

Revue Aînés Hébergement  
Supplément Vol.6, No.2

# Dossiers du **G**estionnaire

**Dessine-moi  
un milieu de vie**

**Entre la chute  
et la rechute,  
la prise en main  
de la personne âgée**



CAHIER NO. **10**

# Dessine-moi un milieu de vie<sup>i</sup>

Par Pierre Tardif

## Les affres d'un individu sans boussole

M. Gingras est debout devant un couloir sombre dont il ne voit pas le fond et qui semble vouloir l'avaloir. Il l'aborde, si on peut dire, à reculons : il hésite à s'y engouffrer et, une fois franchi le pas, il ne se passe pas une minute sans que la tête lui tourne. Lorsqu'il lève les yeux au plafond, en effet, les néons, placés à égale distance les uns des autres, comme des dents qui défilent devant lui, lui donnent l'impression de bouger d'une façon régulière et répétitive tout au long de sa progression. Et quand il baisse la tête, son regard se porte invariablement sur le parquet composé de carreaux de couleurs très contrastées qui semblent glisser sous ses pieds. Désespéré, en quête d'une balise qui lui permettra de se situer dans cet espace fuyant, il tourne la tête de côté. Que voit-il ? Finalement pas grand-chose, puisque les murs ont la même couleur que les portes. Il ne peut donc repérer celle qui mène à sa chambre. Il cherche en vain des poignées sur les murs qui seront ses bouées, mais ces poignées, comme des caméléons, se confondent avec les murs dont elles ont pris la couleur. M. Gingras est décidément en détresse !

Voilà donc, décrite bien sûr de façon romancée, la situation d'une personne atteinte de démence dans un environnement mal conçu. Car, comme le confirme une étude récente « (...) *that disorientation in patients with Alzheimer's is caused not by cognitive deficiencies such as loss of memory or inability to learn or map the environment (...), but rather by weak sensory signals and therefore loss in processing of visual information*<sup>ii</sup> ». Il faut donc se garder d'expliquer la panique de M. Gingras uniquement par sa maladie. De plus, il suffit d'avoir soi-même déambulé dans un couloir pas ou peu éclairé, ou encore, dans un lieu aux couleurs blafardes, pour comprendre qu'il n'y pas seulement les personnes comme M. Gingras qui peuvent

être pour ainsi dire perdues dans un environnement donné. Par conséquent, la recherche en design, c'est d'abord une recherche au cœur de l'individu, afin de se donner les moyens de lui aménager un milieu qui lui ressemble et dans lequel il se reconnaît.

## De nouvelles avenues pour le design

Mme Tiiu Poldma, professeure à l'École de design industriel de l'Université de Montréal et l'une des auteures de l'étude citée plus haut, a longuement réfléchi à ce problème et nous fait part de ses conclusions dans le cadre de cet article. Son histoire personnelle illustre l'évolution récente du design d'intérieur, son intégration progressive au domaine de la santé, puis son élargissement à l'ensemble de la société. Elle déplore qu'« on pense souvent que le design s'adresse uniquement aux gens bien nantis ». Et pourtant, fait-elle remarquer, « le design d'intérieur a fait son entrée au Canada dans les années 70 et l'on commence à peine à saisir toute la complexité de la signification de l'aménagement intérieur<sup>iii</sup>. »

En raison des problèmes d'aménagement qu'il soulève, le vieillissement interpelle nécessairement le designer d'intérieur et, dès lors, c'est toute sa pratique professionnelle qui se trouve sinon transformée, du moins modifiée en profondeur. De fait, nous confiait-elle, « il y a disons 30 ou 40 ans, le design était fait par et pour une population relativement jeune, les designers ayant le même âge que leurs clients. De nos jours, avec le vieillissement de la population, ils doivent se pencher sur tout ce que cela implique d'être vieux. »

