

Vieillir à la bonne place : Modèle proposé à une diaspora en quête d'un milieu de vie correspondant à ses besoins

L. Béliard, Collectif Tous Ensemble (CTE), Fondation Alfred Béliard
lita.beliard@gmail.com ; 438 928 4249

Résumé

Béliard L. 2024. Vieillir à la bonne place : Modèle proposé à une diaspora en quête d'un milieu de vie correspondant à ses besoins. RED 11 (1): 53 - 62

Il ne faut pas craindre de faire évoluer la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Le présent article porte sur les défis auxquels font face les systèmes de santé dans les pays du G7, parmi lesquels le Canada, pour répondre aux besoins de leur population vieillissante. Cette cohorte toujours en progression représente une grande proportion de la population, ce qui entraîne sans contredit une hausse des dépenses en matière de soins de santé. Cette situation pose des problèmes pour une prise en charge adéquate sur divers plans car, avec des moyens limités, plusieurs tentatives d'amélioration demeurent infructueuses. Après une analyse de la situation à la lumière de mon expérience d'ex-gestionnaire du réseau de la santé au Québec et de chargée de cours en partenariat public-privé (PPP), je propose un mode de gestion de proximité qui offre à la population un système de santé et de services sociaux plus humains, adéquats et très performants. La population vieillissante n'étant pas homogène, il y a quand même moyen d'identifier un groupe de personnes âgées qu'on pourrait reloger dans un autre territoire tout en assurant une prise en charge à moindre coût avec la même efficacité. À cet égard, je propose un partenariat intergouvernemental, d'après les structures d'un partenariat public-privé, entre le Canada et Haïti. Celui-ci consisterait à prendre en charge la diaspora haïtienne du troisième âge vivant au Canada, ainsi que tout autre Canadien souhaitant passer la dernière partie de sa vie dans un milieu d'hébergement au chaud. Cette solution qui sort des sentiers battus entraînera certes un changement de culture important, mais elle offre l'avantage de favoriser une situation gagnante pour les trois parties : d'abord, elle diminue la pression économique pour le pays responsable, puis elle favorise le développement économique du pays hôte et enfin, elle garantit un degré de satisfaction de la clientèle puisque l'offre et la demande se situent sur une base volontaire.

Abstract

Béliard L. 2024. Growing older in the right environment: Proposition of a model for a diaspora seeking a comfortable lifestyle adequate to their needs. RED 11 (1): 53 - 62

There is no need to be afraid of evolving the governance of the health and social services network. This article looks at the challenges faced by healthcare systems in G7 countries, in this case Canada, in meeting the needs of an aging population. This ever-increasing cohort represents a large proportion of the population, which undoubtedly translates into higher healthcare spending. This situation poses problems for adequate care at various levels, and with limited resources, many attempts at improvement remain unsuccessful. After analyzing the situation, with my experience as a former manager of the health network in Quebec and a lecturer in public/private partnership (PPP), I propose a local management method that offers the population a more humane and highly efficient health and social services system. As the aging population is not homogeneous, it is possible to identify a group of elderly people who could be relocated to another territory while ensuring care at a lower cost and with the same efficiency. I therefore propose an intergovernmental partnership following the same structures as a public/private partnership between Canada and Haiti for the care of the elderly Haitian diaspora living in Canada and moreover any other Canadian wishing to spend their advanced years in a warm residential facility. This unconventional solution will certainly entail a major cultural shift, but it has the advantage of being a win-win for all three parties: 1) it reduces economic pressure for the responsible country, 2) it promotes economic development for the host country, and 3) it guarantees customer satisfaction, since supply and demand are on a voluntary basis.

Introduction

La santé est un levier important du développement économique. Dans un rapport de 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) calcule l'apport de la santé à la croissance économique. Ses estimations établissent qu'en règle générale, « une augmentation de 10% de l'espérance de vie correspond à un accroissement de la croissance économique

d'environ 0,3 à 0,4 % par an, tous les autres facteurs de croissance restant identiques » (9). Il existe donc un lien étroit entre la croissance économique d'une région et la santé de sa population. C'est ce qui explique l'inquiétude des dirigeants des pays développés confrontés à la détérioration de leur système de santé.

Depuis quelques décennies, on ob-

serve dans plusieurs pays développés un changement draconien du portrait de leur population, soit un processus de vieillissement démographique accru qui affecte différents secteurs de l'économie. Suivant les données recueillies, « ces changements démographiques s'expliquent par une faible fécondité (moins de deux enfants par femme depuis près de 50 ans), par la hausse progressive de l'espérance de vie et par le fait que les personnes de la génération du baby-boomers (nées entre 1946 et 1965) ont commencé à franchir le cap des 65 ans depuis 2011 » (17).

Ces pays utilisent l'immigration comme un des vecteurs de leur développement économique, ils attirent chez eux une population en âge de travailler (des personnes de 15 à 64 ans) qui produit la plupart des biens et services. Actuellement, ces immigrants établis dans le pays depuis plus de 40 ans ont changé de statut; ce sont des citoyens du pays hôte et ils ont contribué au développement. Tout comme les « natifs / natals », ces immigrants ont vieilli et sont maintenant rendus à l'âge de la retraite : ils ont changé de groupe social et sont passés du statut de producteurs de biens et services à celui de consommateurs. Notre prospection a trait à cette clientèle ciblée.

La prestation de soins de santé constitue un service essentiel. Le gouvernement a le devoir d'assurer un soutien adéquat à sa population, indépendamment de l'âge ou de sa capacité de production. L'augmentation du nombre de personnes âgées exerce une pression croissante sur le gouvernement, et ce dans tous les domaines tels que le logement, les soins de santé, les services sociaux, le transport, la communication et les loisirs. On comprend donc que l'augmentation du nombre de personnes âgées (80 ans et plus), et leur vieillissement, vont de pair

avec des problèmes de santé à long terme qui nécessiteront éventuellement des interventions continues. Ce type de consommation de services influence grandement l'économie d'un pays : plus le nombre de personnes âgées sera élevé, plus l'impact se fera sentir.

