

**UN
RÉSEAU
FORT**



Redonner vie à nos CHSLD: et si on osait pour vrai?

Atelier de préparation

**Mélanie Lapointe,
Mireille Gagnon,
Nathalie Trottier et
Véronique Gagnon**
23 Juin 2026

**ET SI
ON OSAIT
POUR VRAI?**

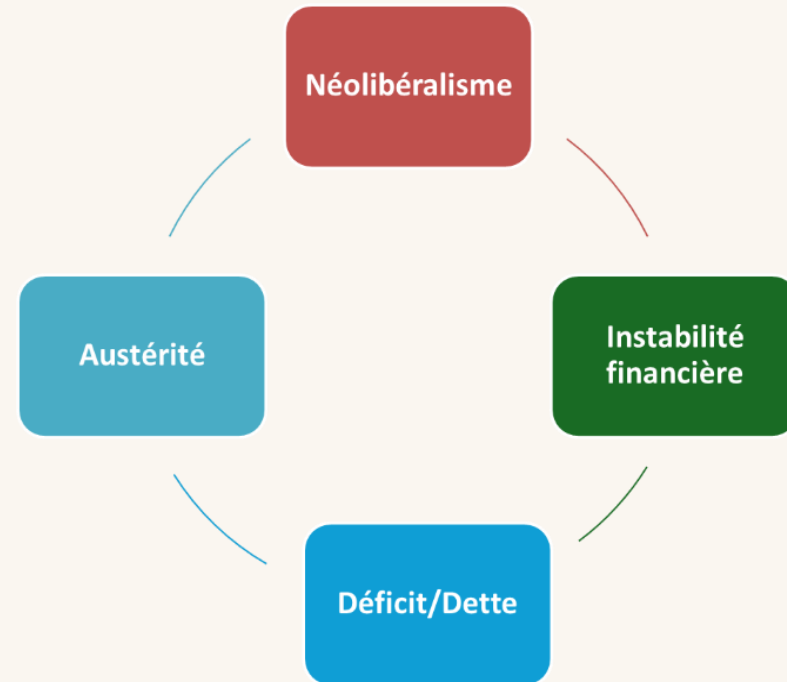
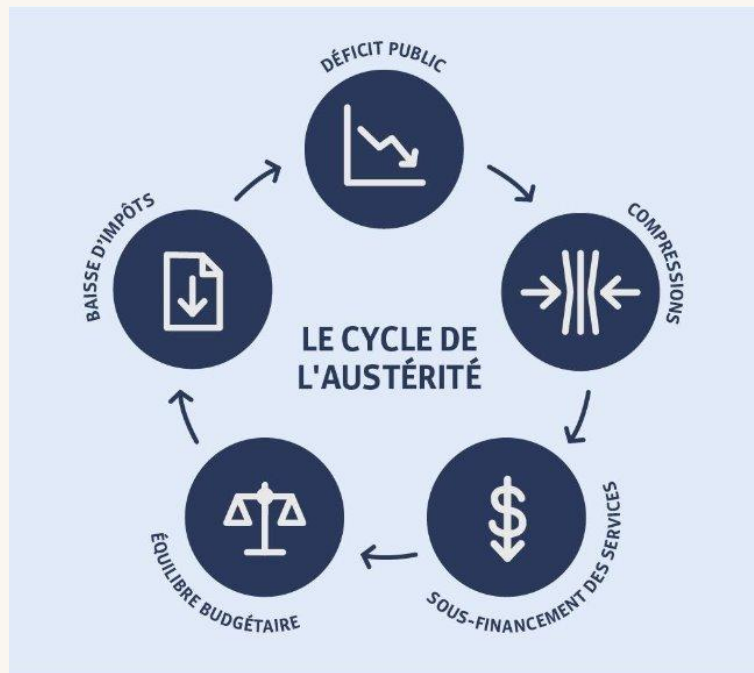
ORDRE DU JOUR

1. Rappel concept
2. Historique CHSLD et SAD
3. Effet des politiques de privatisation
4. Opinion publique et constats sociaux

Effet de l'austérité /privatisation

Rappel des dernières séances

AUSTÉRITÉ ET NÉOLIBÉRALISME : DEUX CYCLES QUI CONVERGENT



Comment l'austérité permet-elle d'avoir plus de pouvoir?

1.Économique:

-
- Détruit les services publics, ce qui permet de les remplacer par des services privés.
 - Réduit la concurrence et permet des hausses de prix dans les secteurs où le privé est déjà présent
-

2. Politique:

-
- Contrôle de l'ordre du jour.
 - Contraint leurs adversaires à rester défensif / Crée des alliés privés
 - Montre l'échec des solutions collectives.
-

Suite des effets de l'austérité : La Privatisation

- L'État continue de pouvoir dire que les services existent
- Il continue à le financer d'une manière ou d'une autre parfois à perte (ex. Agences)
- Crée ou soutiens un marché/investissements préalablement inexistant
- Mais s'extirpe de la responsabilité de les offrir
 - La qualité et suffisance des services
 - La qualité des conditions de travail
- Deviens donc un « arbitre » entre le privé et la population

Le rôle de l'État et la privatisation

L'exemple des CHSLD et des soins à domicile (SAD)

La Révolution tranquille et la naissance d'un système public (1960 – 1971)

- Naissance d'un marché « de la vieillesse » suite à 2^e guerre mondiale
- Les congrégations religieuses cèdent graduellement leur place à l'État-providence
- La Commission Castonguay-Nepveu mène à la création des
 - CLSC;
 - Centres d'hébergement.

La première politique de soutien à domicile : les CLSC comme pivot (1979 – 1994)

- Confie au CLSC la responsabilité du soutien à domicile (SAD) ;
- Établis la gratuité des soins
- Le modèle se définit par
 - Financement public;
 - Prestation publique;
 - Gestion décentralisée.
- Le financement a toujours été un enjeu: Québec n'a jamais assumé d'investir massivement dans le SAD comme substitut à l'hébergement institutionnel.

Création des CHSLD / Virage ambulatoire et essor du privé (1991-2003)

- 1991: Création des CHSLD :
- Mission :
 - Offrir des services d'hébergement, d'assistance, de soins infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes en perte d'autonomie ne pouvant plus demeurer dans leur milieu naturel
- 3 catégories
 - Publics;
 - Privés conventionnés.
 - Strictement privé .

