R., Weech-Maldonado, R., Harman, J. S., Al-Amin, M., & Hyer, K. (2015). Private equity ownership of nursing homes: Implications for quality. *Journal of Health Care Finance*, 42(2).
- PSAC. (2021, May 28). *PSAC launches campaign to bring long-term care into public hands.* Public Service Alliance of Canada. <http://psacunion.ca/psac-launches-campaign-bring-long-term-care-public>
- PSP Investments. (2021). *Our performance.* <https://www.investpsp.com/en/investment-performance/>
- Quenneville, G. (2021, October 14). Sask. Severing ties with Extendicare, taking over 5 nursing homes after Parkside outbreak. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatoon/saskatchewan-government-long-term-care-future-october-2021-1.6210852>
- Ramesar, V. (2021, October 6). Appeal Court rules N.S. discriminated against 3 adults with disabilities. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/nova-scotia-court-upholds-finding-systemic-discrimination-people-with-disabilities-1.6201752>
- Randle, J., Hu, Z., & Thurston, Z. (2021, November 22). *Housing experiences in Canada: Seniors in 2018.* Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2021001/article/00002-eng.htm>
- RENX Staff. (2021, August 11). Blackstone, Selection Group JV on 13 Quebec seniors homes. *Real Estate News Exchange*. <https://renx.ca/blackstone-selection-group-jv-on-13-quebec-seniors-homes/>
- Revera. (s.d.). *Corporate profile.* Revera. <https://reveraliving.com/en/about-us/corporate-profile>
- Roblin, B., Deber, R., Kuluski, K., & Silver, M. P. (2019). Ontario's retirement homes and long-term care homes: A comparison of care services and funding regimes. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 38(02), 155–167. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000569>
- Sharkey, S. S., Hudak, S., Horn, S. D., James, B., & Howes, J. (2011). Frontline caregiver daily practices: A comparison study of traditional nursing homes and the Green House Project sites. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 126–131. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03209.x>

- Shrybman, S. (2021). *Proposed national standards for long-term residential care*.
<https://www.healthcoalition.ca/wp-content/uploads/2021/03/FINAL-legal-opinion-national-LTC-standards-2.pdf>
- Sienna Senior Living. (2021a, February 19). *Q4 2020 financial results conference call and slides*.
<https://www.siennaliving.ca/investors/events-presentations>
- Sienna Senior Living. (2021b). *Q3 report to shareholders*.
<https://www.siennaliving.ca/getmedia/7f9d8903-bec4-4a95-a188-b4e5f8c1b130/Combined-Final-LS-MD-A-and-FS.pdf>
- Stall, N. M., Jones, A., Brown, K. A., Rochon, P. A., & Costa, A. P. (2020). For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *Canadian Medical Association Journal*, 192(33), E946–E955. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201197>
- Statistics Canada. (2016). *Type of Collective Dwelling (16), Age (20) and Sex (3) for the Population in Collective Dwellings of Canada, Provinces and Territories, 2016 Census*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/datasets/Index-eng.cfm?Temporal=2016&Theme=116&VNAMEE=&GA=-1&S=0>
- Tanuseputro, P., Chalifoux, M., Bennett, C., Gruneir, A., Bronskill, S. E., Walker, P., & Manuel, D. (2015). Hospitalization and mortality rates in long-term care facilities: Does for-profit status matter? *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 874–883. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.004>
- Tempkin, A. (2013, October 25). Blackstone home-rental bond may open up new asset class. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/blackstone-abs-homerental-idUSL1N0IF0Z520131025>
- The Associated Press. (2018, May 10). Founder of Chinese company with billions in B.C. assets gets 18 years for fraud. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/anbang-insurance-bc-assets-fraud-1.4656819>
- Wallace, K., Tubb, E., & Chown Oved, M. (2020, December 26). Big for-profit long-term-care companies paid out more than \$170 million to investors through Ontario’s deadly first wave. *The Toronto Star*. <https://www.thestar.com/news/gta/2020/12/26/big-for-profit-long-term-care-companies-paid-out-more-than-170-million-to-investors-through-ontarios-deadly-first-wave.html>
- Whoriskey, P., & Keating, D. (2018, November 25). Overdoses, bedsores, broken bones: What happened when a private-equity firm sought to care for society’s most vulnerable. *The Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/business/economy/opioid-overdoses-bedsores-and-broken-bones-what-happened-when-a-private-equity-firm-sought-profits-in-caring-for-societys-most-vulnerable/2018/11/25/09089a4a-ed14-11e8-baac-2a674e91502b_story.html
- Wong, E. K. C., Thorne, T., Estabrooks, C., & Straus, S. E. (2021). Recommendations from long-term care reports, commissions, and inquiries in Canada. *F1000Research*, 10, 87. <https://doi.org/10.12688/f1000research.43282.3>
- Yorkville Asset Management. (s.d.). *Yorkville Health Care Fund*.
<https://www.yorkvilleasset.com/en/investments-and-funds/yorkville-health-care-fund>