Actuellement, cette situation exerce une pression accrue sur les systèmes de soins de santé et des services sociaux des pays développés. Ces derniers ne pourront à long terme répondre à l'ensemble des besoins de leur population dans les conditions actuelles; même avec une capacité financière suffisante, ils n'auront pas assez de personnes sur le marché du travail pour combler ces besoins. Il faut donc changer de paradigme, repenser les moyens de cette offre de services. Ces pays devraient-ils ouvrir davantage la porte aux immigrants avec des considérations ou des attentes spécifiques ? D'après le discours des dirigeants de ces pays, ce n'est pas un choix privilégié, car cette option dépasse leur capacité d'accueil; ils seront dans l'obligation de restructurer toutes leurs infrastructures, d'augmenter le nombre de logements et de services sociaux.

Suivant notre analyse, la solution est à portée de main. Il existe un modèle d'attribution de services aux personnes âgées à moindre coût où tout le monde trouve son compte. C'est ce que nous allons décrire en prenant pour modèle la structure d'offre de soins de santé au Québec et au Canada, en vue de répondre aux besoins de cette clientèle particulière : la diaspora haïtienne qui y vit. C'est une approche de partenariat tripartite entre deux pays et une clientèle considérée comme « un bien commun »; une entente basée sur les principes de PPP (partenariat public-privé), à cette différence près que PPP signifie ici « partenariat pays à pays ». Pour parvenir à ce modèle, nous avons d'abord identifié la clientèle visée et identifié les soins et services qui lui sont offerts.

Identification de la clientèle

Au Canada

Bien que le Canada soit souvent cité en exemple pour son régime universel d'assurance-maladie, le vieillissement de la population pose des défis significatifs. Les personnes âgées nécessitent souvent des soins plus complexes et fréquents et les besoins en matière de soins de santé évoluent donc rapidement, ce qui peut mettre à rude épreuve le système : « La répartition des tranches d'âge au Canada était très différente lors de l'apparition du régime universel d'assurance-maladie il y a cinq décennies; en 1966, l'âge médian des Canadiens était de 25,5 ans, en 2017, il était de 40,6 ans. On s'attend à ce qu'il atteigne 42,4 ans en 2028 » (18).

Un article de la série *Recensement en bref* (17) permet d'examiner les tendances démographiques. On y apprend que, de 2016 à 2021, le nombre de personnes de 65 ans et plus au Canada s'est accru de 18,3% pour atteindre 7 millions. Il s'agit de la deuxième plus importante augmentation en 75 ans, après celle de 20% observée de 2011 à 2016. Ce nombre de personnes en 2021 représente près d'un Canadien sur 5 (19%). L'avancée en âge des nombreuses cohortes de baby-boomers, dont les derniers-nés sont aujourd'hui âgés de 64 ans, accélère le vieillissement de la population en général. Parallèlement de 2016 à 2021, le nombre d'enfants de moins de 15 ans a augmenté six fois moins rapidement que celui des personnes âgées de 65 ans et plus pour atteindre 6 millions. La relève s'annonce donc plus faible.

Le nombre de Canadiens de 85 ans et plus a doublé depuis 2001 pour atteindre 861 000 personnes en 2021. Ce nombre pourrait tripler d'ici 2046, selon les projections démographiques. Au cours des 22 prochaines années, il pourrait passer à 2,7 millions. De fait, selon les projections démographiques, en 2051, une personne sur 4 (24,9%) pourrait être âgée de 65 ans ou plus, et ce groupe d'âge pourrait compter près

de 12 millions de personnes.

Au Québec

La population québécoise connaît également un vieillissement démographique important. Selon les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), les personnes de 65 ans et plus, qui représentaient le cinquième de la population en 2022, pourraient en constituer le quart en 2031. Le nombre de personnes de 75 ans et plus, quant à lui, devrait doubler durant cette même période pour atteindre 1,2 million de personnes (12). Depuis 2001, les analyses et les plans d'action se multiplient pour trouver les moyens de répondre adéquatement aux besoins de cette population. Un plan en 2001 : « Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie » (13), un autre en 2005 : « Un défi de solidarité : les services offerts aux aînés en perte d'autonomie » (14). Devant le piètre résultat, le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dépose un autre plan d'action 2018-2023 : « Un Québec pour tous les âges » (15). Une mesure de ce plan (n° 39) démontre que le gouvernement est dépassé et cherche des solutions à l'extérieur du MSSS pour alléger le fardeau; le partenariat est privilégié entre les organisations publiques, les organismes privés ainsi que les organismes communautaires afin de mieux répondre aux besoins des aînés en matière de soins de santé et de services sociaux. Malgré tous ces efforts, en juillet 2024 plus de 790 000 personnes étaient en attente d'un médecin spécialiste au Québec, avec un délai d'attente d'environ 14 mois, selon ledit ministère. Les manchettes des journaux québécois nous révèlent régulièrement le désarroi des personnes malades.

La congestion dans les services d'urgence des hôpitaux entraîne des temps d'attente inacceptables. Sur le site du MSSS, nous pouvons mesurer ou évaluer quotidiennement le taux d'occupation. Ainsi, le 3 septembre 2024, nous pouvions lire : « Au Centre Hospitalier de l'Univer-

sité de Montréal le taux d'occupation des civières est de 125% et la durée moyenne de séjour des personnes en attente sur une civière 16 heures 21 » (11). Des statistiques récentes indiquent que le taux d'occupation moyen dans les salles d'urgence est d'environ 107%. Plusieurs salles d'urgence des hôpitaux de Montréal atteignaient des taux dépassant 125 %.

