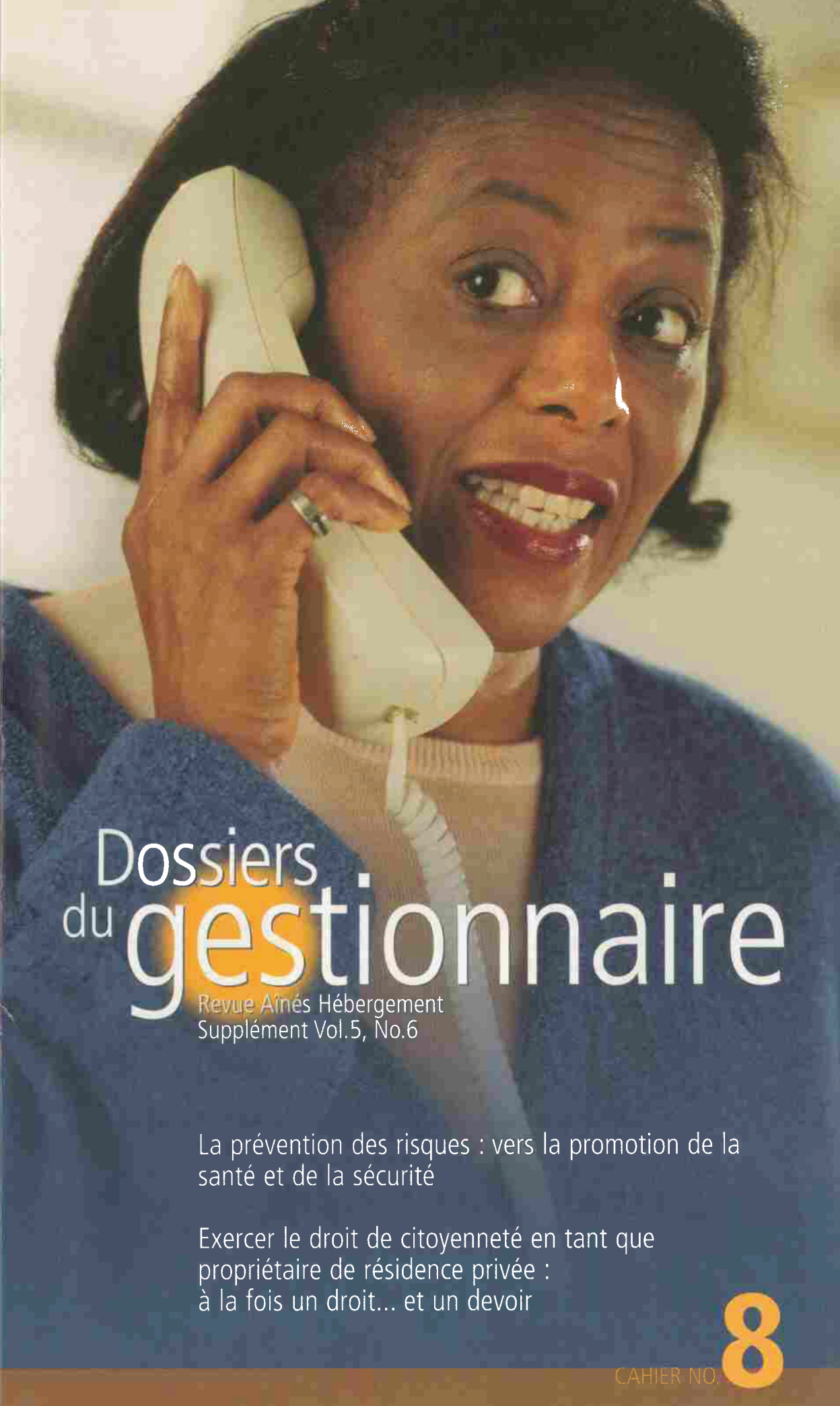




Dossiers du **gestionnaire**

Revue Aînés Hébergement
Supplément Vol.5, No.6

La prévention des risques : vers la promotion de la
santé et de la sécurité

Exercer le droit de citoyenneté en tant que
propriétaire de résidence privée :
à la fois un droit... et un devoir