Création des CHSLD / Virage ambulatoire et essor du privé (1991-2003)

- 1990 Récession et première coupure néolibérale
- 1994 : Virage ambulatoire
 - Transfert les séjours hospitaliers vers domiciles
 - Ex: hospitalisation fracture de la hanche passe de 53 à 17 jours
- Participe à l'explosion du marché des SAD
- Débat public sur l'importance d'augmenter l'apport du privé (rapport Arpin) ou du public (Rapport Clair)
 - Création du crédit d'impôt pour le maintien à domicile

Mets de la pression chez les proches aidant·e·s en diminuant les services sans investir réellement

Réformes Couillard et Barette / Politique « Chez soi : le premier Choix » 2003-2015

2003:

- Réforme Couillard fusionne CLSC, CHSLD au sein des CSSS
- MSSS estime que le domicile est la première option à considérer

2012 :

- Protecteur du citoyen critique les services en SAD
 - Exclusion d'utilisateur
 - Plafonnement de heure;
 - Disparité régionale
 - Délai d'attente

Conséquence réforme Barette

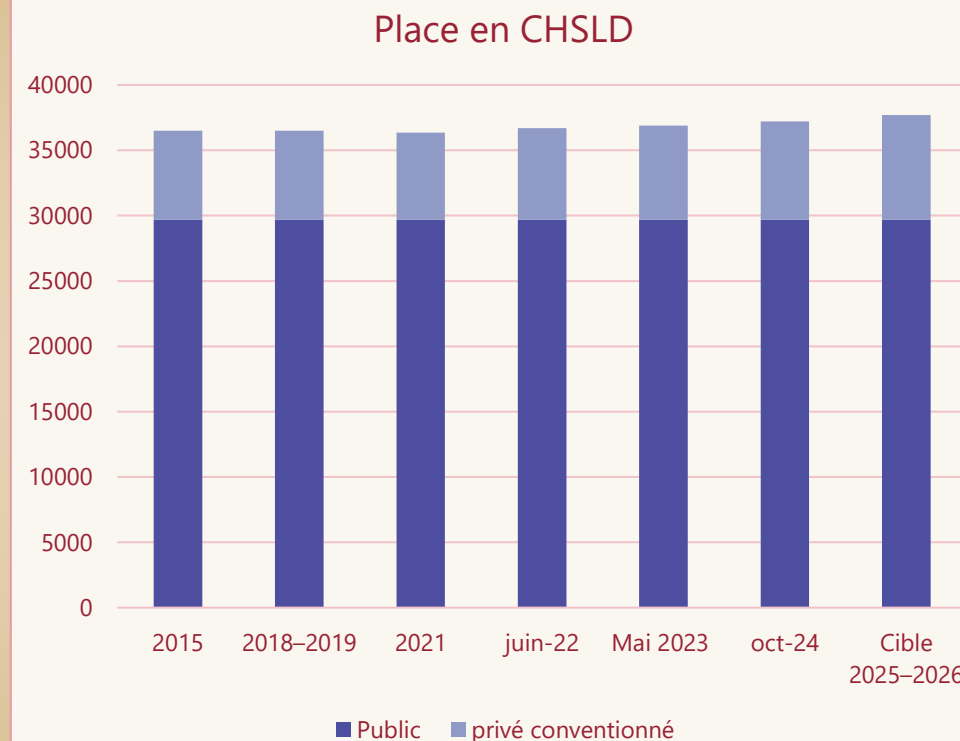
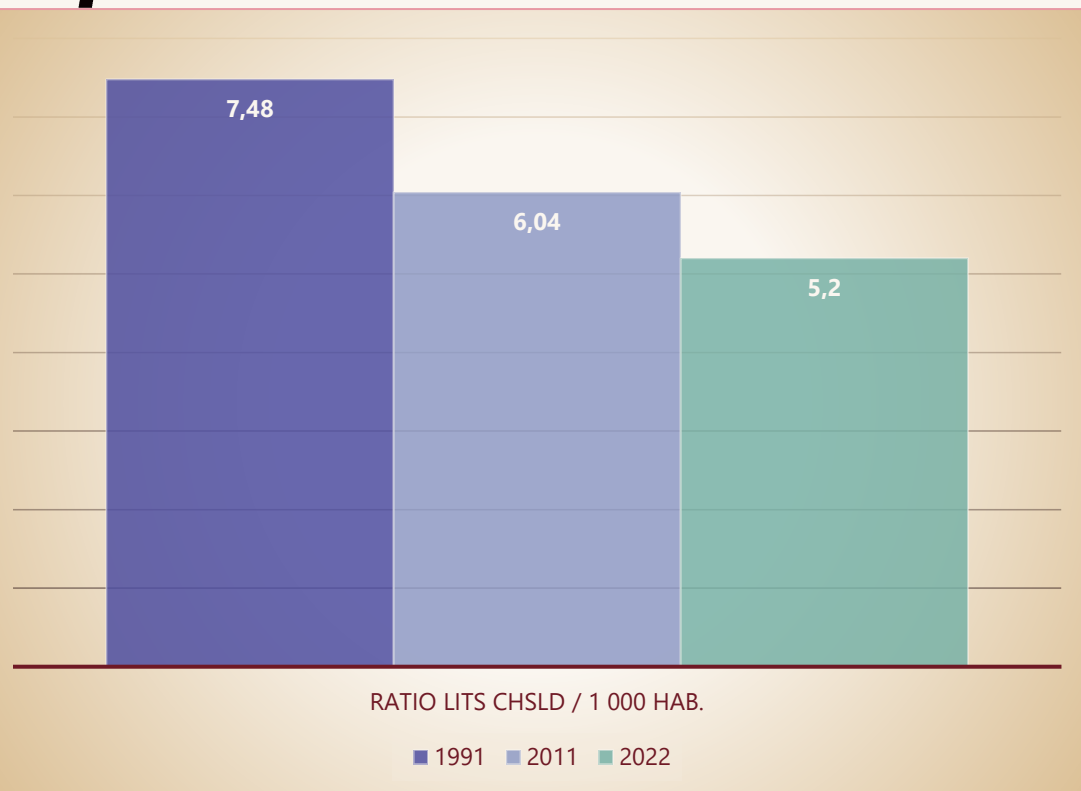
2015: Réforme Barette qui accentue la centralisation dans les CISSS/CIUSSS