Ce problème est loin d'être résolu : l'absence de prise en charge par un médecin de famille amène les patients à se rendre dans les salles d'urgence pour des problèmes médicaux qui ne sont pas urgents. Pour atténuer ce problème, le gouvernement a créé le « guichet d'accès à un médecin de famille » (GAMF). Sur le site officiel du MSSS, les consignes sont claires : *Pour trouver un médecin de famille, vous devez vous inscrire sur la liste d'attente du GAMF [...]. Il est impossible de prédire le temps que vous demeurerez sur la liste d'attente. Le délai d'attente varie selon la disponibilité des médecins et le nombre de personnes sans médecin de famille de votre territoire. Dès qu'un médecin vous sera attribué, il communiquera avec vous. Le fait de remplir un formulaire électronique ne vous garantit pas l'obtention d'un médecin de famille, mais cela vous aide à en trouver un* (10).

Il faut dans les meilleurs délais trouver un moyen pour diminuer la pression. Ce n'est pas avec l'aide médicale à mourir, qui écourte le temps de traitement sous prétexte de diminuer la souffrance, qu'on va résoudre le problème. Le coût de prise en charge de cette clientèle est exorbitant. Par une analyse de gestion, un choix s'offre à nous : diminuer le coût des soins de santé ou diminuer le taux de vieillissement.

Aspect économique

En 2018 au Canada, le coût moyen des soins de santé d'une personne âgée de moins de 65 ans est de 2 700 \$ CAD, alors que ce coût est quatre fois plus élevé pour les Canadiens plus âgés, soit de 12 000 \$ (6). Le vieillissement de la population

est un facteur important de la hausse du coût des soins de santé. « Ce groupe d'âge consomme près de la moitié du budget de la santé, bien qu'il ne représente qu'un cinquième de la population ». (6) « En 2021, le coût des soins de santé au Québec était de 53 milliards de dollars canadiens, soit 40 % du budget total du gouvernement du Québec » (2).

À la lumière de tels chiffres, les pays développés se dirigent directement vers une impasse étant donné les pressions sur les coûts exercées par le vieillissement de leur population. Il est impossible de diminuer les coûts sans diminuer les services; cet aspect du vieillissement a des conséquences sur l'équité du régime public. L'instauration de nouvelles politiques sociales, telles que les allocations familiales, les soins de santé, les prestations d'invalidité, les congés parentaux, la prestation de la sécurité du revenu à long terme sont des questions débattues dans les pays aux prises avec le phénomène du vieillissement. Déjà dans les médias la question se pose : Doit-on les maintenir ou les diminuer ?

L'autre option, si on tient à garder les mêmes qualités de soins et services, serait de diminuer le taux de vieillissement. Pour assurer la pérennité du système de santé et répondre aux besoins en matière de soins de santé des Canadiens, le gouvernement se doit d'être inventif, de sortir de son champ de pratique tout en maintenant sa responsabilité. Une proposition serait le déménagement volontaire des personnes âgées haïtiennes hors du pays.

Scénario proposé

Dans le scénario proposé, il faut considérer la diminution du coût et le taux de vieillissement. Ainsi, nous avons constaté que la déficience du milieu de vie naturel et l'incapacité de l'entourage à combler la perte d'autonomie occasionnent des coûts supplémentaires. Les mœurs et la culture des pays développés ne facilitent pas le maintien des aînés en perte d'autonomie au

sein de leur famille, chez un de leurs enfants, une fratrie, ou même une prise en charge par un voisin. Le rythme de vie accéléré, la valorisation de l'indépendance et de l'intimité encouragent l'individualisme; de sorte que rendu à un âge avancé, lorsqu'on devient moins actif, on se retrouve en situation d'isolement. Cela explique les nombreuses demandes pour les milieux d'hébergement. Les entrepreneurs l'ont compris, ils en profitent par la prolifération de la construction de résidences pour personnes âgées. On ne pourra pas changer cette culture, pourtant c'est là que se trouve la difficulté : diminuer le coût implique « un vivre-ensemble ».

Un partenariat entre Haïti et le Canada pour l'hébergement des aînés de la diaspora suivant la même structure d'hébergement qu'au Québec représente l'option de choix qui pourrait faire partie de la gamme d'hébergements offerte. Le climat en Haïti représente un agrément, de plus on y retrouve tous les éléments du vivre-ensemble qui facilitent le maintien à domicile, en plus d'un coût de main-d'œuvre plus abordable.

Haïti est actuellement à un tournant de société. Après une période tumultueuse, les citoyens ont pris conscience de l'obligation de mettre la main à la pâte pour un développement durable. C'est un nouveau départ : il faut remettre l'économie en marche. Pour ce faire, Haïti doit développer des industries sur place afin de créer du travail. Pour attirer ces industries, il faut obligatoirement une infrastructure essentielle répondant aux besoins, non seulement de l'industrie elle-même, mais aussi de ses ressources humaines. La structure de santé fait partie de ces ressources essentielles au même titre que le transport, les routes, le logement, l'approvisionnement en eau. L'OMS reconnaît que la santé occupe une place importante dans le processus de croissance économique. Haïti n'ayant pas les moyens financiers pour développer une structure de santé efficace, le pays se doit d'exploiter les lacunes du système

de santé des pays développés pour construire sa propre infrastructure. Il est important de saisir que même avec une infrastructure de qualité, Haïti n'a pas les moyens de la rentabiliser. La population n'est pas assez fortunée pour défrayer les coûts de soins de santé et encore moins des commerces et industries pour générer une fiscalité permettant la gratuité des soins. Il faut donc trouver le moyen d'avoir non seulement l'infrastructure, mais aussi la clientèle pour consommer les services à un juste prix. C'est l'opportunité qu'apportera ce partenariat de pays à pays : constituant une structure gagnante pour les trois parties, soit les deux pays impliqués ainsi que la clientèle.

