

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Pour diffusion immédiate

Soins à domicile : le virage que le Québec n'a pas encore fait

Hier encore, on apprenait que des urgences au Québec restent paralysées par des patients qui attendent parfois plusieurs jours avant d'être transférés vers un autre établissement. Ce problème est loin d'être nouveau. Il porte même un nom technique : NSA, pour « niveau de soins alternatif ». Derrière cette appellation se trouvent des milliers de Québécois qui occupent des lits d'hôpital alors qu'ils n'ont plus besoin de soins hospitaliers, simplement parce qu'il n'existe pas de place ailleurs pour les accueillir.

Nous sommes en période électorale. Et c'est précisément le moment où les Québécois doivent se poser une question simple : voulons-nous continuer à gérer cette crise à la pièce, urgence par urgence, région par région, ou voulons-nous enfin faire le virage vers le soutien à domicile dont on parle depuis des années sans jamais l'opérer ?

Des entrepreneurs qui comblent un vide depuis 18 ans

Il y a dix-huit ans, mon grand-père a été hospitalisé en NSA. Il attendait, comme des milliers d'autres à l'époque, une place en soutien à domicile qui n'arrivait jamais. C'est cette expérience qui m'a poussée à fonder une entreprise de soins à domicile, pour mes grands-parents, et pour toutes les familles québécoises devant le même mur. Sans subvention, sans appui financier de l'État, j'ai bâti cette entreprise de zéro. Et parce qu'un acteur seul ne peut pas porter un enjeu aussi large, j'ai aussi participé à fonder l'Association des soins à domicile du Québec (ASDQ).

Je ne suis pas un cas isolé. L'ASDQ regroupe aujourd'hui des dizaines d'entrepreneurs sociaux à travers le Québec, chacun avec son histoire, mais tous mus par le même constat : combler un vide que le réseau public n'arrive pas à combler seul.

Léonie Côté-Martin en est un bon exemple. Elle a fondé le Groupe Serenis il y a une dizaine d'années pour protéger et défendre le rôle des infirmières dans les soins à domicile. Andrée Tourigny en est un autre : elle a repris en 2022 la gestion du Groupe Santé Carole Paquette, l'entreprise fondée par sa mère, poursuivant un travail bâti sur deux générations.

Ces parcours sont différents, mais ils racontent tous la même chose : des gens qui n'ont pas trouvé de soins pour leurs proches dans la structure actuelle, et qui ont construit eux-mêmes ce qu'il leur manquait, pour ensuite l'offrir à d'autres familles. C'est cette richesse-là, ce réseau d'entrepreneurs enracinés dans leurs communautés, que le Québec continue de tenir à distance plutôt que d'activer pleinement.

Dix-huit ans après l'hospitalisation de mon grand-père, quelle déception de se retrouver au même endroit. Toujours les mêmes listes d'attente. Toujours un système qui compte sur un seul joueur pour livrer les soins, alors que la province regorge d'entreprises formées, certifiées et prêtes à intervenir.

Le chiffre qu'on refuse de regarder en face

La situation ne s'améliore pas avec les années. Au Québec, le taux de patients en NSA est passé de 14,15 % en septembre 2023 à 14,75 % en juin 2026. Elle est encore plus préoccupante à Montréal, où le taux atteint en moyenne 29 %, et en Montérégie-Ouest, où il atteint 25 %, soit près du double de la moyenne provinciale. Dans certaines installations, les délais d'attente sont extrêmement longs : à l'Hôpital Anna-Laberge, par exemple, un patient a attendu 565 jours en NSA en 2025 avant d'obtenir un transfert.

Cette situation crée un véritable effet domino sur l'ensemble du réseau. Lorsque des patients demeurent hospitalisés sans nécessiter de soins aigus, les lits ne peuvent être libérés pour accueillir de nouveaux patients, ce qui contribue à augmenter la pression sur les urgences. Au Québec, le temps d'attente moyen à l'urgence avant d'obtenir un lit d'hospitalisation atteignait 23 h 10, et dépassait même 28 heures dans certaines régions comme l'Outaouais, la Montérégie et les Laurentides.

La pression se répercute ensuite sur les services de soutien à domicile (SAD). Lorsque les patients ne peuvent être orientés rapidement vers les ressources appropriées à leur sortie, les besoins s'accumulent et les listes d'attente s'allongent. En avril 2026, 13 656 personnes attendaient ainsi un premier service de soutien à domicile.

NSA, urgence et soutien à domicile sont donc intimement liés : lorsqu'un maillon du système se congestionne, c'est l'ensemble de la chaîne qui ralentit.

Pendant ce temps, l'Ontario n'a aucune liste d'attente pour ces mêmes services. Ce n'est pas parce que l'Ontario dispose d'une solution complètement différente de celle du Québec. C'est plutôt parce que la province a fait le choix de mieux utiliser les ressources et les capacités déjà présentes sur son territoire, au lieu de les laisser inutilisées.

Le système le sait. Il l'a même écrit.

Ce qui rend cette situation difficile à accepter, c'est qu'elle ne résulte pas d'un manque de réflexion ou de recommandations. Pendant deux ans, l'ASDQ a travaillé avec l'ensemble des organisations qui œuvrent auprès des personnes âgées dans le cadre de la politique nationale sur les soins à domicile. Deux années de tables de concertation, de mémoires et de recommandations élaborées en collaboration avec le réseau public lui-même. Pourtant, à ce jour, aucune de ces recommandations n'a été mise en place.