- Normalise que les CHSLD sont des milieux de dernier recours et les RPA des milieux « tampons »
- Privatisation accrue des SAD
- Transfert implicite des responsabilités vers les familles et proche aidant·e·s

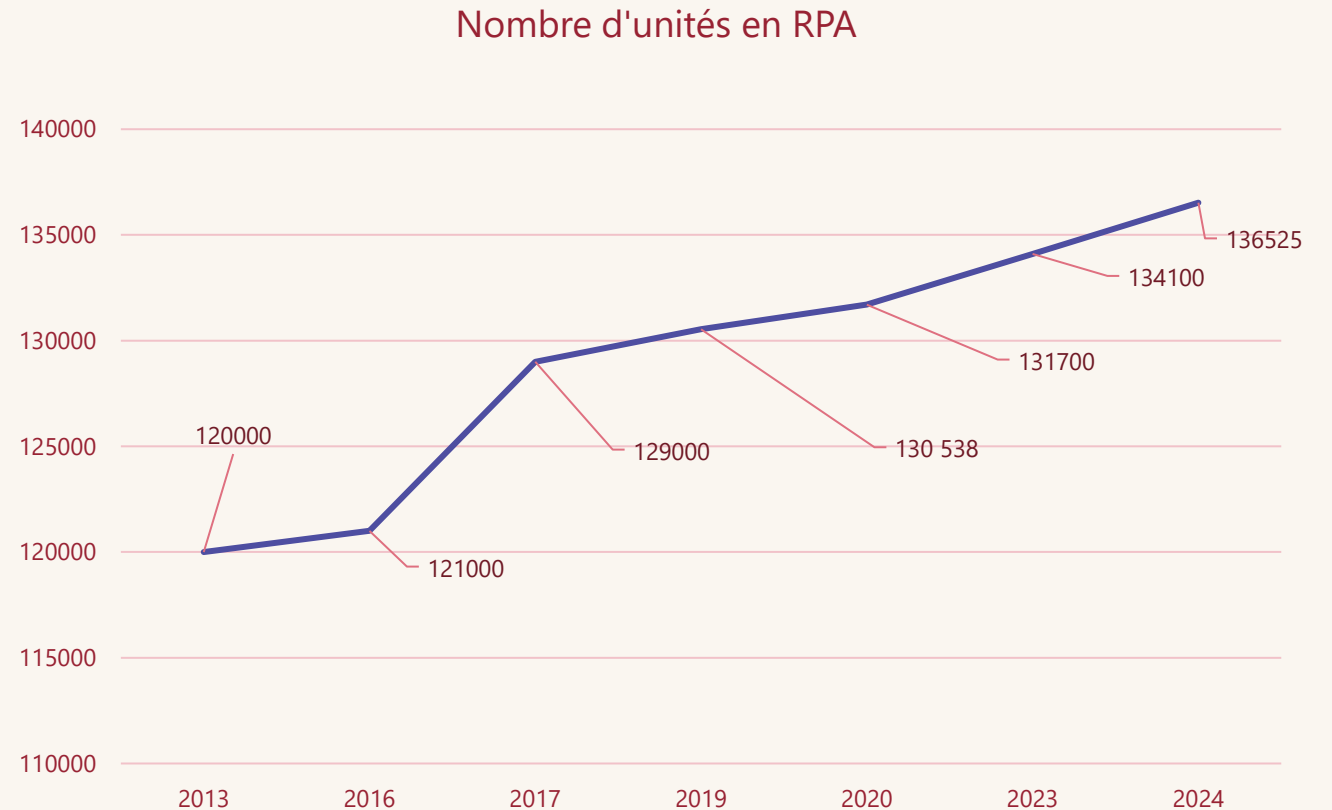
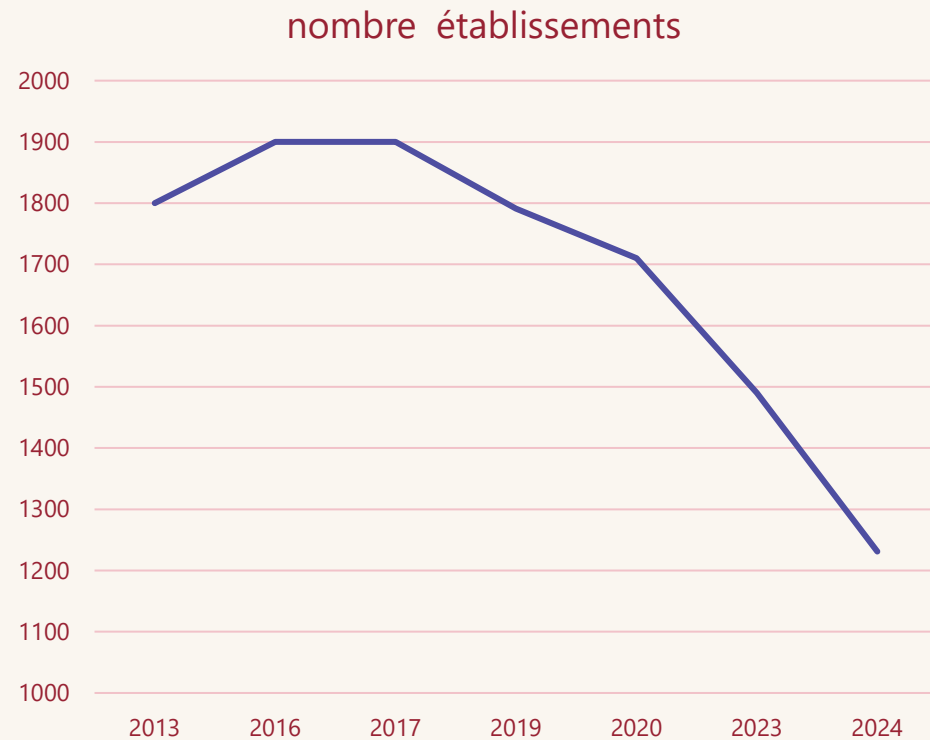
Conséquence réforme Barette lors de la COVID

- Pandémie mets en lumière défaillances système
 - + de 5200 décès
 - 13 % des personnes hébergées
- Protectrice du citoyen indique que les causes :
 - Manque d'équipement de protection individuelle
 - Vétusté des installations
 - Centralisation qui mène à trop de mouvement de personnel
 - Absence de gestionnaire sur place