Les aînés de la diaspora constituent une clientèle non productive pour les pays de nationalité, en plus de leur consommation de services médicaux accrus. Cette clientèle improductive pour ces pays serait très utile pour Haïti tant par la transmission de leur savoir que par l'activité économique générée par la consommation de produits et services, tout ceci avec de nouveaux investissements. La diaspora haïtienne compte près de 2 millions de personnes disséminées sur la planète et elle est considérée (politiquement parlant) comme le 11^e département haïtien en surplus des 10 départements sur son territoire. Cette clientèle toujours attachée à la culture du pays natal se réjouirait de cette proposition de retour sur une base volontaire au même titre qu'une orientation en hébergement à l'intérieur du pays de nationalité.

Identification de la clientèle : Diaspora haïtienne au Canada (65 ans et plus)

Selon les données du recensement de la population de 2021, 178 990 personnes d'origine haïtienne vivent au Canada. Du nombre, 8,9% correspondent à notre clientèle cible, ce qui représente 15 935 citoyens de 65 ans et plus. Nous avons donc regroupé ci-dessous les informations en fonction de notre étude (Tableaux 1 à 5).

Tableau 1. Nombre de personnes pouvant bénéficier du programme proposé en fonction de la nationalité

Citoyenneté d'une population âgée de 65 ans et plus, dans les ménages privés – Données – échantillon (25%)	
Canadiens	14 455
Dont canadiens avec au moins une autre nationalité	(3 565)
Non canadiens	1 480
Total	15 935

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2021

Tableau 2. Personnes de la diaspora ayant un lien avec Haïti

Lieu de naissance de la population âgée de 65 ans et plus, dans les ménages privés – Données – échantillon (25%)	
À l'extérieur du Canada	15 795
En Haïti	15 685
Au Canada	145
Ailleurs	105
Total	15 935

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2021

Tableau 3. Contact avec les membres de la famille du milieu d'origine

Statut des générations pour la population âgée de 65 ans et plus, dans les ménages privés – Données – échantillon (25%)	
Première génération	15 795
Deuxième génération	60
Troisième génération	80
Total	15 935

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2021

Tableau 4. Personnes avec une formation académique

Fréquentation scolaire pour la population âgée de 65 ans et plus, dans les ménages privés – Données – échantillon (25%)	
Aucun certificat, diplôme ou grade	6 100
Certificat, diplôme ou grade d'études postsecondaires	7 355
Baccalauréat ou grade supérieur	2 210
Autres	270
Total	15 935

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2021

Tableau 5. Propriétaires et locataires

Mode d'occupation pour la population âgée de 65 ans et plus, dans les ménages privés – Données – échantillon (25%)	
Propriétaire	9 175
Locataire	6 760
Total	15 935

Source : Statistique Canada, Recensement de la population de 2021

Ce portrait d'ensemble souligne l'importance de prendre en compte les besoins spécifiques de cette clientèle par leur appartenance, leur compétence et leurs avoirs; elles apporteront une valeur ajoutée à leur pays d'origine.

Outil d'évaluation de la clientèle

Pour bien identifier les besoins de la clientèle des aînés, l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) (1) est le principal instrument d'évaluation de la condition des personnes en perte d'autonomie. Il permet de déterminer les soins et les services répondant aux besoins du client. Il est composé de six formulaires, dont la grille de Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (4). Cette grille, présentée dans le tableau 6, identifie cinq grandes dimensions de l'autonomie selon 14 profils validés par l'Organisation internationale de normalisation (ISO) au moyen du SMAF (5).

Cet outil est validé scientifiquement pour sa fiabilité et sa fidélité et des équipes de recherche assurent son développement continu. De plus, il est informatisé, ce qui permet de suivre l'évolution d'une situation et d'obtenir une synthèse visuelle des incapacités et du niveau d'aide requise. Ce système de gestion détermine des groupes de sujets ayant un profil d'incapacité semblable et nécessitant des services similaires.

Soins et services offerts

Les motifs d'une demande de soins ou de services sont multiples. Avec une perte de motricité, polymédicamenté, on se voit offrir l'aide à la médication et le service d'aide à la préparation des repas. Lorsqu'une personne a perdu sa capacité d'autonomie dans un logement, on doit lui offrir un encadrement qui la rendrait plus fonctionnelle, car cette personne peut représenter un risque pour elle-même ou les autres, pouvant même oublier d'éteindre la cuisinière restée allumée. La personne isolée, incapable d'aller faire ses courses, risque de souffrir de malnutrition. Des services de prévention sont disponibles pour éviter des

Tableau 6. Évaluation de l'autonomie / Profil ISO-SMAF

Groupe 1 : Atteinte aux tâches domestiques	
Profil ISO-SMAF 1	
AVQ :	difficultés pour l'entretien de la personne et la fonction vésicale.
Mob :	difficultés pour circuler à l'extérieur et pour utiliser les escaliers.
Comm :	s/p.
Fm :	très légers problèmes de mémoire.
AVD :	stimulation ou surveillance pour l'entretien de la maison et les courses. Difficultés pour les repas, le transport et le budget.
Profil ISO-SMAF 2	
AVQ :	difficultés pour l'entretien de la personne.
Mob :	difficultés pour circuler à l'extérieur ou pour utiliser les escaliers.
Comm :	s/p.
Fm :	très légers problèmes de mémoire.
AVD :	aide pour l'entretien de la maison, préparer les repas, faire les courses. Aide totale pour la lessive. Surveillance ou stimulation pour le transport et le budget.
Profil ISO-SMAF 3	
AVQ :	difficultés pour se laver ou pour entretenir sa personne.
Mob :	difficultés pour circuler à l'extérieur ou pour utiliser les escaliers.
Comm :	s/p.
Fm :	légers problèmes de mémoire et conseils pour la prise de décision.
AVD :	aide totale pour l'entretien de la maison, la préparation des repas, la lessive et la prise de médicaments. Aide pour les courses et le budget. Difficultés pour la téléphonie et le transport.
Groupe 2 : Atteinte motrice prédominante avec préservation des fonctions mentales	
Profil ISO-SMAF 4	
AVQ :	difficultés et aide partielle ou stimulation pour se laver ou entretenir sa personne.
Mob :	aide pour marcher à l'intérieur, à l'extérieur et pour utiliser les escaliers.
Comm :	s/p.
Fm :	légers problèmes de mémoire des faits récents.
AVD :	aide totale pour l'entretien de la maison, les repas, les courses, la lessive. Difficultés avec le téléphone et aide pour les transactions complexes. Accompagnement pour les moyens de transport.
Profil ISO-SMAF 6	
AVQ :	stimulation ou surveillance pour se laver et entretenir sa personne. Difficultés ou stimulation dans les autres aspects.
Mob :	aide ou surveillance pour circuler à l'extérieur, difficultés à marcher à l'intérieur et n'utilise plus l'escalier.
Comm :	difficulté à voir et entendre.
Fm :	problèmes de mémoire des faits récents, difficultés à évaluer les situations, conseils pour prendre des décisions. Désorientation occasionnelle dans le temps et l'espace.
AVD :	aide complète sauf difficulté avec le téléphone et accompagnement moyen pour le transport.
Profil ISO-SMAF 9	
AVQ :	difficulté ou stimulation à se nourrir. Aide pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, et incontinence fécale ou lavement occasionnel. Surveillance ou aide pour utiliser la toilette.
Mob :	aide pour les transferts et la marche. Fauteuil roulant avec difficulté ou aide. Ces personnes ne circulent pas seules à l'extérieur et n'utilisent plus les escaliers.
Comm :	difficulté.
Fm :	légers problèmes de mémoire et d'orientation à l'occasion. Lenteur de compréhension. Problèmes de jugement.
AVD :	aide complète, aide pour le transport, utilise le téléphone. Celui-ci va devenir lourd vers un code rouge.