La prévention des risques : vers la promotion

Par Pierre Tardif

Il semble de bon ton, par les temps qui courent, de parler de la sécurité des personnes âgées dans les résidences privées et les CHSLD, en pointant ceux qui, dans un passé plus ou moins récent, ont péché en ce sens. Mais lorsque vient le temps d'aborder la question sous l'angle de la prévention, la notion de sécurité doit être considérée dans toutes ses dimensions pour en saisir, disons, les règles de base propres à un milieu et à des individus donnés.

Heureusement, il existe un site Internet qui fait le tour de la question de façon très complète¹. Nous y avons puisé l'essentiel de notre information (sans toutefois en faire le tour...). S'y ajoute une entrevue avec l'un de ses maîtres d'œuvre, le professeur Louis Plamondon, de l'Université de Montréal.

La nature complexe du handicap

Le professeur Plamondon donne l'exemple d'un individu (peu importe l'âge ou le sexe) qui souffre d'une déficience organique, qu'elle soit « réelle » (directement visible, perceptible) ou « virtuelle » (c'est-à-dire qu'on ne voit pas de preuve de lésion, comme la perte de l'ouïe); cette situation mène nécessairement à une limitation des aptitudes, voire à des incapacités. À ces caractéristiques personnelles s'ajoutent celles de l'environnement, auquel cet individu doit se mesurer. Ce dernier peut donc en venir à vivre une situation de handicap qui, du fait de l'interaction de ses caractéristiques personnelles avec l'environnement, peut devenir très complexe à saisir. Ainsi, disons que notre individu est devant le Palais de justice; il s'agit donc d'une victime (il doit se rendre au tribunal) et il se déplace en fauteuil roulant. Ajoutons que le l'édifice ne comporte pas de rampe d'accès. Alors comment analyser la situation ? Est-on en présence d'une limite environnementale ? d'un problème juridique (puisque l'individu n'a pas accès à la justice) ? d'éthique ? d'architecture ? Est-ce son problème ?

Et pourtant, s'il y avait une rampe d'accès devant le bâtiment, l'individu s'y rendrait exactement comme s'il n'était pas handicapé ! Ainsi, parmi

les limites et les incapacités, certaines rendent plus vulnérables face au danger, tout comme l'environnement. La vulnérabilité renvoie donc à une limite de capacité qui provoque une baisse de compétences par rapport aux événements dangereux. C'est ainsi que des chercheurs parlent non pas de handicap mais plutôt de « Processus de production de handicap ». Imaginez-vous un schéma en trois parties qui correspondent aux facteurs personnels (qui se composent des systèmes organiques et des aptitudes), environnementaux et aux habitudes de vie, et où chacune des parties est reliée aux autres... et vous aurez une idée de cette dynamique².

Pour Louis Plamondon, « en hébergement pour personnes âgées, par exemple, il faut d'abord connaître la vulnérabilité de ces gens; et c'est là qu'on se rend compte que les clients ne sont pas égaux. Ensuite, il faut évaluer dans l'environnement les risques qui sont présents en fonction de ces vulnérabilités. Toute la question est alors de déterminer les protocoles de façons de faire en se posant la question suivante : qu'est-ce qui peut être fait autrement pour réduire la production d'événements néfastes (y compris, mais pas uniquement, la maltraitance) sachant qu'il y a des risques qu'on ne peut éviter ? Un hôpital, par exemple, peut-il éviter la pratique de la chirurgie, la réception des gens malades, les personnes contaminées comprises ? »

Une grille pour évaluer les vulnérabilités... et les facteurs de risques qui en découlent

