Dossiers du Gestionnaire

Le vieillissement d'une région à l'autre, et entre ville et campagne Réflexions sur le système de santé

et sur la santé du système

CAHIER NO.

Le vieillissement d'une région à l'autre, et entre ville et campagne

Par Pierre Tardi

Bien sûr, les résidences pour aînés sont pour ainsi dire enracinées dans une région donnée, laquelle présente des caractéristiques culturelles, socioéconomiques et démographiques qui lui sont propres. Comment alors se situer en tant que gestionnaire ?

S'adressant d'abord et avant tout aux gestionnaires et propriétaires de résidences pour aînés, cette petite revue se devait d'aborder, même en l'effleurant, la problématique de la « régionalitéⁱ ». En effet, tous les gens impliqués d'une façon ou d'une autre dans le système de santé ou dans l'hébergement pour aînés ressentent profondément à quel point ils sont tributaires du milieu dans lequel ils sont en tant que gestionnaires de résidences.

À titre d'exemple, soulignons simplement la démarche de Richard Perreault, agent immobilier spécialisé dans la vente et l'achat de résidences privées, qui se mue souvent en conseiller en produisant notamment des études de marché pour ses clients. Dans ces études, il tente justement d'établir l'adéquation entre la situation socio-démographique d'une région donnée et les ressources de la résidence à favoriser afin de permettre son intégration maximale dans le marché local. Cet exemple démontre qu'il est souvent illusoire de concevoir la gestion d'une résidence donnée en oubliant les données régionales."

La régionalité : une réalité à considérer

On parle de « régionalité » parce que « les comportements des gens âgés résidant en région sont attribuables à la façon dont ils se sont adaptés à leur environnement physique et social. Or ce rapport écologique entre la localité de résidence et les comportements constitue ce que nous appelons la « régionalité ». Celle-ci peut être définie plus précisément comme la manière dont un milieu donné – en l'occurrence la région –

module la culture, le « caractère » et la façon d'être des gens qui y vivent. La régionalité devient ainsi une dimension de la condition humaine au même titre que l'ethnicité, par exempleⁱⁱ ».

L'ouvrage de Marc-André Delisle, d'où sont tirés ces passages, traite entre autres choses des « relations familiales et sociales » (chapitre III), de « la participation sociale et les loisirs » (chapitre IV) et des « besoins des aînés et leur utilisation des services sociosanitaires » (chapitre VI).

Pour s'en tenir à la question géographique, concernant les transports, il rappelle que « les personnes âgées demeurant en région qui n'ont pas de moyen de transport adéquat défavorisées » particulièrement (Delisle, p. 115). Et tout dépend, du moins en partie, du réseau social, notamment des liens familiaux (et surtout de l'accès aux enfants qui peuvent aider) dont on sait qu'ils semblent plus forts qu'en ville, bien que si « (...) la parenté réelle est trop éloignée géographiquement et/ou socialement, ses membres ne sont plus des individus significatifs pour les personnes âgées » (Delisle, p. 59).

Quant à l'accessibilité aux soins, l'auteur souligne que « (...) l'utilisation des services médicaux croît avec leur disponibilité et que de façon générale, ils sont moins accessibles en région que dans les grands centres urbains » bien qu'il pense qu'il soit possible pour une personne âgée de surmonter ce handicap en s'y prenant d'avance ou en utilisant l'urgence (Delisle, p. 117).

Les villes et les régions : deux univers différenciés ?

Ainsi, Marc-André Delisle se demande si le vieillissement dans les campagnes se distingue du vieillissement dans les villes, réflexion qui, bien sûr, ne sera pas résolue ici. Cette question n'en est pas moins pertinente

pour une réflexion concernant les résidences pour personnes âgées, car « (...) quand un problème se pose dans un seul milieu, il n'a pas la même signification que s'il est généralisé. Le cas échéant, les agents sociaux opérant dans les régions concernées ont davantage à se concerter dans la recherche de solutions. De même, si les aînés des régions sont différents de ceux des grands centres urbains, il faut développer des modes d'intervention particuliers. » (Delisle, p. 127). En fait, quiconque travaille dans une résidence doit faire face aux exigences de sa région telles que la proximité des lieux publics, des hôpitaux, le transport, etc. Du reste, les propriétaires à qui nous avons parlé à diverses occasions semblent posséder cette « sensibilité régionale », et notamment en ce qui a trait aux besoins des personnes âgées. Il n'est pas surprenant que plusieurs d'entre eux nous disent que leur liste d'attente est bien fournie, tandis que ceux pour qui ça va moins bien, tout est mis de l'avant pour les attirer.