Légende : AVQ : activités de vie quotidienne ; Mob : mobilité ; Comm : communication ; Fm : fonctions mentales ; AVD : activités de la vie domestique ; Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale ; S/P : sans problématiques

Tableau 6. Évaluation de l'autonomie / Profil ISO-SMAF (suite)

Groupe 3 : Atteinte mentale prédominante	
Profil ISO-SMAF 5	
AVQ :	stimulation pour se laver et entretenir sa personne et des difficultés dans les autres aspects.
Mob :	difficultés à circuler à l'extérieur et à utiliser les escaliers.
Comm :	s/p.
Fm :	problèmes de mémoire des faits récents, problèmes d'orientation à l'occasion, lenteur de compréhension et problèmes de jugement.
AVD :	aide complète pour l'entretien de la maison, les repas, les courses, la lessive. Aide pour le téléphone, la prise de médicaments, le budget, et accompagnement pour le transport. Début de démence, on peut se retrouver à un stade 5/7 sur l'échelle de Reisberg.
Profil ISO-SMAF 7	
AVQ :	aide pour se laver, entretenir sa personne et stimulation ou aide pour s'habiller. Surveillance ou stimulation pour les autres aspects.
Mob :	peu de difficultés sauf pour circuler à l'extérieur.
Comm :	un peu d'atteinte à la vision et à l'audition.
Fm :	atteinte modérée de la mémoire, de l'orientation, de la compréhension et particulièrement du jugement. Présence de troubles de comportement mineurs.
AVD :	aide complète et régulière dans toutes les activités. Accompagnement pour le transport. Errance, donc très mobile, pas beaucoup d'agressivité, pas de problème d'incontinence.
Profil ISO-SMAF 8	
AVQ :	stimulation ou aide. Aide pour se laver, entretenir sa personne, s'habiller.
Mob :	aide pour circuler à l'extérieur, surveillance à l'intérieur et n'utilise pas les escaliers.
Comm :	difficulté de voir et d'entendre.
Fm :	atteinte modérée de toutes les fonctions. Jugement le plus affecté. Troubles de comportement qui demandent un encadrement journalier.
AVD :	aide complète et régulière. Personne douce, peu agressive.
Profil ISO-SMAF 10	
AVQ :	stimulation pour se nourrir, aide ou aide totale pour se laver, entretenir sa personne, s'habiller. Incontinence urinaire ou routine et surveillance pour les toilettes.
Mob :	aide pour circuler à l'extérieur et surveillance à l'intérieur et pour utiliser les escaliers.
Comm :	difficultés de communication et un défaut de langage.
Fm :	toutes les fonctions sont gravement atteintes et troubles de comportement importants qui nécessitent une surveillance plus intensive.
AVD :	aide complète pour toutes les AVD, n'utilise plus le téléphone et nécessite de l'aide pour le transport. Personnes avec troubles de comportement, en unité fermée, difficulté à exprimer leurs besoins.

Légende : AVQ : activités de vie quotidienne ; Mob : mobilité ; Comm : communication ; Fm : fonctions mentales ; AVD : activités de la vie domestique ; Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale ; S/P : sans problématiques

coûts de traitement plus dispendieux. Certains services pallient des handicaps tels que la surdité, la perte d'acuité de la vision. Quelques personnes ont des problèmes de mobilité, et leur domicile ne peut pas être adapté à leurs besoins. D'autres encore ont subi un ou des AVC qui ont occasionné une paralysie ou des

pertes de mémoire de modérées à sévères. Certaines personnes présentent des incapacités physiques ou psychiques dues à des maladies chroniques ou aiguës. La majorité de ces personnes âgées en perte d'autonomie nécessitent plus de services que de soins.

Par l'expression **soins**, nous entendons les traitements médicaux, les soins infirmiers et les examens et le suivi nécessitant des appareils sophistiqués.

Par **services professionnels**, nous entendons les services de nutrition, de réadaptation de base, psychosociaux et d'inhaloth rapie.

Les soins et les services professionnels sont accessibles à tous, indépendamment du statut socio-économique. Parallèlement au secteur public, le secteur privé répond aux besoins de la clientèle. Cependant, le secteur public et le secteur privé accusent souvent des différences dans l'accès et la rapidité des soins. Les mieux nantis peuvent donc choisir de se tourner vers le secteur privé pour éviter les délais d'attente inhérents au secteur public. Les disparités d'accès peuvent avoir des implications significatives pour la santé globale de la population, en particulier pour ceux qui dépendent exclusivement des services publics.