Il convient de souligner l'originalité de la démarche de Louis Plamondon et de ses collaborateurs quand vient le temps d'évaluer les incapacités : « Pour nous, la vulnérabilité est associée à des incapacités, à des limites. Donc, on peut dire que si on évalue les limites des personnes dans cette optique, on commence déjà à évaluer leurs vulnérabilités. » Cette démarche ne s'inscrit donc pas dans une démarche « classique » d'évaluation des incapacités « dont le but est essentiellement de

de la santé et de la sécurité

savoir ce qu'un individu est capable de faire et de ne pas faire, sans nécessairement associer les résultats à la probabilité de danger qui y sont inhérents, tandis que nous on regarde la même chose, mais au regard d'une valeur de prévention à déterminer. »

Le professeur Plamondon et son équipe ont donc créé une grille spécialement conçue dans un but de prévention. On peut consulter cette grille sur le site du RIFVEHⁱⁱⁱ. On y apprend que « ce qui importe, c'est de savoir mesurer les limites d'une personne telle que vous les percevez dans ses actions et dans son environnement ou ses activités de la vie quotidienne, dans ses relations avec vous ou avec les autres. Le cas de chaque client évalué est analysé en équipe. Ainsi, par les multiples items qu'elle renferme (18 items comme l'âge, les limites psychologiques et de motricité, etc.), cette grille se veut apte à décrire les différentes situations de vulnérabilité. Et « quand un individu rassemble environ le tiers des éléments, note-t-il, on devrait regarder de plus près dans l'histoire de cette personne et voir s'il n'y aurait pas des événements associés », souligne notre interlocuteur.

Pour ce faire, il souligne la pertinence qu'il y aurait à utiliser de façon systématique les grilles de signalement d'événements qu'on trouve notamment dans les salles d'opération. Il serait donc possible d'effectuer un lien entre les conclusions d'une évaluation des vulnérabilités et certains événements néfastes qui auraient pu avoir lieu.

Cette grille s'applique bien sûr à tous les types de vulnérabilités. Et dans le cas des personnes âgées, le professeur Plamondon est en mesure de relever les éléments de vulnérabilité qui ressortent le plus fréquemment de ses évaluations; ce sont les limites « pour expliquer une situation », « au plan des résistances physiques », « au plan de la résistance psychologique », des difficultés « dans l'expression des émotions » et « dans les relations avec l'autorité », « se soumet facilement » et « manifeste une confiance excessive à autrui ».

Voilà autant d'éléments qui sont pour la plupart liés à des problèmes de communication, très fréquents chez les personnes âgées, « tandis que dans le monde du handicap, fait remarquer Louis Plamondon, les gens circulent, ce n'est pas une prise en charge de trois heures-soins. Il y a des sorties, des entrées, de la circulation dans d'autres établissements, etc. » Par exemple, les personnes handicapées manifestent moins souvent « une confiance excessive à autrui » que les aînés en institution.

Ainsi, après avoir évalué les personnes vulnérables et les risques inhérents à leur situation (personnelle et par rapport à l'environnement), des mesures de prévention pourront être prises par l'institution. Et comme les milieux de victimisation sont variés, le professeur Plamondon projette de créer de petits outils d'évaluation, pour chaque milieu. On y trouverait la détermination des facteurs de risque et de sécurité au recto et au verso d'une fiche.

De la vulnérabilité à la victimisation, un pas à ne pas faire

Pour l'Organisation mondiale de la santé, la sécurité est « un état résultant d'un équilibre dynamique qui s'établit entre les différentes composantes d'un milieu de vie donné. Elle est le résultat d'un processus complexe où l'être humain interagit avec son environnement. Par environnement, nous entendons non seulement l'environnement physique, mais également les environnements culturel, technologique, politique, social, économique et organisationnel^{iv}. »

Ce schéma s'adresse donc à tous, et il nous amène à considérer la personne âgée de façon bien particulière, en la replaçant dans son environnement. Or les « milieux de victimisation » sont les suivants : « les lieux de vie de la personne » (incluant les résidences de type familial et les ressources intermédiaires), « les établissements de services et de soins de la santé » et les « milieux de prise en charge avec hébergement ». Et à chacun de ces milieux correspond un certain nombre d'abus « typiques », qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Donnons simplement l'exemple de l'agression verbale chronique pour les deux premiers milieux, et pour le troisième, la négligence des soins d'hygiène^v.