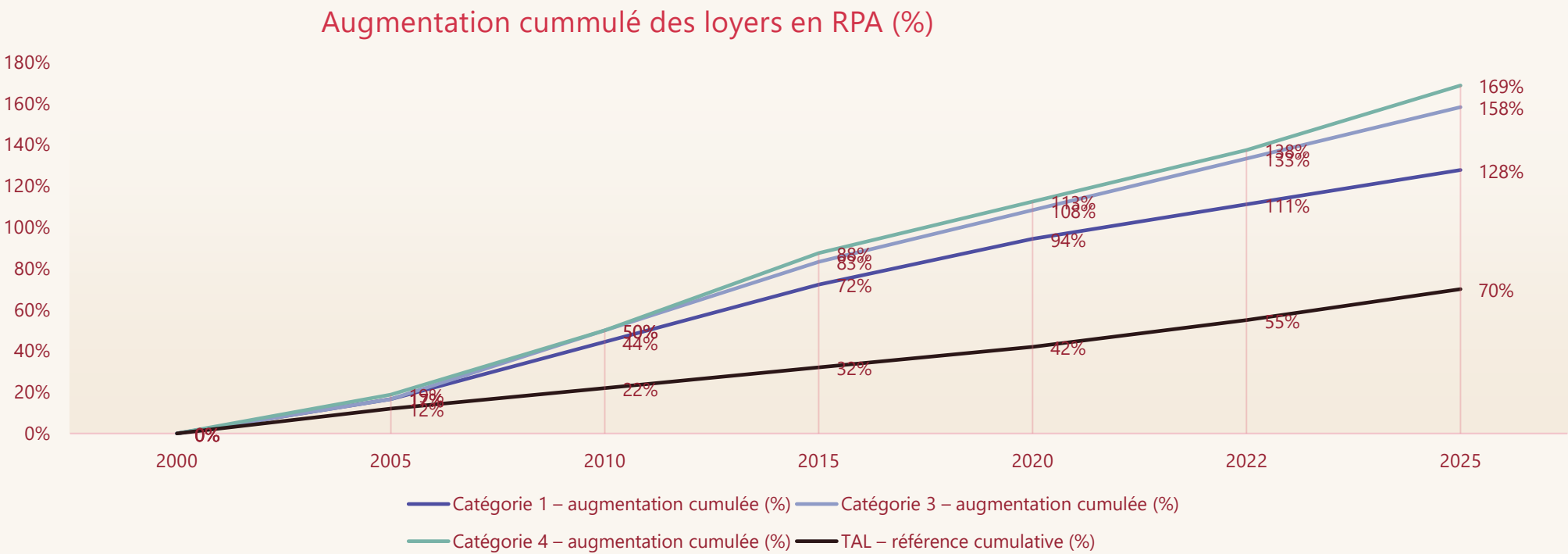
Effet des politiques de privatisations en CHSLD sur la qualité des soins