Mais pour aller plus loin dans la réflexion, il faudrait ajouter avec M. Daniel Thomas, professeur à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, que contrairement à autrefois, l'urbanisation intense a sans doute pour conséquence que les gens migrent plus vers les villes, « comme un saut de puce : on passe de la campagne à la ville de services et de la ville de services à la grande ville ». Où donc alors se situe votre résidence ?

Un cas de migration à l'intérieur d'une région

Le professeur Thomas fait remarquer qu'il y a beaucoup à faire parce que l'émigration est peu étudiée, bien que ce soit le phénomène démographique le plus fréquent. On s'intéresse beaucoup plus à la mortalité, à la naissance et au mariage, mais peu au déménagement. Or l'Abitibi-Témiscamingue est une région composée de villes de services, comme Rouyn-Noranda ou Val-d'Or, tandis que le restant de la population est disséminé dans de petits villages. Une des récentes recherches de M. Thomas visait précisément à savoir ce qui pousse les personnes de 50 ans et plus à quitter une petite collectivité, dans un rang ou un petit village, pour aller habiter dans les villes de services.

Ces gens quittent pour des raisons de santé et dans un but de prévention (soit s'assurer

l'accès aux services quand ce sera nécessaire), pour des raisons liées à l'emploi, pour l'accès aux services en général, parce que l'entretien de la maison est devenu ardu, pour se rapprocher des enfants ou en raison du décès du conjoint. Mais les chercheurs ont découvert également, en comparant un groupe de « migrants » (c'est-à-dire qui ont déménagé durant les cinq dernières années) par opposition à un groupe de « nonmigrants », que ces derniers avaient beaucoup moins déménagé durant toute leur vie. Les migrants auraient donc une certaine facilité d'adaptation.

D'autant plus que, fait remarquer le professeur Thomas, l'Abitibi-Témiscamingue est une région de colonisation récente, qui a été peuplée durant les années 20 et 30 par des gens qui venaient du sud du Québec. Les paroisses étaient des moteurs de la colonisation, et ce sont donc ceux qui ont déjà migré quand ils étaient de jeunes adultes qui ont peut-être tendance à s'adapter aux villes plus facilement une fois qu'ils sont devenus âgés. Mais il resterait à vérifier si les services des villes attirent autant les personnes âgées des villages lorsque celles-ci sont pourvues de services adéquats. Beaucoup de travail reste donc à faire, d'autant plus que la migration à l'intérieur d'une région est moins bien documentée que, par exemple, la migration d'une MRC à l'autre. Et à sujet, les conclusions sont plutôt... tranchées.

Des régions vieillissantes

En effet, selon une étude récente, d'une façon générale, il semble bien que « le Québec se partage de plus en plus en deux grands secteurs marqués par la dynamique « croître et décroître ». Plus précisément, « la croissance démographique est concentrée dans les plus grands centres métropolitains, dans leur périphérie, le long de leurs plus importants axes routiers, ainsi que dans leurs zones de villégiatureiv ». Quand aux MRC défavorisées, situées dans des régions éloignées, on nous apprend que « dans l'ensemble, leur économie relève principalement d'activités agricoles, forestières, minières ou halieutique; elle gravite parfois autour d'une activité plus industrielle ou de services. Certaines sont des chefs-lieux régionaux et même des centres métropolitains." » Les personnes âgées se déplacent donc souvent.