L'exigence de sécurité a amené Louis Plamondon et son équipe à décrire précisément les éléments impliqués dans une vie sécuritaire ou non sécuritaire. Trois éléments sont à considérer : 1) les situations sécuritaires et néfastes, 2) les facteurs personnels (qui sont l'autoprotection et la vulnérabilité), et enfin 3) l'environnement (qui peut être un facteur de protection ou de risque selon le cas)^{vi}.

On comprendra donc que pour le professeur Plamondon les notions de violence, d'abus et de maltraitance devraient être considérées d'abord et avant tout comme des « événements néfastes », c'est-à-dire dans la globalité du phénomène, « parce que, souligne-t-il, les gens se sentent rapidement culpabilisés quand on discute de ces sujets-là. Pourtant, le fait de prendre en charge des gens très vulnérables rend la probabilité d'événements néfastes très élevée, c'est bien connu. »

De plus, il convient d'ajouter que ces événements néfastes ne sont pas toujours intentionnels comme dans le cas des résidences privées. Donc, lorsqu'on parle d'événements néfastes, il faut considérer aussi que les victimisations peuvent être aussi importantes même sans intention. Alors a-t-on affaire à une négligence volontaire ou non ? Le professeur Plamondon donne l'exemple du cas des contaminations en milieu hospitalier : « Certaines sont le résultat de lacunes de processus, d'autres de négligences involontaires, d'autres enfin sont des négligences volontaires, comme dans le cas d'une personne qui ne suivrait pas les consignes, sous-estimant le danger. C'est pour ça, souligne le professeur Plamondon, que nous parlons dans nos travaux de la promotion de la santé et de la sécurité des personnes et des milieux. »

Une exigence de sécurité sans cesse à construire

Mais tout ce savoir patiemment accumulé sur les modalités de création d'environnements plus sécuritaires, est, selon l'expression de M. Plamondon, très « relative », en ce sens que certaines variables sont très documentées, alors que d'autres ne le sont pas. Par exemple, l'un des cas documentés par son équipe et lui concerne la question du conflit de consignes comme risque

fréquent; ne pas respecter une consigne est ainsi dangereux.

Toute cette démarche revient donc aux principes suivants : il faut 1) évaluer la vulnérabilité et 2) évaluer les risques présents. La grille d'évaluation aurait donc un but préventif, la démarche d'évaluation visant à réduire les risques au moyen de mesures concrètes, comme disposer plus judicieusement les patients entre les étages et sélectionner le personnel le plus qualifié pour les soins des plus vulnérables. Ceci aurait en outre l'avantage de favoriser la communication entre les patients et les employés. (Les problèmes de communication sont fréquents chez les personnes âgées, comme on l'a vu; songeons simplement aux chutes.) Il faudrait également faire appel à la famille ou au représentant légal de la personne hébergée. Voilà autant de questions parmi tant d'autres qui concourent, sinon à faire disparaître le risque (nous savons que c'est impossible), du moins à en réduire la portée.

Il est significatif de rappeler qu'à la suite de l'évaluation de 500 personnes par le professeur Plamondon et son équipe, on demanda aux évaluateurs s'ils étaient capables d'associer un danger à certains types de vulnérabilités, et quels étaient les risques lors d'un événement donné. Bien au-delà de la vulnérabilité, cette méthode s'étendait à tous les éléments de risque, comme un conflit de consignes des employés. Puisque le risque sera toujours présent, la prévention consiste donc, grâce aux connaissances acquises, à faire en sorte de limiter cette part de risque dans les situations où il peut s'étendre, et le confiner en un lieu le plus loin possible de nous !

i Il s'agit du Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL), que l'on peut atteindre à l'adresse suivante : www.fep.umontreal.ca/violence/. Sur ce site, nous avons consulté la section intitulée « Réseau Internet Francophone Vulnérabilité et Handicap » (RIFVEH). Tous les textes qui suivent proviennent de cette section.

