

A E L D P Q

Association des établissements de
longue durée privés du Québec

Prise de position 2026

Propositions présentées aux candidats

Été 2026

UNE CRISE SILENCIEUSE



3 000+

**personnes en attente
d'une place en CHSLD**

certaines depuis plus de 200 jours



20 %

**des lits hospitaliers
occupés par des patients**

en attente d'un milieu de vie adapté



Dernière

province canadienne

pour les places en soins
de longue durée

L'inaction coûte plus cher que l'action. Les aînés ne peuvent pas attendre.

PORTRAIT SOCIO-ÉCONOMIQUE DES AÎNÉS ET DES CHSLD



LOGEMENT

Avec l'âge, les aînés quittent leur maison au profit de logements collectifs (immeubles 5 étages et plus)

La proportion en logement collectif passe de **2 % (65-74 ans)** à **37,6 % (85 ans et plus)**



REVENUS

32 000 \$

à 35 500 \$ de revenu annuel moyen estimé, soit entre 2 750 \$ et 2 960 \$/mois de revenu disponible.

Revenu médian après impôts, avec hausse annuelle de 2 %

Presque toutes les personnes de 75 ans et plus bénéficient de prestations gouvernementales.

7 aînés sur 10 bénéficient d'un régime de retraite privé

1 personne sur 2 reçoit des revenus de placement



APPAUVRISSMENT

Avec les années, le revenu disponible diminue dans les CHSLD puisque la hausse des dépenses est nettement supérieure à l'indexation accordée au réseau de la santé + 2,71 % et + 2 % pour la contribution de l'utilisateur (gîte et couvert).

Pourtant :

- Coûts de construction : +5,6 %/an (10 dernières années)
- IPC logement : +3,4 %/an
- IPC + 2,6 % au Québec
- Prix des aliments + 3,3 %
- Contribution usager CHSLD : +2,3 %/an

Les coûts croissent plus vite que la capacité de payer et l'indexation des dépenses en CHSLD

TROIS QUESTIONS FONDAMENTALES

Q1

Comment répondre aux besoins des aînés et réduire l'attente ?

Augmenter immédiatement la capacité via le partenariat privé (500 lits an 1, 4 000 en 36 mois) et informer les familles en temps réel sur le rang en liste d'attente.

Q2

Comment assurer l'équité et la transparence dans les soins ?

Offrir des soins équitables pour tous.
Publier les heures de soins directs par type d'établissement et comparer la performance sur des critères communs à tous les modèles d'hébergement.

Q3

Comment augmenter la capacité dans les contraintes budgétaires ?

Construire plus vite avec l'expertise opérationnelle privée, garantir un budget de maintien d'actifs et partager les risques financiers via le partenariat public-privé.

LES TROIS PILIERS DE NOS PROPOSITIONS

A

ÉQUITÉ

Soins comparables pour tous les résidents

- Publier les heures de soins directs par type d'établissement
- Mesurer et diffuser la satisfaction des usagers, proches et employés
- Comparer la performance sur des critères communs
- Dédier la contribution de l'utilisateur au gîte et couvert selon le revenu exclusivement

B

FLUIDITÉ

Un parcours prévisible pour les aînés et leurs familles

- Accès en temps réel au rang et au délai estimé sur la liste d'attente
- Renforcer le rôle des intervenants de référence
- Planifier les besoins de longue durée avant tout agrandissement hospitalier

C

CAPACITÉ

Créer et maintenir les infrastructures

- 500 lits supplémentaires dès l'an 1 via le partenariat privé
- Jusqu'à 4 000 lits en 36 mois
- Investir dans le maintien des actifs existants
- Accélérer les infrastructures publiques en partageant les risques financiers

CE QUE NOUS ENVISAGEONS POUR L'AVENIR



ÉQUITÉ

Offrir des soins équitables peu importe le type d'établissement (Maison des aînés et CHSLD public et privé)

Publier les heures de soins directs et mesurer la satisfaction dans tous les types d'établissement : publics, privés et communautaires.



FLUIDITÉ

Accès en temps réel à la liste d'attente et renforcement du rôle des intervenants de référence auprès des familles.



CAPACITÉ

Permettre la création de 500 lits en an 1 via le partenariat avec nos membres, et planifier jusqu'à 4 000 lits en 36 mois.



MAINTIEN

Investir dans les actifs existants.
Reporter les travaux coûte plus cher qu'agir maintenant et compromet la sécurité des résidents.