Le gouvernement reconnaît lui-même l'ampleur du problème : les investissements en soutien à domicile sont passés de 1,4 G\$ en 2019 à 2,6 G\$ en 2026. Mais selon une étude de l'IRIS basée sur des données

de 2023, près de 90 % des heures de services de soutien à domicile jugées requises n'étaient toujours pas fournies par l'État. On investit davantage, et l'écart entre le besoin et l'offre ne se referme pas. Le problème n'est plus uniquement une question de volonté politique ou de financement. Il faut aussi se questionner sur le modèle actuel et sur la façon dont les services sont organisés et offerts.

D'ailleurs, ce n'est pas la seule fois que le même constat a été posé, chaque fois à même les fonds publics. En 2023, le gouvernement de la CAQ a mandaté le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) pour évaluer la performance des programmes de soutien à domicile. Le CSBE a produit quatre rapports dans le cadre de la série « Bien vieillir chez soi » et a déposé, en janvier 2024, seize recommandations précises. Le constat de la commissaire Joanne Castonguay était sans équivoque : « une transformation s'impose. »

Plus de deux ans plus tard, la quasi-totalité de ces seize recommandations dort encore sur une tablette. Alors on est en droit de se demander : à quoi bon mandater et payer, année après année, des évaluations rigoureuses et indépendantes, si le ministère ne fait rien de leurs conclusions?

Le chèque emploi-service en est un autre exemple. Rebaptisé « allocation d'autonomie à domicile » (AAD) dans le cadre de la nouvelle politique Mieux chez soi, annoncée en janvier 2026 par la ministre Sonia Bélanger, ce mécanisme vieux de plus de vingt ans demande à l'utilisateur et ses proches aidants, souvent une personne âgée vulnérable, de devenir lui-même l'employeur de son travailleur de soins : le recruter, le former, le superviser, gérer sa paie. Des organismes comme la Ligue des droits et libertés et l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) ont signalé à plusieurs reprises les dangers de ce modèle, tant pour la personne âgée que pour la travailleuse elle-même, souvent en situation de grande précarité. Le gouvernement continue pourtant de recourir à ce modèle, qui lui permet de transférer une partie de la responsabilité de l'organisation des soins à l'utilisateur, alors que la responsabilité de rendre ces services accessibles demeure une obligation de l'État.

Alors, quelle gifle pour notre population vieillissante de voir que la seule véritable annonce concrète issue de la nouvelle politique nationale de soutien à domicile soit un simple ravalement d'un programme que ni les aînés ni les experts ne réclament.

Le problème n'est donc pas seulement une question de budget. C'est aussi une question de modèle. Pendant ce temps, des dizaines de PME québécoises en soins à domicile, bien implantées dans leurs communautés, formées et certifiées, sont prêtes à intervenir rapidement, parfois en moins de 48 heures, mais restent à l'écart du système.

Ce n'est pas parce qu'elles ne veulent pas contribuer. C'est parce que le système leur laisse peu de place. Année après année, il continue de s'appuyer sur un nombre limité d'acteurs, alors que les besoins en soins à domicile augmentent partout au Québec.

Ce que les Québécois doivent trancher

En période électorale, on entend beaucoup de promesses sur la santé. Peu d'entre elles nomment vraiment ce dont il s'agit : un choix entre continuer à gérer la pénurie en réagissant hôpital par hôpital, ou activer, enfin, les solutions déjà déployées, déjà prêtes.

Le virage en soutien à domicile ne se fera pas avec un communiqué de plus ou une enveloppe de plus annoncée sans mécanisme pour la déployer. Il se fera le jour où le réseau acceptera de signer avec ceux qui sont prêts à agir depuis longtemps.

Il y a dix-huit ans, on attendait déjà. Les Québécois qui votent cet automne ont le droit de savoir : combien d'années encore allons-nous attendre avant d'ouvrir la porte à des solutions qui existent, ici même, depuis longtemps ?

Un mot, en terminant, sur Santé Québec

Partout dans le monde, les sociétés fonctionnelles, efficaces et transparentes s'appuient sur des sociétés d'État solides pour gérer et pour être responsables de la performance de leur système de santé. C'est notamment le rôle qu'on a confié à Santé Québec. C'est ce qui garantit aux citoyens des soins livrés dans un système non partisan, non corrompu et efficace.

Notre système de santé ne devrait jamais favoriser certains groupes au détriment des autres. Il devrait plutôt chercher à offrir les meilleurs soins possibles à une population québécoise qui contribue largement au financement des services publics par ses impôts.

L'ASDQ est profondément préoccupée de voir certains partis politiques utiliser Santé Québec comme une cible facile dans la course actuelle, sans que les enjeux de fond soient réellement abordés. Certains proposent même de l'abolir. Ce serait un pari risqué. Démanteler une structure qui est en place depuis moins de deux ans pourrait signifier perdre plusieurs milliards de dollars d'argent public déjà investis et devoir repartir une nouvelle fois de zéro.

La transformation d'un système de santé aussi vaste ne se fait pas en quelques mois. Changer les façons de faire et la culture organisationnelle demande du temps, de la stabilité et de la continuité.

Si nous ne prenons pas collectivement les décisions nécessaires pour revoir la façon dont les soins sont organisés et livrés, nous risquons de nous retrouver au même point dans dix-huit ans. Et cette fois, nous ne pourrions pas dire que nous ne savions pas.