ii Nous sommes conscient de ne pas rendre compte de toute la complexité du concept. Pour plus de détails, consulter le texte intitulé « Le cadre conceptuel » dans la section « Vivre en situation de handicap ».

iii « Objectifs et modalités de la grille d'évaluation de la vulnérabilité », dans la section « Qu'est-ce que vivre en sécurité ». La « Grille d'évaluation de la vulnérabilité » se retrouve également dans cette section.

iv Cité dans la section « Qu'est-ce qu'une vie sécuritaire », le texte sur le référentiel RIFVEH.

v Pour plus de détails, voir dans la section « Reconnaître la violence », le texte « Les milieux de victimisation ».

vi Voir dans la section « Qu'est-ce qu'une vie sécuritaire » le texte sur le référentiel RIFVEH.

Exercer le droit de citoyenneté en tant que propriétaire de résidence privée : à la fois un droit... et un devoir ?

Par Pierre Tardif

« (...) je crois que si la tendance se maintient, le XXI^e siècle sera le siècle d'un quatrième droit, qui sera le droit à l'évaluation critique. Pour plusieurs raisons. Je n'en énumère que deux : la première, c'est que nous sommes plus que jamais des consommateurs, et des consommateurs de services. Et parce que nous sommes des consommateurs de services, nous allons de plus en plus évaluer ces services, comme des produits. (...) Deuxièmement, nous sommes malgré tout engagés dans une société que l'on peut caractériser par sa réflexivité, c'est-à-dire une société qui a appris de plus en plus à réfléchir sur elle-même. »

Ces mots sont ceux du sociologue Guy Rocher, prononcée à l'occasion du 10^e colloque du Conseil de la santé et du bien-être. Mais nous pourrions ajouter que cette société « réflexive » en est une qui vieillit, et que de nombreux citoyens sont ou iront habiter dans des résidences privées.

La réalité des résidences privées vue comme une expérience positive et significative

Dans de précédents articles, nous avons donné la parole aux gestionnaires et propriétaires de résidences pour personnes âgées, pour tenter par exemple de comprendre les conséquences de changements dans une résidence, tant sur le plan des normes à appliquer que de la réorientation parfois inévitable du personnel¹. Par ailleurs, on a vu comment les idées personnelles d'un gestionnaire pouvaient influencer ses pratiques de gestion et sur l'organisation d'une résidence privée². Enfin, certains nous ont rappelé la difficulté qu'ils avaient, parfois, à veiller sur certains résidents, devenus trop lourds pour leur ressource, tandis que d'autres résidents, pourtant en meilleure santé, portaient « trop vite » en CHSLD³.

On peut donc conclure que les propriétaires et les gestionnaires de résidences pour personnes âgées présentent des similitudes, fondées sur leur expérience, qui transcendent parfois l'esprit

de compétition qui les anime. Ils sont des témoins importants de notre système de santé et, à bien des égards, des rouages d'une grande valeur. Et l'on conviendra que dans une contexte d'évaluation du système de santé, les propriétaires et les gestionnaires de résidences privées ont voix au chapitre, et ce, au moins à trois titres : 1) en tant que consommateurs du système, 2) en tant que propriétaires ou gestionnaires hébergeant des citoyens, afin de donner leur avis sur l'aide nécessaire, sur les critères de qualité, etc., et 3) du fait de la perméabilité des secteurs privé et public (songeons par exemple aux ressources intermédiaires, ou simplement au fait que des résidents nécessitant des services d'un CHSLD se retrouvent souvent dans le secteur privé...).

Qu'est-ce qu'un citoyen ?

Le présent article cherche donc à cerner le propriétaire ou le gestionnaire de résidence privée en tant que citoyen. Un colloque a eu lieu récemment sous les bons soins du Conseil de la santé et du bien-être (CSBE). En particulier, la conférence de Guy Rocher, citée plus haut, nous apprend qu'à la suite des deux grandes révolutions du XVIII^e siècle (la française et l'américaine), « ces citoyens avaient maintenant des droits, en même temps que des privilèges, des droits qui sont devenus des droits subjectifs dont on parle aujourd'hui. Et avec cette nomenclature nouvelle, ce qui est important, c'était que le citoyen se voyait accorder une identité politique nouvelle. » (p. 2.)