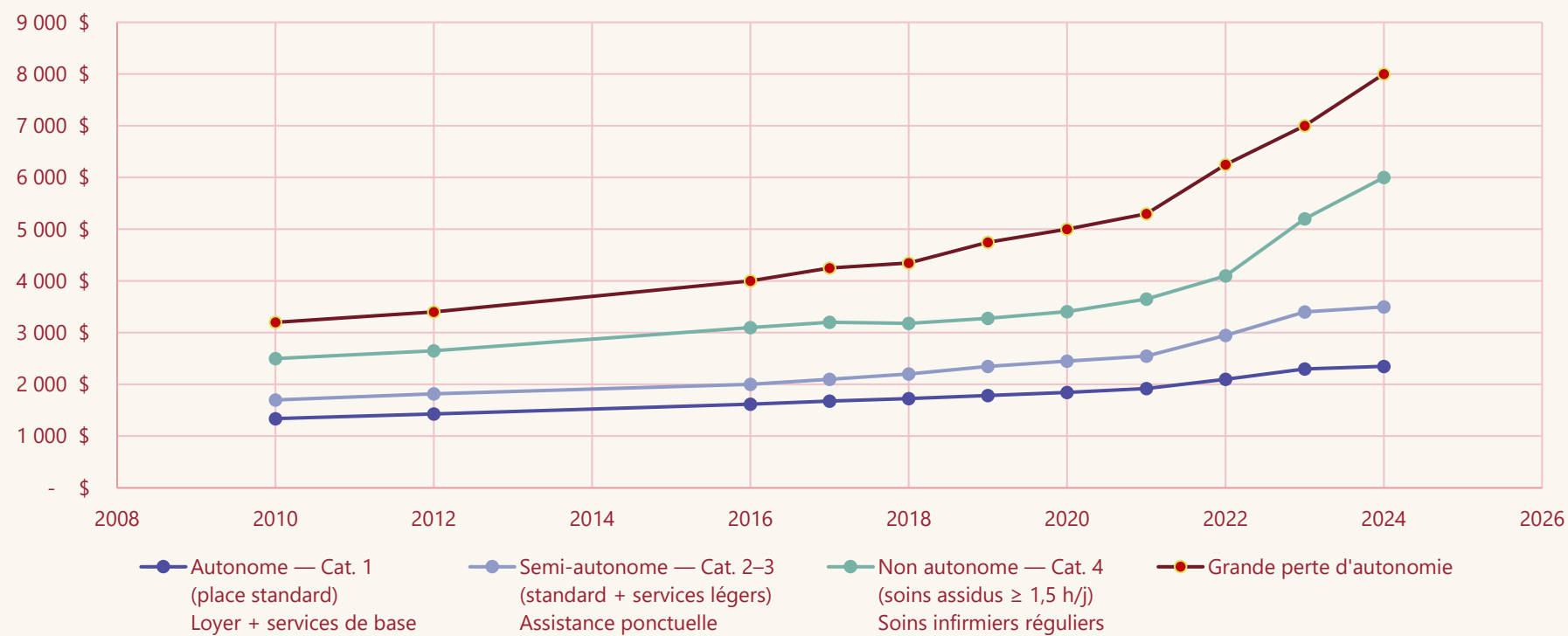
Évolution du nombre de RPA



Exemple : Hausse des coûts des loyers



Exemple : Hausse des coûts des loyers

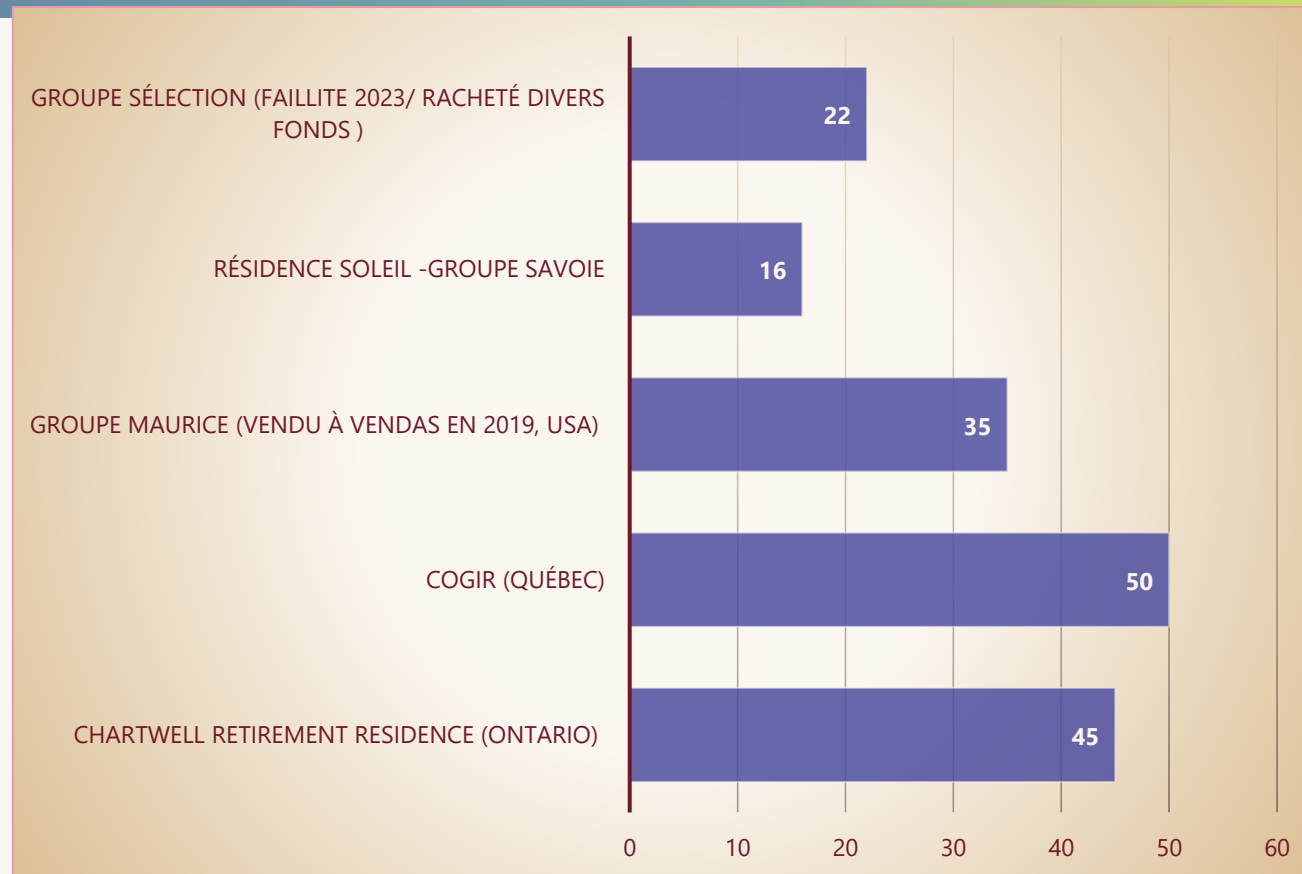


Paradoxe des RPA et des retraité-e-s

- Hausse des loyers et soins entre 64 % et 135 % sur 12 ans
- Pourtant les revenus des personnes âgées stagnent
 - 1/3 des personnes âgées vivent rentes fédérales et Supplément revenu garanti
- Le nombre de places en RPA augmente (32 % en 12 ans)
- Baisse de nombre de RPA (14 % en 12 ans)
- Concentration chez de gros joueurs privés

Concentration du capital

- 5 entreprises détenaient 35 % du marché privé
- Espoir de rendement 7-10 % annuellement
- 5 G\$ de crédit impôt reçu depuis 2007
- Pas nécessairement un fleuron québécois
- Que faire quand la faillite ?

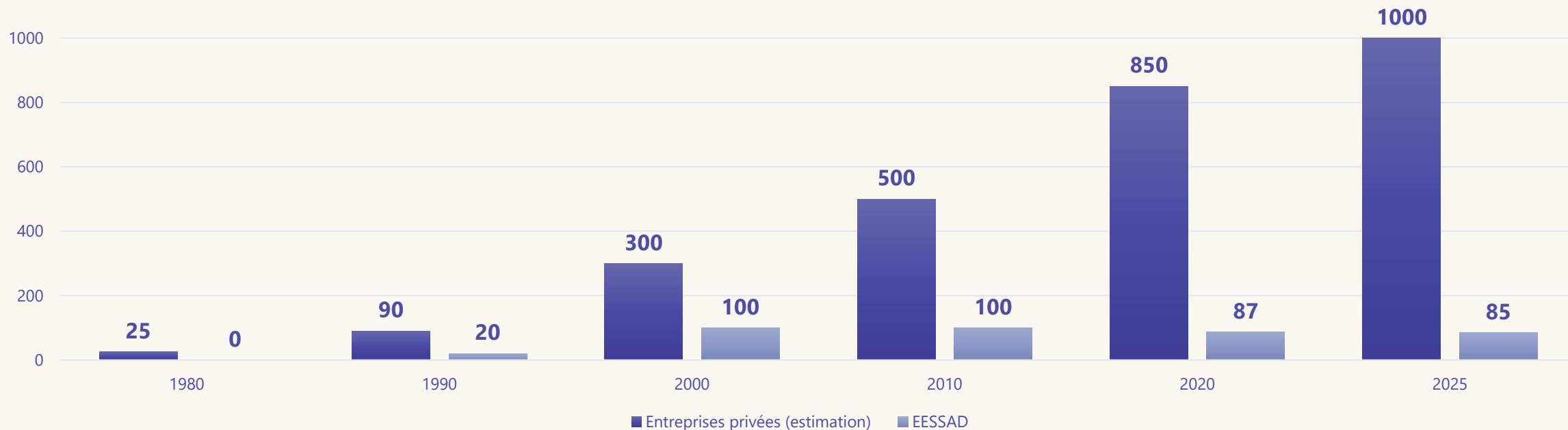


Paradoxe des RPA et des retraité-e-s

- Absence d'alternative publique crée le paradoxe
 - Une personne se retrouve en RPA sans moyen, car trop de listes d'attente pour CHSLD
 - Listes d'attente peuvent durer jusqu'à 2 ans
- RPA devient solution par défaut ...
- Les loyers permettent de financer plus de RPA alors que l'on n'augmente pas le financement des CHSLD