La résidence privée comme facteur dynamisant de la régionalité

Ce qui nous amène à la personne vieillissante et à ses besoins dans une région donnée. Les études de marché produites par Richard Perreault tentent de décrire la situation socioéconomique de la population âgée et d'effectuer une projection démographique pour l'avenir, visant précisément à cerner les besoins en matière d'hébergement des personnes âgées d'une région donnée. Sachant les besoins des aînés dans cette région, il faut ensuite décrire les ressources en matière d'hébergement. Il restera à Richard Perreault, connaissant les ressources d'une région, à suggérer à son client diverses façons de s'intégrer à son milieu en répondant le mieux possible aux besoins de la clientèle âgée... et à les inviter, par le fait même, à ne pas déménager à l'extérieur!

Une résidence pour aînés doit, à plus d'un titre, s'accrocher fortement à son milieu, afin d'y prospérer, comme une fleur sur un pic rocheux. Comprendre une région et ses gens, c'est un peu se connaître soi-même en tant que gestionnaire et faire de sa résidence une véritable « ressource » qui se veut indispensable pour les personnes âgées.

Réflexions sur

Les diverses ressources du système de santé sont, pour ainsi dire, à la croisée des chemins : ils se rencontrent, ou le feront sous peu, pour éventuellement cheminer ensemble : CLSC, CHSLD, hôpitaux et autres prennent ainsi la voie d'une interdisciplinarité souhaitée par plus d'un.

Si « small is beautiful », « bigger is better »

Nous voici à Saint-Esprit, au CLSC-CHSLD Montcalm, pour une entrevue avec M. Paul-Yvon de Billy, directeur général de ce CLSC depuis 20 ans. Il se rappelle en riant les débuts modestes, le 3 janvier 1985, dans un bureau situé dans le sous-sol de la caisse populaire, jusqu'à son intégration récente au sein du « Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière ». Il se joignait ainsi au CLSC de Joliette, au CLSC-CHSLD d'Autray, au Centre hospitalier régional de Lanaudière et au Carrefour de la santé et de services sociaux de la Matawinie.

M. de Billy est emballé par le mouvement entamé par le système de santé : « C'est un des beaux projets, je pense, à nous être proposé au Québec. Ce sera en plus quelque chose d'intéressant à vivre pour les gens qui font une carrière dans la santé. » Quant à lui, comme il est en fin de carrière, il se voit plus « comme un conseiller cadre que dans le siège du conducteur », dit-il en riant, ce qui ne l'empêche pas d'avoir des idées bien arrêtées sur le sujet... par la force des choses.

En effet, jusqu'au 6 juillet dernier, M. de Billy était directeur général du CLSC-CHSLD Montcalm; le 7 juillet, il prenait la direction général intérimaire du tout nouvel ensemble, pour permettre la fusion des cinq établissements au sein de cette nouvelle structure. Finalement. La directrice générale lui succédait le 7 octobre. Dès lors, il n'y a plus qu'un seul conseil d'administration pour les cinq établissements cités plus haut.

Il va sans dire que la régionalité est un dossier important que nous ne pouvons pas cerner dans un seul article.

ii Bien entendu, les rapports produits par Richard Perreault sont confidentiels. Disons simplement qu'un tel document illustre précisément la nécessité de bien se positionner dans son milieu en fonction précisément de certaines informations sociodémographiques.

iii DELISLE, Marc-André. Vieillir dans les régions: Étude comparative des conditions et du mode de vie des aînés demeurant hors des grands centres urbains du Québec, Sainte-Foy, Édition LaLiberté/Centre de recherche sur les services documentaires, Université Laval, 1995, 142 p. (passage cité p. 130). Dorénavant, nous citerons cet ouvrage en inscrivant « Delisle », suivi de la page.