INDICATEURS DE PERFORMANCE — MODÈLE SUÉDOIS

L'outil Open Comparisons (Suède) et l'ICIS (Canada) — une référence pour la gouvernance transparente

Soins cliniques et sécurité

- Prévalence des plaies de pression
- Chutes avec blessures
- Recours aux contentions physiques
- Infections urinaires
- Hospitalisations non planifiées

Fonctionnement et qualité de vie

- Déclin des activités de la vie quotidienne
- Déclin cognitif
- Douleur non soulagée
- Dépression / humeur dépressive
- Perte de poids

Dotation et satisfaction

- Heures de soins directs par résident/jour
- Taux de roulement du personnel
- Plans de soins individualisés
- Satisfaction des résidents et familles
- Évaluation des préférences

Un campus de soins et de vie intégrés

Un seul lieu. Une maison des aînés pour plusieurs étapes de la vie.



Logements évolutifs

Autonomes, semi-autonomes, soins cognitifs et longue durée sous un même toit pour prévenir les déménagements trop fréquents.



Milieu de vie actif

Murs végétaux, zoothérapie, centre de jour, bureaux et salles pour les organismes communautaires, garderie.



Soins de première ligne

Médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, CLSC dans l'immeuble.



Modèle mixte et dense

Logements abordables et de soins, services de proximité, espaces communautaires intégrés dans le but de densifier.

CAPACITÉ CONCRÈTE DES MEMBRES

Questionnaire réalisé auprès des membres – mars 2026

Région	0 à 12 mois	12 à 36 mois
Capitale-Nationale (02)	0	0
Estrie (05)	12	0
Montréal (06)	41	140
Laval (13)	211	300
Lanaudière (14)	0	700
Laurentides (15)	150	860
Montréal (16)	142	950
Outaouais	0	700
TOTAL	556 lits an 1	4 206 lits total

3 650

L'INACTION

coûte plus cher que l'action.

- ➔ Reporter les rénovations génère des surcoûts importants et compromet la sécurité des résidents et du personnel.
- ➔ Chaque jour d'attente à l'hôpital prive un aîné d'un milieu de vie adapté à ses besoins et peut retarder les chirurgies, faute de lits disponibles.
- ➔ Les familles méritent de savoir et pourront agir en conséquence si le rang en liste d'attente est visible en temps réel.
- ➔ Le secteur privé peut construire plus vite, avec l'expertise opérationnelle qui fait toute la différence. Ils sont sur le terrain et savent ce dont les aînés et le personnel ont besoin.

Ce que ce projet change pour les aînés



Moins d'attente

Des places disponibles plus tôt. On veut mettre fin aux 200 jours d'attente dans l'inquiétude.



Un conjoint·e qui reste près de la personne en perte d'autonomie

La mixité des unités permet aux couples de demeurer ensemble dans le même immeuble.



Un milieu de vie, pas juste un lit

Zoothérapie, jardins, garderies, activités sociales, accompagnement en fin de vie : la dignité au quotidien.



Une stabilité sans changer de milieux constamment

Pas de déménagements répétés quand la condition évolue. Les aînés restent dans le même lieu jusqu'à la fin.



Transparence des données

Publication des données sur les services reçus (heures de soins offerts, ratios, satisfaction des résidents et des proches, etc.).



La liberté de choisir

Des besoins adaptés à votre réalité et à votre situation financière grâce à l'allocation personnalisée.

Contribution équitable



Contribution pour le gîte et couvert basée uniquement sur le revenu

Ni la maison, ni les économies, ni les placements ne sont pris en compte. Un maximum mensuel clair et prévisible avec une contribution de l'utilisateur qui varie en fonction des moyens de chacun.



Soins de santé publics gratuits

Les soins sont sous la responsabilité du réseau de la santé alors que l'hébergement et les repas sont payés à même la contribution de l'utilisateur.



Allocation personnalisée

Pour préserver la dignité et l'autonomie financière, l'appui gouvernemental sera adapté à la situation et à la capacité de payer.

ANNEXE

Ce dont on a besoin pour réussir

*Trois conditions
essentielles*

01



Financement adapté et équitable

Contribution modulée selon la lourdeur de la clientèle, intégration de la SCHL pour les logements avec services et application de l'indice des prix de la construction pour les nouvelles bâtisses.

02



Investir dans le maintien des actifs existants

Reporter les rénovations coûte plus cher. Nos CHSLD actuels ont besoin d'investissements dès maintenant pour rester conformes et sécuritaires.

03



Une entente de 25 ans + 10 ans d'option

Pour rassurer les investisseurs et assurer la viabilité financière sur le long terme.