Milieus de vie versus niveaux d'autonomie

Les personnes âgées en perte d'autonomie pourraient demeurer dans leur domicile moyennant un minimum de surveillance, et elles seraient entourées de leurs proches, comblées d'affection. Malheureusement, seule la contribution d'un proche aidant le permettrait, c'est- dire d'une perle rare. La culture du milieu ne facilite pas l'entraide, chacun étant occupé à gagner sa vie et à payer ses factures.   la moindre incapacité, le maintien à domicile devient impossible; c'est alors que l'orientation en milieu d'hébergement substitut prend la relève, un service utilisé trop largement et aussi très dispendieux.

Au Québec, les personnes âgées en perte d'autonomie demeurent dans des milieux de vie correspondant à leur degré d'autonomie, de préférence celui qui répond le mieux à leurs besoins physiologiques. Les soins sont donnés majoritairement dans les milieux institutionnels : centre hospitalier (CH), centre d'h -

bergement de soins de longue durée (CHSLD) (Tableau 7). Quel que soit le groupe d'appartenance, les soins sont prodigués dans les centres hospitaliers (un milieu institutionnel) et les services dans les milieux de vie : domicile, résidence pour personnes âgées (RPA), ressource de type familial (RTF) ou ressource intermédiaire (RI). Contrairement aux autres milieux de vie, les CHSLD sont des établissements qui offrent non seulement un hébergement aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais également des soins médicaux de base et des services de soutien adaptés à leurs besoins. Les CHSLD sont spécifiquement conçus pour accueillir des individus nécessitant des soins continus et une surveillance médicale. Cependant ces soins sont réservés aux résidents de cet établissement et pour toute intervention médicale importante, les résidents se dirigent vers un centre hospitalier.

Le législateur a encadré les ressources d'hébergement au Québec au moyen de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Domicile

Comme indiqué dans le tableau 7, tous les soins et services sont admissibles à domicile moyennant l'encadrement adéquat. D'autres types d'hébergement permettent l'accueil des personnes âgées suivant leur groupe d'appartenance, tandis qu'une personne peut demeurer (selon son choix) dans sa maison indépendamment de son niveau d'autonomie (**Groupes 1 à 5**).

RPA

Ce sont des résidences privées. La transaction se fait entre le client et le propriétaire, bien que le gouvernement assure la qualité par une certification. Il existe deux sortes de RPA : pour personnes autonomes et pour personnes semi-autonomes. Les RPA ne peuvent pas accueillir les personnes avec le profil des **Groupes 4 et 5**.

Les RPA pour personnes autonomes ne peuvent pas accueillir des personnes en trop grande perte d'autonomie; les services offerts sont com-

Tableau 6. Évaluation de l'autonomie / Profil ISO-SMAF (suite)

Groupe 4 : Atteintes mixtes et mentales, aide à la mobilité, besoin d'aide pour se mobiliser

Profil ISO-SMAF 11

AVQ : aide partielle pour se nourrir, aide partielle ou totale pour se laver ou s'habiller. Incontinence urinaire occasionnelle ou fréquente, mais continence fécale. Surveillance ou aide pour les toilettes.
 Mob : aide pour les transferts, la marche, le fauteuil roulant. Ces personnes n'utilisent plus les escaliers.
 Comm : vision, audition, langage affectés.
 Fm : atteinte modérée de toutes les fonctions, surtout le jugement. Peu de problèmes de comportement ou des problèmes mineurs.
 AVD : aide complète et régulière. Aide pour le transport. Quelqu'un qui a un problème cognitif, présente des praxies pour le transfert, fait des chutes fréquentes, peut être capable de propulser un fauteuil roulant.

Profil ISO-SMAF 12

AVQ : stimulation pour se nourrir, aide partielle ou totale pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne. Incontinence urinaire et fécale fréquente ou totale. Aide pour les toilettes ou ne les utilise plus.
 Mob : surveillance ou aide occasionnelle pour marcher à l'intérieur, à l'extérieur et n'utilise plus les escaliers.
 Comm : audition et langage affectés, mais exprime sa pensée.
 Fm : atteintes graves et troubles de comportement importants.
 AVD : aide complète et régulière, aide pour le transport. Ce client peut être violent.

Groupe 5 : Atteintes mixtes et mentales, alité et dépendant, moins autonome, généralement alité

Profil ISO-SMAF 13

AVQ : aide partielle pour se nourrir, aide totale pour se laver, s'habiller et entretenir sa personne. Incontinence totale (vésicale et intestinale) et n'utilise plus les toilettes.
 Mob : aide pour les transferts ou est devenu grabataire, ne marche plus et est déplacé en fauteuil roulant.
 Comm : diminution de la vision, de l'audition et du langage.
 Fm : atteinte modérée et le jugement est le plus atteint. Troubles de comportement mineurs.
 AVD : aide complète et régulière, aide pour le transport ou déplacées en ambulance.

Profil ISO-SMAF 14

AVQ : aide totale pour se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne. Incontinence totale.
 Mob : grabataire, fauteuil gériatrique ou civière pour les déplacements.
 Comm : fonctions très affectées; communique les besoins primaires ou ne communique plus.
 Fm : déficits cognitifs très sévères, problèmes de comportement inexistant ou mineurs comme des jérémiades.
 AVD : aide totale.

Légende : AVQ : activités de vie quotidienne ; Mob : mobilité ; Comm : communication ; Fm : fonctions mentales ; AVD : activités de la vie domestique ; Atteinte mixte : atteinte motrice + atteinte mentale ; S/P : sans problématiques

pris dans au moins deux des catégories suivantes : service de repas, d'aide domestique, de sécurité ou de loisirs.

Les RPA pour personnes semi-autonomes, en plus des services retrouvés dans les RPA autonomes

offrent des services d'assistance personnelle et de soins infirmiers. À Montréal, le coût moyen par mois de location en 2023 pour ces RPA varie entre 2 108 \$ canadiens sans les services et 4 175 \$ avec les services de base (19).