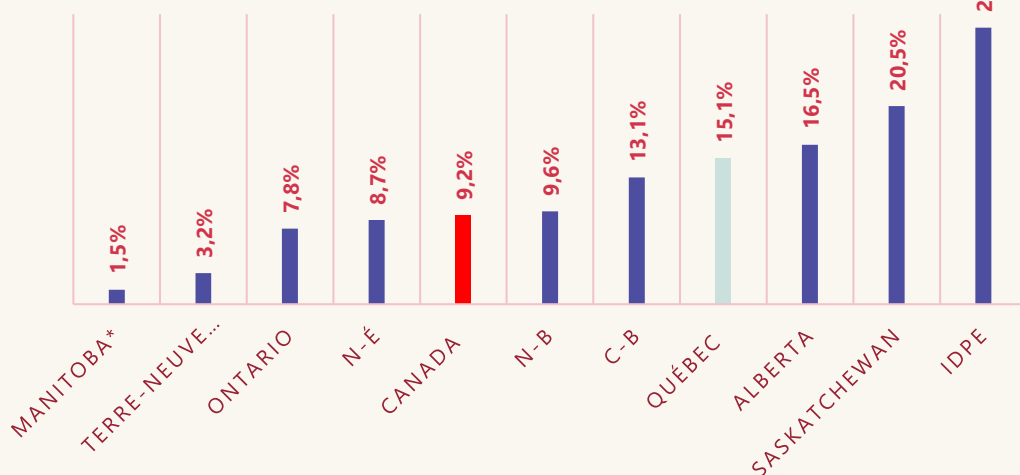
Effet des politiques de privatisation en CHSLD sur la qualité des soins

Évolution du nombre d'entreprise en SAD

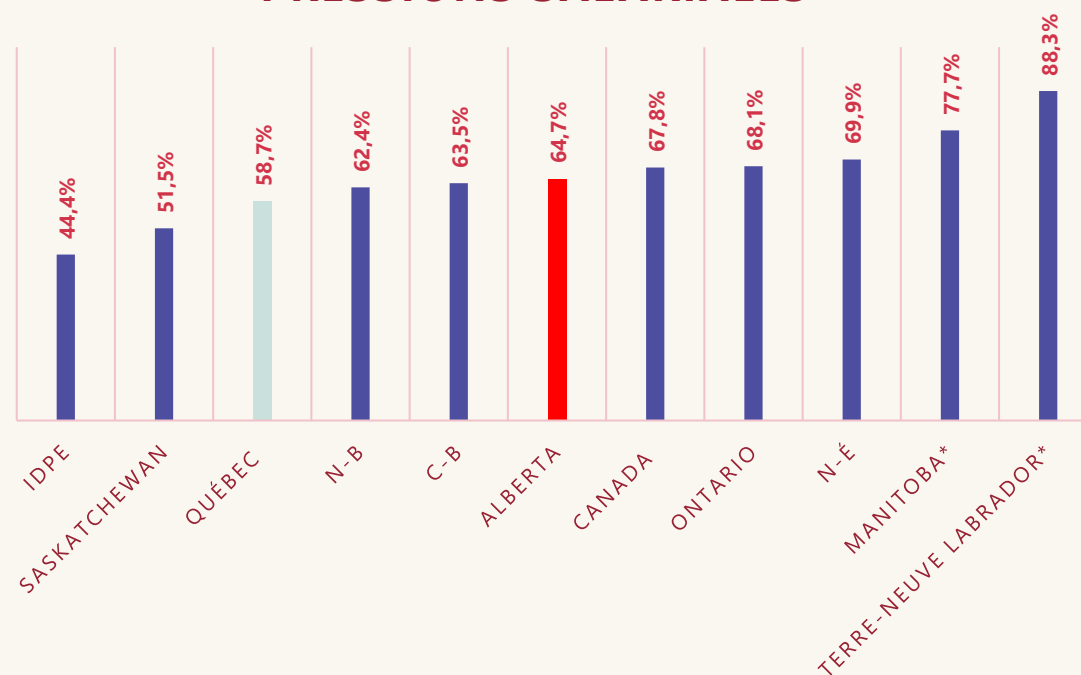


Effet des politiques de privatisation en CHSLD sur la qualité des soins

MARGE DE PROFITS COMPAGNIES SAD



PRESSIONS SALARIALES



Témoignage de nos membres

« Les RPA coûtent trop cher, on nous demande de relocaliser les gens dans des RPA moins coûteuses ».

« J'ai déjà entendu une personne me dire qu'elle voulait louer un bail en RPA, mais qu'elle n'avait pas les moyens. La personne de la RPA lui a dit d'appeler le CLSC, car c'est eux qui allaient payer. On a l'impression que les RPA se financent grâce au CLSC et au chèque emploi services ».

« Le mécanisme d'accès à la RPA est complètement déshumanisant. Je viens d'une région plus éloignée. On fait une demande pour une place, or la seule qui est disponible est à 160 km. L'utilisateur aimerait que sa conjointe vienne le voir, mais c'est impossible à une telle distance. Résultat, il retombe en bas de la liste d'attente ».

Témoignage de nos membres

« La qualité des services provenant des employés du privé provenant du CES est très variable. Il y a du bon et du très mauvais. Les personnes les plus marginalisées ou les plus éloignées peuvent avoir de la misère à avoir de bons soins et doivent retourner à l'hôpital ».