Par ailleurs, Guy Rocher rappelle qu'un citoyen peut exercer trois grands droits : le droit civil, le droit politique (incluant les droits d'association et de vote) et les droits sociaux. Ainsi, conclut le conférencier, « la notion de citoyenneté maintenant associée à ces trois sortes de droit veut dire qu'on est citoyen dans la mesure où, dans une société, on peut bénéficier des ressources de cette société pour le développement de la personne par son milieu, et avec le milieu. C'est dans ce sens que la citoyenneté est devenue une notion humaniste.

C'est une notion qui est fondée sur l'humain et non pas seulement sur le juridique. » (p. 3), comme le fait par exemple M. Bouffard (voir la note 2), sensible aux besoins de ses résidents, qu'il ne veut absolument pas isoler de la collectivité.

La nature des rapports avec les institutions publiques

Toujours selon Guy Rocher, les rapports avec les institutions publiques sont de trois ordres (p. 5). D'une part, ils sont « fonctionnels et occasionnels », et par là même, note-t-il, passablement impersonnels. Ils sont d'autre part « dissymétriques », puisqu'ils instaurent un rapport de pouvoir au sein duquel le citoyen se trouvera plus ou moins diminué selon son niveau d'éducation, son âge, etc. D'où ces gestionnaires qui accompagnent parfois des résidents pour une visite à l'hôpital, ou ces rapports qu'ils entretiennent avec leur CLSC, qu'il faut maintenir cordiaux sous peine de recevoir moins de services... Et enfin, le troisième rapport en est un d'incertitude : on ne sait généralement pas où s'adresser, les règles changent sans cesse, nous sommes perdus dans un labyrinthe.

On peut faire ici un parallèle avec le milieu des résidences privées, comme cette confusion que d'aucuns voient entre les résidences de neuf résidents et moins et les ressources de type familial (RTF). Force est de constater que lorsqu'on appelle à Revenu Québec pour un éclaircissement, les réponses données ne sont pas toujours bien claires et contribuent à une méconnaissance qui peut être lourde de conséquences !

L'acte d'évaluer, une fonction « naturelle » des citoyens ?

Le gestionnaire est donc comme tout autre citoyen un « patient bénéficiaire » et un « agent consommateur actif », comme le dit Léonard Aucoin dans une autre conférence, mais il est aussi celui ou celle qui héberge d'autres citoyens.

Le gestionnaire a donc une bonne raison d'évaluer le système de santé ! Pour Léonard Aucoin, notre penchant à évaluer le système de santé s'explique entre autres par le fait que nous consommons de plus en plus de services de santé, que le système semble agir moins sur l'état de santé que des facteurs tels que les

habitudes de vie, socio-économiques, etc. Il y a aussi l'évolution technologique et les questions éthiques qui en découlent (voir p. 3-6 de sa conférence).

Par ailleurs, pour réaliser l'évaluation, les grandes enquêtes tiennent compte des éléments suivants : l'accessibilité, la pertinence (en fonction des pratiques adéquates), l'efficacité, l'efficience (c'est-à-dire évaluer les ressources nécessaires pour arriver à un résultat), la réactivité (soit comment faire en sorte que le système réponde aux besoins des gens), l'équité, la durabilité, la capacité d'adaptation (voir p. 8-10 de sa conférence).

Mais au-delà de ces grandes enquêtes, le gestionnaire se sent nécessairement interpellé en tant que citoyen, entre autres pour les raisons décrites plus haut. Or voilà 10 ans maintenant que le Conseil de la santé et du bien-être agit auprès des citoyens avec pour mission « de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats » lit-on sur le site du CSBE. Démarche essentielle, soulignait Mme Hélène Morais, présidente, durant l'entrevue qu'elle nous a accordée.