## Le design : une méthode « non pharmaceutique » pour répondre aux problèmes du vieillissement

Des recherches ont démontré que les personnes âgées pouvaient être victimes de

huit différents problèmes de vision touchant leur perception de l'espace, et chacun d'eux détermine une façon particulière de voir le monde. Et cette constatation nous permet de conclure que si le design peut aider à régler des problèmes de vision, un mauvais design peut en revanche contribuer à en causer ! Mme Tiuu Poldma se souvient par exemple d'un CHSLD qu'elle a visité à la demande des propriétaires. Ces derniers voulaient savoir pourquoi les résidents avaient peur d'aller dans les salles d'activités. Mme Poldma découvrit que l'éclairage inadéquat en était la cause. Et pourtant l'aménagement du CHSLD avait été conçu quelques années auparavant, mais sans l'apport d'un designer et de sa vision particulière. Cet exemple démontre qu'une collaboration est nécessaire entre les designers et les architectes dans la conception d'un milieu de vie dont la complexité exige la collaboration de plusieurs spécialistes.

Afin de créer un milieu de vie chaleureux, il faut se questionner par exemple sur les valeurs de la lumière naturelle par rapport à la lumière artificielle, ou si un signal de lumière associé à une image de toilette ou de salle de bain prévient mieux l'incontinence (chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) en « guidant » l'individu plus adéquatement que la seule image, etc. Pour répondre à ces questions et à bien d'autres, il faut collecter encore bien des données<sup>iv</sup>.

### **Des recherches éclairantes sur les individus et les environnements qui leur ressemblent**

Or de telles recherches présentent des difficultés. Tout est question de validité, puisque ces études soulèvent des questions délicates concernant la méthodologie : en effet, si le design influe sur la qualité de vie des individus, comment peut-on évaluer cette qualité de vie ? Quant au design lui-même, le jugement sur sa qualité demeure somme toute très subjectif. Les experts proposent donc des méthodes hybrides (*hybrid methodologies*) composées notamment de tests psychologiques, d'interviews et de groupes de discussion (*focus group*), ainsi que d'analyses statistiques.

Les groupes de discussion constituent d'ailleurs l'une des méthodes de prédilection de Mme Poldma, qui questionne tous les gens vivant dans un milieu donné, qu'ils soient résidents, employés ou parents. Ce rapport intime avec ces gens permet de déceler leurs besoins en matière d'aménagement et d'y répondre adéquatement. Ce qui justifie la présence du designer dès les débuts de la conception d'un milieu de vie, souligne Mme Poldma. Combien de fois, en effet, est-elle intervenue seulement après que l'architecte eut fini son propre travail ? Or, remarque-t-elle, « si on est là dès le départ, on peut aider à regarder l'aménagement, voir la planification et la façon de gérer l'organisation des espaces ». Car le vieillissement, avons-nous dit, en tant que phénomène social inéluctable, apporte son lot de caractéristiques bien particulières. Sans doute devons-nous apprendre à conjuguer avec cette réalité et réviser notre façon de concevoir l'espace en conséquence.

### **Apprendre à regarder pour aider à mieux voir**

D'autant plus que certains principes sont dès maintenant utilisables par les gestionnaires et les designers. Ainsi, chez les personnes atteintes de démence, on remarque des défaillances dans la vision des contrastes et dans l'attention visuelle, tout comme dans la capacité de nommer les couleurs. Il faut donc mettre l'accent sur ce qui est important (par exemple, les meubles et non pas le mur qu'il y a derrière), augmenter la lumière et les contrastes par rapport au fond. Dans un centre d'hébergement, on pourrait mettre l'accent sur les signaux qui s'adressent aux bénéficiaires plutôt que sur ceux qui concernent le personnel, lequel s'y retrouve plus facilement. Par ailleurs, le bleu et le vert peuvent être problématiques pour les daltoniens. Dans les salles de bain, il est conseillé de créer un contraste entre la toilette, le mur et le plancher. Et que dire de ces néons tout en haut qui se répètent infiniment le long d'un couloir et qui sont dérangement pour des gens comme M. Gingras ?