iv THIBAULT, Normand, LÉTOURNEAU, Esther et Chantal GIRARD. « La croissance démographique des MRC 2001-2026 », Données sociodémographiques en bref, vol. 9, no 1 (Octobre 2004), p. 1-3, passages cités p. 1. Voir le site de l'Institut de la statistique du Québec, www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf/BrefOct

v Ibid

le système de santé et sur la santé du système

Les bienfaits du principe de l'unité de direction

Auparavant, rappelle M. de Billy, il fallait compter sur 75 membres de conseils d'administration et 5 directeurs généraux. On devine qu'avec le principe de l'unité de direction, de nombreux problèmes sont réglés. De fait, « cinq directeurs généraux et cinq conseils d'administration exigeaient beaucoup de négociations »; M. de Billy se rappelle d'ailleurs les négociations difficiles avec l'hôpital par exemple. C'est que, « entre les établissements, les limites venaient très vite, pour toutes sortes de raisons, idéologiques, pratiques (comme le manque ressources), etc. Dès lors, une direction unique fait en sorte que « l'arbitrage ne se fera pas de façon stratégique, comme cela se faisait avant, mais plutôt au niveau opérationnel. Et là, quand ton boss te dit par exemple de dégager un certain nombre de personnes pour une tâche donnée, ta réponse n'est pas à choix multiples. »

Nous voici donc en présence d'une grosse structure, avec une seule instance décisionnelle. Qu'en est-il, dans ces conditions, de tous ces professionnels qui y travaillent?

Lors de l'entrevue, M. de Billy définissait ainsi l'activité de gestion : « Vous savez, la gestion, ce n'est pas une science, c'est un art », citant un de ses professeurs. Pour lui, un art est « une habileté qui se développe en le faisant souvent ». Mais, poursuit-il, « le gestionnaire du milieu de la santé qui doit gérer les différentes professions de la santé se trouve également à gérer des artistes, puisque bien que nous parlions de sciences de la santé, nous ignorons bien des choses, notamment en ce qui touche le cerveau et la santé mentale. »

Et c'est ici, selon lui, que l'on redécouvre l'« art » : « Pourquoi, se demande-t-il à ce sujet, tel psychiatre a beaucoup de succès avec ses patients, tandis qu'un autre, avec les mêmes connaissances scientifiques, n'a pas de succès ? C'est toute la question du savoir, du savoir-être et du savoir-faire... »

Discipliner la culture des professionnels sans l'étouffer

Si nous concevons la gestion comme un art (qui donc se raffine par la pratique quotidienne), on comprendra que, pour gérer un centre de santé, surtout dans ses débuts, il faille en quelque sorte faire sien le proverbe « vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage », en s'améliorant d'une fois à l'autre, connaissant toujours un peu mieux la problématique et trouvant sans cesse des réponses mieux adaptées, car « il faut être à l'écoute des artistes, qui ne sont pas simples à gérer... »

La question serait cependant de savoir si une grande entreprise est nécessairement significative de rapports humains difficiles. La réponse de M. de Billy est la suivante : « Ce n'est pas plus difficile, mais c'est plutôt différent. Car le réseau de la santé et des services sociaux est basé sur un grand principe, à savoir la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Et tant qu'on sera en mesure de garder cette relation de confiance, on sera capable de gérer ces réseaux-là. Mais le jour où la relation de confiance va disparaître, ce réseau ne sera plus gouvernable, à cause de sa taille immense et de l'autonomie professionnelle de la majorité des acteurs. »

De fait, poursuit-il, « l'autonomie professionnelle, en commençant par celle des médecins, fait en sorte que la cohésion a toujours été quelque chose de difficile dans le réseau de la santé. Non pas parce que c'était de petites ou de grandes organisations, ça n'a rien à voir. Cela tient plutôt à la dimension culturelle des professionnels en général. Or, pour que la cohésion s'exerce, il faut reconnaître que les professionnels n'ont pas les connaissances pour régler tous les problèmes de l'être l'humain. À cause de sa complexité, ils en détiennent une partie mais pas tout. »

Dans ces conditions, comment faire en sorte que la relation de confiance entre soignant et soigné, soit maintenue ? C'est ici qu'entre en ligne de compte la notion d'intervenant pivot.