De l'information pertinente pour donner des avis éclairés

On critique souvent le système de santé, mais sans toujours avoir les moyens de l'évaluer. Lorsque les débats publics font état par exemple de financement, des listes d'attente ou des soins aux personnes âgées, rares sont les gens qui peuvent avoir une vision d'ensemble de la situation. On a beaucoup d'information sur plusieurs sujets, provenant de la recherche, de rapports, d'articles de journaux et de revues. Mais cette vision d'ensemble, qui permet de faire des liens et de comprendre, quand une situation particulière se présente, en quoi elle peut s'expliquer par tel ou tel phénomène, cette vision n'est vraiment pas disponible ici, au Québec. L'Angleterre, par exemple, s'intéresse à cette problématique, et le Canada s'est aussi penché sur la question, dans un but de transparence.

C'est pour cette raison qu'un projet de loi a récemment été déposé pour créer un poste de Commissaire à la santé et au bien-être, dont la grande responsabilité, selon Mme Morais,

serait « de fournir à la population des informations qui vont l'aider à comprendre les grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux », ce qui est « un enjeu central de soutien à l'exercice de la citoyenneté selon nos termes ». Or le CSBE, « comme d'autres conseils au sein du gouvernement (par exemple le conseil de l'éducation et le conseil de la famille et de l'enfance) est une instance que nous appelons une table citoyenne ; elle est composée de 23 membres qui sont des experts, des intervenants, des médecins, des chercheurs ainsi que des citoyens impliqués dans leur milieu, dans des groupes communautaires », tous rassemblés afin de recommander au ministre les meilleures façons d'améliorer le bien-être et la santé de la population.

Il y a donc beaucoup du Conseil dans les attributions du Commissaire. Mais, souligne Mme Morais, « l'intention originale du gouvernement était de créer une fonction qui soit identifiable à une personne et non à un groupe ». Par ailleurs, le Commissaire se verra vraisemblablement octroyer les pouvoirs d'une commission d'enquête, ce dont ne bénéficie pas le CSBE, « ce qui bien sûr confère une crédibilité plus grande lorsque l'on doit se prononcer sur le fonctionnement du système et sur ce qui explique ses difficultés », admet notre interlocutrice.

Deux idées en plus

Mais deux recommandations ont été faites par le CSBE : la première, dit Mme Morais, est « que le Commissaire soit soutenu par une table citoyenne, composée d'un groupe représentatif de gens provenant de différents milieux. Le système est tellement complexe, avec en plus des jeux de pouvoir et de valeurs qu'on se disait qu'une personne seule peut difficilement en arriver à porter un jugement global, à moins d'être un dieu ! »

Il pourrait donc y avoir aux côtés du Commissaire une « table citoyenne », un groupe capable de travailler sans défendre des intérêts partisans, mais plutôt en vue du bien commun. « Ce ne serait pas un groupe ad hoc, que l'on réunit à un moment donné, mais plutôt un groupe qui crée une continuité dans son action et ses réflexions, lesquelles sont fondées sur plusieurs sources d'information : les rapports de recherche, mais également la consultation d'intervenants provenant de

différents milieux. » de dire Madame Morais, et cette table citoyenne serait le lieu d'un échange constant, car « la délibération pour nous a une valeur en soi; il s'agit de débattre, de faire certains arbitrages, à l'aide de différents points de vue, de différents intérêts, afin de rapporter ultimement au ministre et au gouvernement la vision de la société sur une question donnée ».

La seconde suggestion du Conseil serait de rattacher le Commissaire à la fois à l'Assemblée nationale (qui le nommerait) et au ministre de la Santé (d'où proviendrait son budget). Il devrait en outre rendre des comptes aux deux, le ministre de la Santé devant déposer les rapports du Commissaire à l'Assemblée nationale.