Tableau 7. Descriptif des milieux de vie

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
Domicile	x	x	x	x	x
RPA	x	x	x		
RTF	x	x			
RI			x		
CHSLD				x	x

Source: Béliard, L. et Savard, L. 2019

RTF

Voilà un hébergement alternatif au domicile. Il fait partie de la gamme offerte aux personnes en perte d'autonomie et permet aux personnes âgées de rester le plus longtemps dans la communauté, en offrant des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles du domicile. Ce milieu de vie permet aussi de recevoir les personnes ayant le profil des **Groupes 1 et 2**. Le coût de l'hébergement en RTF est fixé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La contribution financière d'un résident en RTF est établie en vertu des articles 376, 377 et 377.1 du Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (6).

Les RI

Selon l'article 302 de la même loi, la RI est *une ressource intermédiaire, toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence de santé pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition* (7).

Les centres de ressources intermédiaires n'accueillent que les personnes ayant le profil du **Groupe 3**. Ce n'est pas le propriétaire qui fixe le prix; la contribution est établie en vertu du Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources intermédiaires.

CHSLD

Un CHSLD (8) est un milieu institutionnel qui inclut une prise en charge complète de la personne. Les CHSLD jouent donc un rôle crucial dans le système de santé en offrant un environnement sécurisé et adapté aux besoins des personnes âgées en situation de dépendance, tout en leur permettant de bénéficier de soins médicaux appropriés. Ce type d'hébergement s'adresse à une personne en perte d'autonomie qui ne peut pas bénéficier du maintien à domicile. Cette catégorie comporte trois types d'établissement, dont un privé, un privé conventionné et l'autre, en majorité, public. Ils sont tous régis par la Loi sur la santé et les services sociaux. Les personnes correspondant au profil d'un des **Groupes 4 et 5** sont dirigées vers les CHSLD. Dans ce milieu de vie, les résidents ont accès à des médecins, infirmières et autres professionnels de la santé pour des soins réguliers et des traitements médicaux. Des services de réhabilitation sont aussi disponibles : physiothérapie, ergothérapie et autres services visant à maintenir ou améliorer les capacités fonctionnelles des résidents.

CHSLD privé conventionné

Un établissement privé conventionné est administré en PPP. Il existe une entente entre le MSSS et un établissement privé. Une convention est décrite dans la Loi des services de santé et services sociaux. Le bâtiment et le terrain appartiennent au propriétaire privé et celui-ci reçoit un budget d'opération pour son immeuble, le mobilier, le fonctionnement. Les services à fournir à la clientèle doivent être identiques à

ceux du secteur public. Le processus d'orientation en hébergement vers les milieux privés conventionnés relève de la même équipe professionnelle du réseau public.

Cet établissement privé a les mêmes obligations que le CHSLD public sur le plan des services et des soins, des conditions d'admissibilité; et les coûts de l'hébergement sont fixés par le ministère de la Santé. La différence réside dans le fait que le propriétaire est un **particulier** qui détient l'immeuble et un permis lui a été délivré par ledit ministère, qui lui permet d'opérer ces places en hébergement.

CHSLD public

L'article 83 de la Loi des services de santé et des services sociaux définit le centre d'hébergement et de soins de longue durée comme une installation dont la mission [...] *est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage* (8).

Le partenariat intergouvernemental

Cette structure de soins et de services est, croyons-nous, « exportable ». L'approche proposée peut se développer rapidement. Haïti dispose déjà des ressources et du savoir-faire nécessaires pour répondre aux besoins des **Groupes 1, 2 et 3** (domicile, RPA, RTF et RI). En premier lieu, il pourrait les accueillir sans un investissement majeur. Par la suite, le pays de nationalité facilitera l'implantation d'infrastructures plus lourdes pour recevoir à moyen ou long terme la clientèle des **Groupes 4 et 5** (CHSLD), puisque de toute évidence les **Groupes 1, 2 et 3** vont progresser vers eux. Pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins médicaux, l'apport de la technologie par

le télétravail apportera une possibilité d'assistance. Les résidents hébergés en Haïti auraient un statut de « patients géographiquement éloignés » comme les patients situés dans le Grand Nord du Québec. En utilisant la technologie et les réseaux sans fil, la distance n'est plus un obstacle. Bien que la prise en charge soit assumée par Haïti, le patient reste un citoyen canadien avec les privilèges que cela lui confère. Ils pourraient donc bénéficier de la téléassistance et de la téléconsultation pour pallier les lacunes du milieu local. Cette approche offre une occasion de développer le système de santé en Haïti tant par la transmission de l'expertise des professionnels du Canada que par le transfert de matériels utilisés pour répondre adéquatement aux besoins de cette clientèle. Les contrats de PPP pour les RTF, les RI et les CHSLD existent déjà, il reste seulement à les adapter au contexte intergouvernemental. Cela nécessiterait toutefois la ratification d'un nouveau « pacte de santé » entre les gouvernements des deux pays, par lequel le pays de nationalité du citoyen s'engage à assumer sa responsabilité de la même manière qu'il le ferait à l'intérieur de ses frontières et du pays d'accueil, lequel garantit la qualité des soins et services.

Cette proposition de partenariat entre pays d'origine et pays de nationalité est une occasion de développer le système de santé en Haïti. Comme les pays développés utilisent l'immigration comme vecteur économique en dépossédant les pays sous-développés de leur force vive (les personnes âgées de 15 à 65 ans), ce serait un juste retour pour Haïti d'utiliser l'émigration pour faciliter leur développement économique.