L'intervenant pivot

M. de Billy décrit ainsi ce personnage ou, plutôt, cette fonction essentielle de la nouvelle structure: « C'est la personne qui traduit auprès du système de santé les besoins d'une personne. L'intervenant pivot est centré sur la personne et fait en sorte que c'est le service qui se déplace vers le client et pas le contraire. » C'est pour cette raison, pour assurer de la « fluidité » dans le recours aux différents services dont a besoin un client, qu'il n'aura plus à se rendre, par exemple, dans un CLSC, un hôpital ou un CHSLD; en se rendant en ces lieux, il entrera plutôt dans un « programme de services », qui englobe tout.

Ainsi, souligne M. de Billy, « le réseau, ou l'instance dans laquelle nous sommes maintenant impliqués juridiquement, c'est cette instance-là qui devient le fournisseur de l'ensemble des services dont le client a besoin. »

Vers une spécialisation des intervenants

Mais toute cette démarche qui vise à maximiser les ressources de santé d'une région donnée en les reliant autour d'une unité administrative unique a d'une part pour effet d'augmenter les compétences des intervenants et, d'autre part, d'augmenter leur spécialisation. Car « on se rend compte qu'il y a des économies d'échelle à faire et qu'on peut mettre des services en commun, ce qui va nous permettre d'offrir les services à la clientèle de façon plus importante. »

M. de Billy donne comme exemple le cas des antibiotiques intraveineux, qui se donnaient jadis à l'hôpital et qui faisaient en sorte qu'un patient pouvait y occuper un lit pendant une quinzaine de jours. Dorénavant, les antibiotiques intraveineux sont donnés à la maison. Ainsi, « l'infirmière, qui avant s'occupait des soins à domicile, faisait beaucoup plus de la prévention et de l'information que de l'intervention clinique. Maintenant ces infirmières se consacrent régulièrement à l'intervention clinique d'une façon très pointue, ce qui suppose une très

bonne formation et un très bon suivi de cette information. »

On constate donc que ce mouvement vers la spécialisation est, au moins en partie, la conséquence d'une organisation des divers services regroupés en une structure unique. Une telle structure exige une expertise visant à faire appel le plus efficacement possible aux services les plus adaptés pour un client donné. Mais parallèlement à cette spécialisation, une mise à jour des connaissances est aussi à effectuer, toujours afin decomprendre la clientèle et donc de maintenir la relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Nécessité d'une formation continue

Les intervenants se doivent également de suivre l'évolution de la société, question d'adapter les services offerts aux besoins changeants des gens. Sur ce point, M. de Billy donne l'exemple du décrochage scolaire, très élevé dans son secteur. Or, souligne-t-il, tout le problème du décrochage scolaire est en rapport avec la pauvreté et l'incapacité de prendre sa vie en main. Et viennent avec lui tous les problèmes de dépendance, de santé, etc. Les intervenants ne peuvent donc pas se permettre d'ignorer les gens de leur région.

En conséquence, pour M. de Billy, « il faut développer des cliniciens qui vont aider les autres cliniciens à avancer dans une problématique donnée parce que les problèmes de 1985, par rapport à ceux d'aujourd'hui sur le territoire, sont suffisamment différents pour qu'il y ait de nouvelles formations qui se donnent ». Tout cela afin de maintenir une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Mais il reste à voir comment cette relation peut s'épanouir dans un contexte de ressources limitées...

Gérer dans un contexte de ressources limitées

Bien sûr, Paul-Yvon de Billy est bien placé pour aborder la question des ressources disponibles dans le système de la santé. Pour lui, « la grande difficulté du réseau de la santé, c'est que l'on est en train de monopoliser l'ensemble des budgets des provinces ». Or, poursuit-il, « notre pays a été pendant longtemps suffisamment riche pour ne pas se questionner sur les dépenses qu'on faisait en santé. On se disait que lorsqu'il y a

un besoin, oui, on va payer. Maintenant nous nous demandons plutôt si nous avons les moyens de nous payer telle chose. Et bientôt la question sera plutôt: qui vais-je pénaliser en faisant les choix que je dois faire? »