Voilà, de façon très résumée, les idées du CSBE en ce qui concerne le Commissaire. Pour plus de détails sur les attributions de ce dernier, on peut consulter le rapport qu'il a produit en attendant la suite de ce projet de loi 387... tout en gardant à l'esprit cette recommandation du CSBE que rappelle Mme Morais : « Nous, on dit que la loi devrait prévoir une obligation, dans les responsabilités pour le Commissaire, de consulter la population, non pas en tant qu'un pouvoir, mais en tant qu'un devoir. » C'est alors que le gestionnaire pourrait se lever et... parler!

i ROCHER, Guy. « Les relations entre les Québécoises et les Québécois et leurs institutions publiques », conférence prononcée le 8 décembre 2003 à l'occasion du colloque « Comment faire mieux pour apprécier à sa juste valeur les systèmes de services de santé et de services sociaux ? », organisé par le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE). Les actes du colloque sont disponibles sur le site du Conseil : www.csbe.gouv.qc.ca (passage cité p. 7).

ii TARDIF, Pierre. « Gérer le changement dans une résidence de personnes âgées », Dossiers du gestionnaire, cahier no 3 (supplément de Revue Aînés Hébergement, vol. 5, no 1, 2004), p. 6-7.

iii TARDIF, Pierre. « Le plaidoyer de M. Bouffard contre l'isolement des personnes âgées en résidence privée, ou le témoignage d'un gestionnaire engagé », Dossiers du gestionnaire, cahier no 5 (supplément de Revue Aînés Hébergement, vol. 5, no 3, 2004), p. 5-8.

iv TARDIF, Pierre. « Garder ou non les indésirables : entre le bon sens et la charité, le cœur balance », Dossiers du gestionnaire, cahier no 3 (supplément de Revue Aînés Hébergement, vol. 5, no 3, 2004), p. 2-5.

v TARDIF, Pierre. « tes-vous propriétaire d'une RTF, oui ou non ? » Dossiers du gestionnaire, cahier no 1 (supplément de Revue Aînés Hébergement, vol. 4, no 5, 2003), p. 7-8.

vi AUCOIN, Léonard. « Expériences d'ici et ailleurs, et leçons à tirer pour le Québec », conférence prononcée le 9 décembre 2003 à l'occasion du colloque du CSBE (voir note 1), passage cité p. 6.

vii Conseil de la santé et du bien-être. « Mémoire sur le projet de loi 38 instituant le Commissaire à la santé et au bien-être », 20 février 2004 (disponible sur le site du CSBE).

Vous voulez **vendre** *un centre d'hébergement ?*

Faites confiance à un négociateur spécialisé



Richard Perreault

est un négociateur professionnel en vente et en achat de résidences pour personnes âgées

Son objectif consiste à dépasser les attentes de sa clientèle en effectuant des transactions supérieures

Sa promesse: la plus grande confidentialité qui soit et des résultats assurés !

Voici ce que **Richard Perreault**, agent immobilier affilié, vous offre :

- 15 années d'expérience dans le milieu de l'hébergement pour personnes âgées au Québec et à l'étranger,
- La reconnaissance professionnelle de ses pairs,
- Un suivi constant et personnalisé durant toutes les étapes de la transaction,
- Une réflexion soutenue sur l'évolution du milieu de la santé
- Et plus encore...



- Vente/achat
- Recherche de partenaires/associés
- Recherche d'investisseurs silencieux ou actifs
- Vente totale ou partielle
- Conversion d'immeubles en résidence pour aînés
- Consultation
- Recherche de financement
- Développement de sites

- COMPLEXE DE RETRAITÉS AVEC OU SANS SERVICES
- CHSLD
- RESSOURCE INTERMÉDIAIRE
- RÉSIDENCE DE CHAMBRES ET DE PENSIONS (studio) POUR AÎNÉS

CECI N'EST QU'UN APERÇU DE NOS SERVICES !

Richard Perreault

Agent immobilier affilié, spécialisé
en établissement d'hébergement pour personnes âgées
rp@aineshebergement.com

RE/MAX Montréal-Métro inc.
13 150, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1A 4B1
Téléphone : (514) 644-4444 - Télécopieur : (514) 644-9722