Contribution financière des usagers en soins de longue durée — Comparaison provinciale et territoriale (Canada)					
Province / Territoire	Méthode de calcul de la contribution	Contribution minimale / mois	Contribution maximale / mois	Plafond ou % du revenu	Actifs pris en compte?
Colombie-Britannique	% du revenu après impôt	1 417 \$	3 974 \$	≤ 80 % revenu après impôt	Non (revenu seulement)
Alberta	Grille fixe selon revenu (brut)	2 047 \$	3 262 \$	Variable selon revenu brut	Non (revenu seulement)
Saskatchewan	% du revenu brut (≈ 20 % coût total)	1 377 \$	3 428 \$	≈ 20 % du coût total	Non (revenu seulement)
Manitoba	% du revenu après impôt	1 293 \$ (43,10 \$/jour)	3 126 \$ (104,20 \$/jour)	Variable selon revenu net	Non (revenu seulement)
Ontario	Tarif fixe (chambres de base); réduction si faible revenu	2 036 \$ (chambre de base)	2 909 \$ (chambre privée)	Tarif fixe; réduction selon revenu net	Non (revenu seulement)
Québec ★	Selon capacité de payer (revenus + actifs + biens)	~ 1 333 \$ (chambre multiple)	~ 2 142 \$ (chambre individuelle)	100 % capacité de payer (revenus + liquidités + biens)	Oui— revenus, liquidités, REER et biens immobiliers
★ Québec — Seule province où les actifs (liquidités, placements, immeubles) entrent dans le calcul de la contribution, en plus des revenus. C'est pourquoi l'AELDPOQ propose de s'inspirer du modèle de Terre-Neuve-et-Labrador (revenu seulement, plafond 3 000 \$/mois, allocation personnelle garantie de 150 \$/mois).					
Tableau préparé par l'AELDPOQ — Association des établissements de longue durée privés du Québec Données 2024-2025					

Contribution financière des usagers en soins de longue durée — Comparaison provinciale et territoriale (Canada)

Province / Territoire	Méthode de calcul de la contribution	Contribution minimale / mois	Contribution maximale / mois	Plafond ou % du revenu	Actifs pris en compte?
Nouveau-Brunswick	Selon revenu familial (revenu après impôt)	Variable	3 437 \$ (≈ 113 \$/jour)	Maximum = 113 \$/jour	Non (revenu seulement, depuis 2006)
Nouvelle-Écosse	Tarif fixe standard; évaluation des revenus pour réduction	Variable (selon évaluation)	3 361 \$ (≈ 108,25 \$/jour)	Tarif fixe; réduction selon revenu net	Non (revenu seulement, depuis 2005)
Île-du-Prince-Édouard	Grille de revenu après impôt	Variable (selon évaluation)	3 488 \$ (≈ 92,19 \$/jour subventionné)	Variable selon revenu net	Non (revenu seulement, depuis 2006)
Terre-Neuve-et-Labrador	Basé sur le revenu annuel déclaré (avis de cotisation)	Variable (selon évaluation)	2 990 \$	Variable selon revenu annuel net	Non (depuis 2018 : actifs liquides exclus)
Territoires du Nord-Ouest	Tarif fixe (co-paiement)	976 \$	976 \$	Tarif fixe (subvention gouvernementale élevée)	Non applicable (tarif fixe)
Yukon	Tarif fixe (co-paiement)	1 217 \$	1 217 \$	Tarif fixe (fortement subventionné)	Non applicable (tarif fixe)
Nunavut	Entièrement financé par l'État	0 \$	0 \$	Aucune contribution exigée	Sans objet

Tableau préparé par l'AELDPO — Association des établissements de longue durée privés du Québec | Données 2024-2025 | Les tarifs sont révisés annuellement; consulter les gouvernements provinciaux pour les tarifs en vigueur.

Potentiel de construction de lits/année ¹		Coût de construction par unité neuve en CHSLD 2026		
		450 000 \$	500 000 \$	550 000 \$
Augmentation mensuelle du contribuable	250,00 \$	267	240	218
	500,00 \$	533	480	436
	750,00 \$	800	720	655
	1 000,00 \$	1067	960	873
	1 500,00 \$	1600	1440	1309

1 : Contribution X 12 mois x 40 000 places en CHSLD / Cout par unité

2 : Montant des repas par mois seulement, actuellement dans le budget fonctionnement des CHSLD

Augmentation mensuelle du contribuable : 750 \$							
Potentiel de construction de lits/année si indexation annuelle du coût/unité de 5 %							
Année	Nbre lits/an		Nbre lits/an		Nbre lits/an		
2026	450 000 \$	800	500 000 \$	720	550 000 \$	655	
2027	472 500 \$	762	525 000 \$	686	577 500 \$	623	
2028	496 125 \$	726	551 250 \$	653	606 375 \$	594	
2029	520 931 \$	691	578 813 \$	622	636 694 \$	565	