Nous entrons ainsi dans la dimension éthique des soins de santé, que l'on ne peut pas éviter, décidément, et dont nous avons d'ailleurs dit un mot dans un article antérieurⁱ. Dans la pratique, M. de Billy remarque notamment que la situation est problématique en hébergement. En effet, lorsqu'on demande aux proches d'une personne hébergée s'ils souhaitent qu'on intervienne de façon intensive ou si, au contraire, on laisse la nature suivre son cours quand viendra le temps pour leur vieux parent de « partir », généralement, si le parent n'est plus en état de décider par lui-même, la décision est de respecter l'évolution normale de la maladie. Mais quand arrive le moment, bien souvent, c'est exactement le contraire qui se produit et l'on demande une intervention intensive, l'émotion étant trop forte. »

Tout cela vient, selon lui, du fait que notre société considère la vie comme un absolu, comme si on était éternel : « Ceux qui ont la foi semblent mieux accepter l'inexorabilité, tandis que ceux qui n'ont pas cultivé une réflexion par rapport à la mort se trouvent complètement désemparés et ils se rabattent sur la technique, s'imaginant que l'hôpital doit absolument leur sauver la vie. »

Toujours est-il qu'une part importante du budget de la santé est dépensée pour des personnes dans leurs six derniers mois de vie, « ce qui ne correspond pas, note M. de Billy, à la vision orientale, comme celle des Japonais, qui dépensent beaucoup moins que nous dans les derniers moments de la vie ». Bien entendu, la question ici n'est pas de condamner les pratiques médicales actuelles. Les soins en fin de vie sont néanmoins un cas qui peut servir d'exemple pour illustrer la complexité des réflexions éthiques qui s'imposent, advenant l'obligation d'effectuer des coupures.

Prospective

Tout ce qui vient d'être dit, est-il nécessaire de le rappeler, est toujours « sur la planche à dessin », selon les termes de M. de Billy, expression qui suggère à la fois toutes les choses à faire, mais également la fébrilité d'un projet présentement en gestation, d'une ampleur qui, comme un tourbillon, semble emporter dans un courant d'enthousiasme tous les participants. M. de Billy dit d'ailleurs avec fierté qu'en fin de carrière il pourra dire qu'il y a été « partie prenante à un moment donné ».

Mais il faut néanmoins ajouter que selon l'évaluation de M. de Billy, on ne pourra pas voir les effets bénéfiques de la nouvelle organisation avant deux ou trois ans. D'une part, il faut tenir compte des phénomènes d'insécurité chez le personnel et, d'autre part, réfléchir à des modèles d'organisation qui tiennent compte également du passé, deux aspects qui se manifestent en même temps, surtout pour les CLSC. Car 1) on passe d'une petite organisation à l'implantation de cette dernière dans une grosse, et 2) après l'organisation, il faut produire un projet clinique, tel que l'exige le gouvernement.

Ceci implique de se dire que l'on connaît sa population, ses besoins et les ressources. « Il faut donc voir ce que l'on va faire ensemble. Or, pour créer ce projet clinique, il faut que tout le monde tire dans le même sens, y compris les partenaires, à savoir les cliniques médicales privées, les organismes communautaires et municipaux. Parce que tout le monde a un impact sur la santé, ces liens aussi doivent être créés, et ça ne se fait pas du jour au lendemain. »

Il y a donc, dans tout ceci, une question d'interdisciplinarité". Et cet article n'avait pour but que de soulever certains aspects qui ne manqueront pas de nous préoccuper dans les années à venir et qu'il faudra questionner de nouveau, le moment venu... Donc, à suivre!

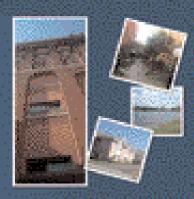
i Voir TARDIF, Pierre. « La contribution des résidences privées à une éthique du vieillissement », Dossiers du gestionnaire, no 6, p. 2-4 (Supplément de Revue Aînés Hébergement, vol. 5, no 4, 2004).

ii Voir TARDIF, Pierre. « Une formule gagnante dans les équipes de soin : l'interdisciplinarité comme mode de vie », Dossiers du gestionnaire, no 2, p. 5-7 (Supplément de Revue Aînés Hébergement, vol. 4, no 6, 2003).

White Hand to be desired to the same of th

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