Conclusion

Tel un être humain souffrant de problèmes de santé affiche une non-productivité, un pays dont le système de santé est déficient maintiendra un statut de sous-développement. La santé est un pilier fondamental du développement économique d'un pays. Un système

de santé solide permet non seulement d'améliorer la qualité de vie des citoyens, mais aussi de favoriser la productivité et la croissance économique. Haïti, comme beaucoup d'autres contrées, a un potentiel énorme, et investir dans la santé pourrait véritablement transformer son avenir. Nous souhaitons vivement que cette proposition éveille la conscience des décideurs et des personnes d'influence et que des actions concrètes soient mises en place pour la rendre possible. Cela pourrait effectivement marquer le début d'un changement significatif.

Cette approche a déjà été pensée et même expérimentée ailleurs dans le monde. Le Japon est aux prises depuis quelques décennies avec un vieillissement rapide de sa population et un déclin démographique. Sa population est la plus vieille au monde. Pour relever le défi de gouvernance, les autorités ont opté pour le déplacement des aînés dans les campagnes. Suivant les études sur le sujet, l'objectif visé par cette orientation fut de « stimuler la consommation régionale et maintenir des emplois dans le milieu receveur ». Selon les projections, ce que vit le Japon guette plusieurs autres pays développés. C'est un sujet complexe, mais qui mérite d'être exploité davantage pour comprendre toutes ses implications.

Pour évaluer la viabilité de ce projet impliquant Haïti, Canada et la diaspora haïtienne, il est essentiel d'analyser les intérêts de chaque partenaire.

1. Haïti (pays hôte) : amélioration d'infrastructures.
2. Canada (pays en situation transitoire) : répondre à des enjeux démographiques.
3. Diaspora haïtienne (clientèle) : retourner dans son pays d'origine, contribuer à son développement, vivre dans un cadre de vie plus adapté à ses besoins.

Un projet pilote est de mise pour surmonter les défis potentiels. Notre proposition concerne à la fois le pays hôte (Haïti) et le pays en situation transitoire (Canada). Les deux pays,

pour assurer le succès du projet, devront arrimer leurs objectifs et mettre en œuvre un plan commun d'application et de réalisation concrète. Ce plan devra notamment tenir compte de certains paramètres sociaux, mais aussi politiques et économiques, qui permettront d'en assurer la viabilité et de favoriser une certaine pérennité. Ce défi et projet de taille est dans le camp des décideurs d'Haïti, nous les invitons à prendre l'initiative d'y donner suite.

Références

1. Arcand, M., et Hébert, R. 1997. Précis pratique de gériatrie. Montréal, EDISEM, xvii-1221 pp.
2. Aubin, F. 2024. La crise des soins de santé et l'insanité de Québec. Courrier des lecteurs, *Les affaires*. [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.lesaffaires.com/dossiers/science-recherche-et-developpement-durable-2024-2/la-crise-des-soins-de-sante-et-linsanite-de-quebec-3/>>
3. Béliard, L., et Savard, L. 2019. Vieillir à la bonne place : le choix d'un milieu d'hébergement, les étapes, les enjeux. Montréal, Éditions Trécarré, 256 pp.
4. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. (2015). La grille d'évaluation SMAF. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.demarchesmaf.com/fr/outils/grille/>
5. Consortium national de formation en santé (s. d.). Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Disponible sur : <<https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-autonomie-pour-les-activites-quotidiennes/systeme-de-mesure-de-l-autonomie-fonctionnelle-smaf>>
6. Gibbard, R. 2018. Veiller aux besoins en matière de soins de santé de la population vieillissante. Ottawa, Le Conference Board du Canada. [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.cma.ca/sites/default/files/201811/Conference%20Board%20of%20Canada>>
7. Loi sur les services de santé et les

- services sociaux. Légis Québec (à jour au 1^{er} mai 2024), S-42., art. 376, 377 et 377.1.
8. LSSS, Légis Québec, 1^{er} mai 2024, S-4.2, article 302.
 9. LSSS, Légis Québec, 1^{er} mai 2024, S-4.2, article 83
 - 10.OMS. 2001. Cinquante-cinquième assemblée mondiale de la santé A55/5. Point 13.1 de l'ordre du jour provisoire, 23 avril 2002. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS. Rapport du Directeur général. [En ligne]. Disponible sur : <https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fa555.pdf>
 - 11.Québec. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. 2024. Trouver un médecin de famille. [En ligne]. Disponible sur : <<https://ciusssmcq.ca/soins-et-services/trouver-un-medecin-de-famille/>>
 - 12.Québec. Données sur le système de santé québécois et ses services. Situation dans les urgences au Québec. Dernière mise à jour : le 11 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur : <<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/situation-urgences>>
 - 13.Québec. Ministère de la Famille, Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique. 2018. Les aînés du Québec : quelques données récentes, 2^e édition. Direction des communications, Ministère de la Famille. [En ligne]. Disponible sur : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>>
 - 14.Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. 2001. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. [En ligne]. Disponible sur : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-702.pdf>>
 - 15.Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. 2005. Un défi de solidarité : les services offerts aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010. [En ligne]. Disponible sur : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-830-01.pdf>>
 - 16.Québec. Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille et ministère de la Santé et des Services sociaux. 2018. Un Québec pour tous les âges : Le Plan d'action 2018-2023. Direction des communications du ministère de la Famille. [En ligne]. Disponible sur : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS-18.pdf>>
 - 17.Réseau des services intégrés et système d'évaluation : outil d'évaluation multicientèle. [En ligne]. Disponible sur : <<https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?enc=Jm0sBuXfp24=>>>
 - 18.Statistique Canada. 2022. *Le Quotidien*. Faits saillants. Un nombre record de personnes près de la retraite. [En ligne]. Disponible sur : +<<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427a-fra.htm>>
 - 19.Statistique Canada. 2024. Produits analytiques, Recensement de 2021. Disponible sur : <<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/index-fra.cfm>>
 - 20.St-Eloy, K. (2023). Combien coûte un loyer en résidence pour aînés (RPA) en 2023 ? *Bonjour Résidences*. Disponible sur : <<https://bonjourresidences.com/ressources-utiles/combien-coute-un-loyer-en-residence-pour-aines-rpa-en-2023/>>