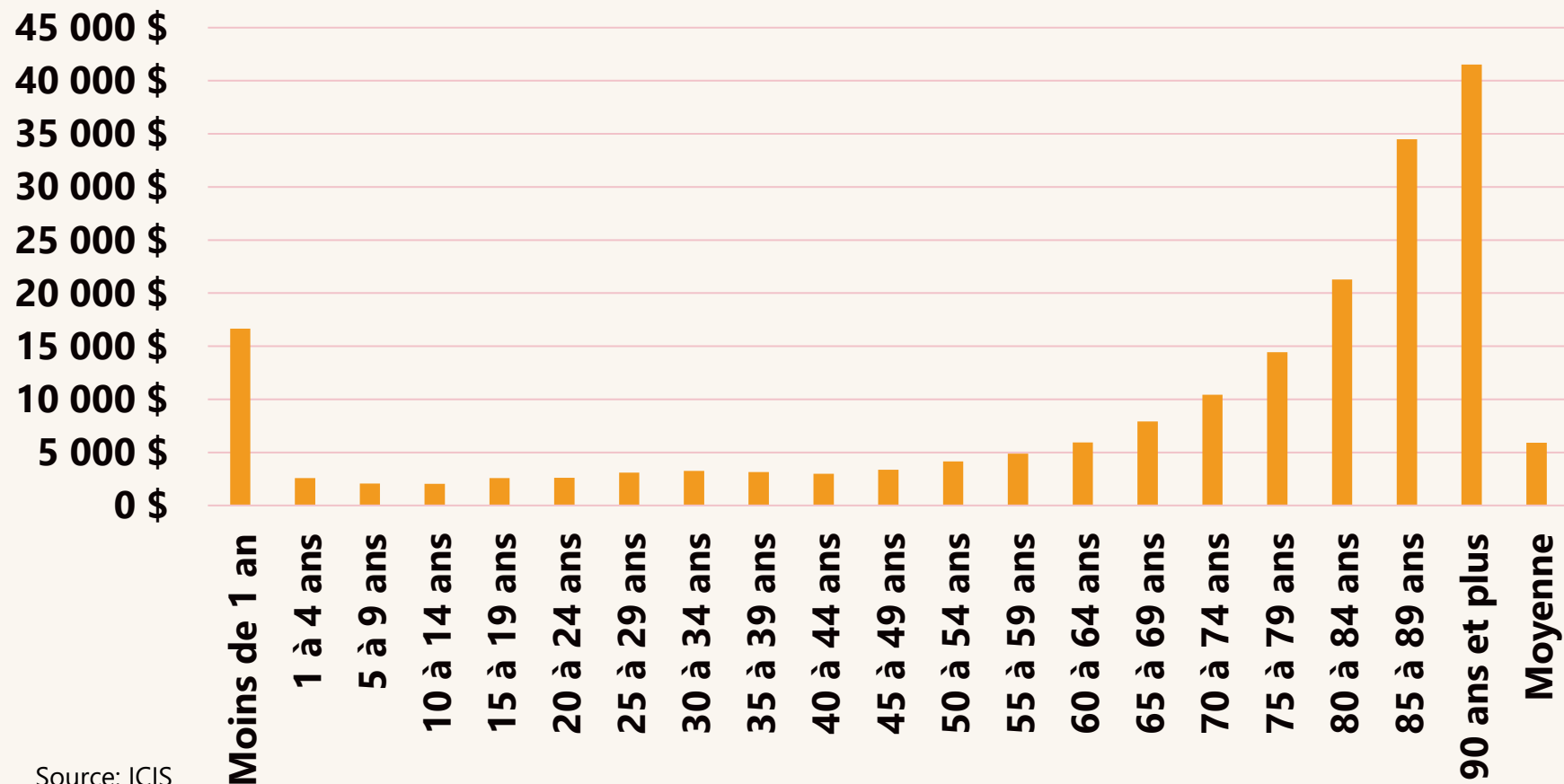
« Pour nous qui sommes dans une région éloignée, la demande de services dépasse la capacité. Ce qui rend une certaine plage horaire (aide au coucher, par exemple) plus difficile par rapport à d'autres comme la prise de médicaments le midi ».

« Si la personne provenant des CES doit s'absenter (vacances), c'est le CLSC qui doit la remplacer. Il arrive que nous voyions des firmes privées incapables de remplacer leur personne en vacances, ce qui crée d'importants enjeux de santé. Ce serait mieux que ce soit géré intégralement par le CLSC ».

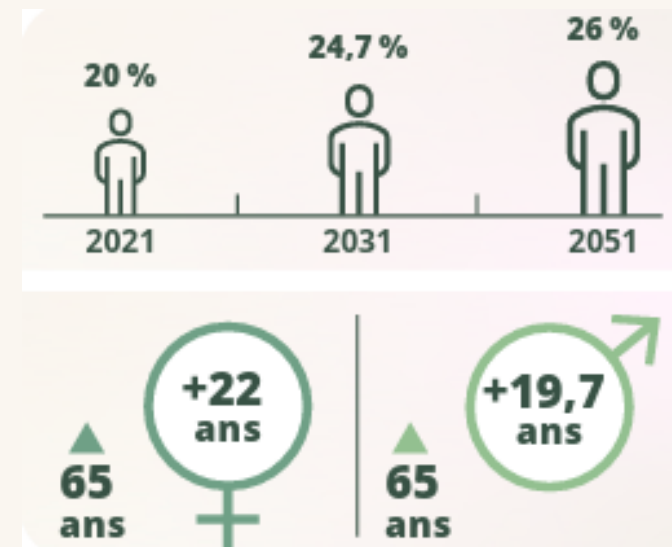
Politique SAD 2026 inspiré du Danemark

- CLSC porte d'entrée du SAD mais
 - facilite le « dispatch » du privé ou de la proche aidance
 - Tente d'avoir un plus grand soutien communautaire
 - Augmentation des soins virtuelle
 - Augmente l'utilisation des indicateurs de performance
- Le tout sans augmenter le financement
 - le Danemark a financé le SAD entre 2 et 4 fois plus que le Québec. Le Québec injecte moins depuis 1988
 - En discriminant les cas les plus lourds VS les moins lourds

Politique SAD 2026



Source: ICIS



Nouvelles

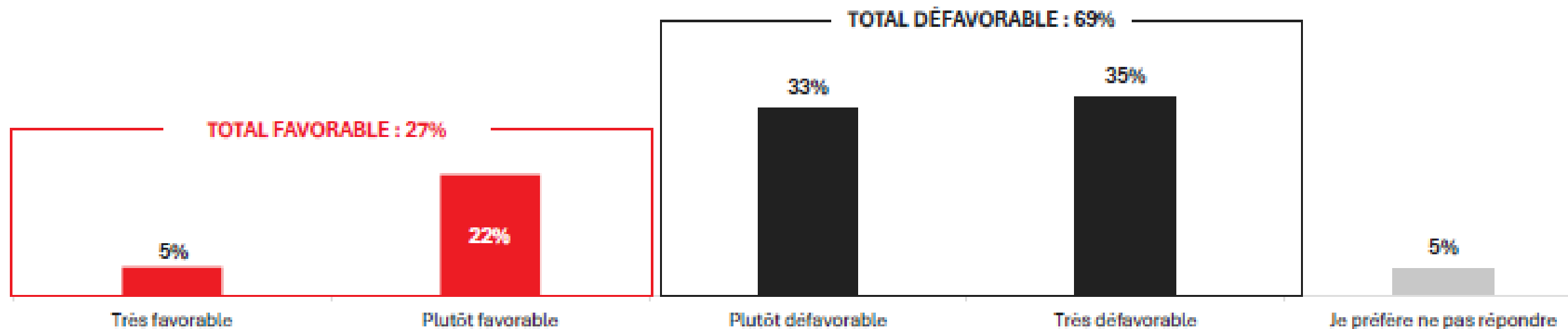
- Ajout de 22 M\$ en allocation à domicile sur total budget soutien à domicile de 2,6 G\$ (0,8%)
 - Selon gouvernement cela va augmenter le nombre de services de 1M\$ en SAD
- Personne n'est contre la vertu, mais on s'enlaine vers du soutien vers des entreprises privées en SAD .
 - Souvent sous le couvert des EESSAD et des proches aidantes

OPINION PUBLIQUE

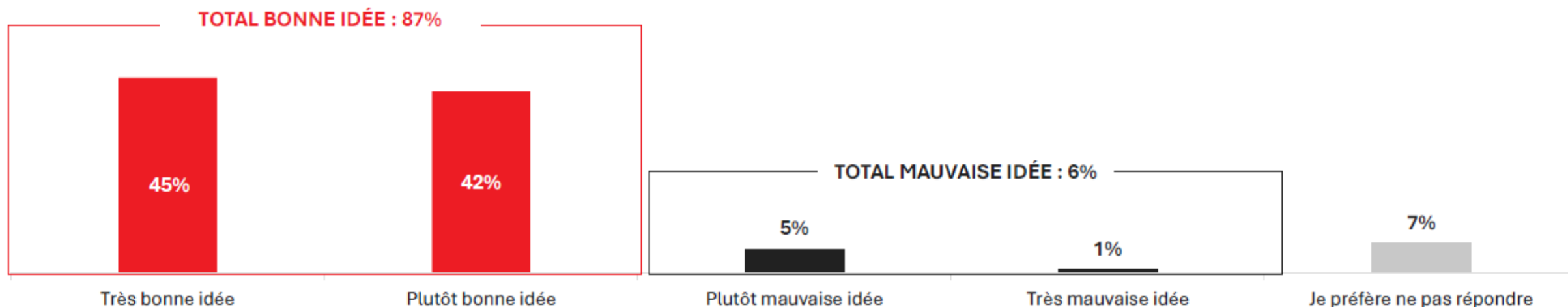
Sondage Léger, 2025

PAYER POUR RECEVOIR DES SOINS AU QUÉBEC

Opinion sur l'idée de payer pour recevoir des soins au Québec (1/2)



Opinion pour que le Québec investisse en SAD



Constats sociaux

- L'accès universel à l'hébergement s'effrite pour les aîné·e·s :
 - Les places en CHSLD sont insuffisantes
 - les Maisons des aîné·e·s tardent,
 - le virage vers le privé rend les services plus coûteux et moins accessibles pour tou·te·s.
 - Entre 1991 et 2022, le nombre de lit par milliers d'habitant·e·s est passé de 7,48 à 5,2.
 - Les RPA sont passées de 800 à 2 300 entre 2000 et aujourd'hui, les coûts moyens pour une personne aînée semi autonome sont passés de 1 200 \$ à 3 500 \$ sur la même période.

Constats sociaux

- Quand une place se libère, le déménagement, précipité et déshumanisant, mène parfois l'usager·ère à des centaines de km de son lieu de résidence, loin de sa famille.
 - Si la personne refuse sa place lors d'un appel, son nom se retrouve de nouveau au bas de la liste d'attente.
- Les intervenant·e·s se retrouvent dans des situations extrêmement délicates :
 - il·elle·s doivent libérer des lits tout en assurant un bon traitement,
 - mettre la pression sur les familles pour un déménagement tout en sachant que les résidences ne répondront pas à l'ensemble des besoins de la personne concernée.

Constats sociaux

- Favoriser les résidences privées n'a pas pour effet que d'augmenter le prix des places
 - il y est également difficile de s'assurer que les soins donnés derrière les portes closes sont de qualité.
 - Même lorsque de la maltraitance est signalée, peu de recours existent.

- Pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées vivant dans un hébergement, ou à la recherche d'une place, il faut investir massivement dans les CHSLD publics en :
 - En construisant de nouvelles installations et en rénovant celles qui existent;
 - En embauchant du personnel et en intégrant celui des RPA dans le système public;
 - En améliorant la qualité et la fréquence des services existants;
 - Élargissant la notion de soin;
 - Resserrant les exigences envers les entreprises privées en habilitant le gouvernement à fermer ou à nationaliser des résidences, notamment en cas de maltraitance.

Conclusion

- La situation actuelle met en évidence un déséquilibre croissant entre les besoins des personnes âgées et l'offre d'hébergement accessible,
 - Une place grandissante du privé et un sous-investissement chronique dans le réseau public.
- Les pistes d'action proposées visent à rétablir la capacité du système public à répondre adéquatement à ces besoins, tout en assurant des standards équitables de qualité et d'accessibilité.
- Un réinvestissement structurant dans les CHSLD publics paraît ainsi comme une condition essentielle pour garantir à l'ensemble des personnes âgées des milieux de vie dignes, sécuritaires et adaptés.

**UN
RÉSEAU
FORT**



Période de questions

**Mélanie Lapointe,
Mireille Gagnon,
Nathalie Trottier et
Véronique Gagnon**
23 Juin 2026

**ET SI
ON OSAIT
POUR VRAI?**