Comme c'est le cas dans n'importe quel métier, la compétence dans le domaine du

design s'acquiert par la pratique, et cette pratique passe nécessairement par le regard. Il s'agit en quelque sorte d'une « éducation du regard ». Ainsi, forte de son expérience de designer et de chercheuse, Mme Tiiu Poldma plonge dans des environnements afin de les agréments de lumière et de couleurs, comme des épices sur un aliment. Durant l'entrevue, elle utilise souvent le verbe « regarder » pour décrire, à tout le moins, une partie de son travail : il faut regarder pour être en mesure d'effectuer un diagnostic.

Quand nous lui avons présenté quelques photos de résidences privées, elle a tout de suite décelé ce qui allait et ce qui n'allait pas. Non qu'elle connaisse très bien les résidences privées; elle nous avouait au contraire très peu les connaître. Mais il existe des principes de design éprouvés. Et on peut faire des propositions pour améliorer l'environnement sans grands coûts, « car il suffit parfois de faire recolorer des murs, aménager des espaces afin de répondre aux besoins des aînés pour ne pas avoir l'impression, par exemple, que nous vivons dans un vieil établissement. » Il en résulte alors un milieu de vie accueillant et chaleureux.

### **De nouvelles formules d'hébergement pour aînés**

Par exemple, deux résidences de Toronto ont été construites selon des préceptes de design adaptés à leurs clientèles âgées (et présentant certaines carences). Parmi quelques-uns de ces principes glanés çà et là, les chambres sont regroupées (*home unit*), l'usage du bois est fréquent pour donner un caractère chaleureux, et de larges fenêtres laissent entrer la lumière naturelle, offrent une vue sur l'extérieur (en contraste avec ce qu'ils voient à l'intérieur du bâtiment) et favorisent l'orientation des résidents. Autre « truc » : à l'entrée des chambres, il y a une petite boîte vitrée (*memory box*) qui contient une photo ou un objet personnel du résident ou de la résidente; par ailleurs, l'endroit où se trouve la salle de bain peut être représenté par un mur voyant<sup>vi</sup>. Tout cela parce que « *"nobody wants to live in an institution"* et que *"a less often acknowledged truth is that nobody wants to visit one."* » D'où la nécessité de faire en

sorte que ces lieux soient plus « comme à la maison<sup>vii</sup> ».

Mais la recherche en design amène également à concevoir des milieux de vie nouveaux. Prenons le cas des copropriétés (*condominiums*). Lors d'un projet récent, Mme Poldma avait convié ses étudiants à réfléchir au désir de nombreuses personnes âgées d'habiter dans un lieu qui ressemble à leur maison, mais qui réponde mieux à leurs besoins. La conclusion fut la suivante : « Est-il possible de penser un espace qui serait adapté à une personne âgée, mais qui pourrait en même temps convenir à une jeune personne ? Après tout, ajouter une barre d'appui dans les douches ou les salles de bain et intégrer ces pièces à la chambre à coucher sont des principes qui peuvent s'appliquer à tous les âges. » Ainsi, dit-elle en souriant : « *Good design is good for everybody.* » Et il suffit par exemple de se rappeler que « *people with dementia may have some unique needs, but they are still people, and no research has yet suggested they respond differently emotionally/visually to colors than the general population*<sup>viii</sup>. »

### **Le design comme facteur d'intégration sociale pour toutes les personnes âgées**

Le design est partout, il marque l'environnement de couleur et de formes afin de rendre cet environnement moins « hostile ». Le design serait un peu l'empreinte de l'humain sur le monde. Or, parmi ces gens, il y a bien sûr des personnes âgées, dont certaines vivent encore chez elles, alors que d'autres se trouvent dans une résidence privée. Voyons par exemple ce projet de partenariat entre un centre récréatif et sportif public et un CLSC<sup>ix</sup> auquel participe Mme Tiiu Poldma, qui témoigne d'une façon éloquente que les institutions peuvent être au service de la société, et ce, sans exclure les personnes âgées. Quittons donc pour un moment le milieu restreint d'une résidence d'aînés ou d'un CHSLD pour déborder au niveau social.

C'est un projet qui lui tient visiblement à cœur, puisqu'il s'agit d'appliquer le design à un environnement qui touche les personnes vulnérables. Par exemple, souligne-t-elle, « une personne qui a besoin de réhabilitation reçoit effectivement les soins appropriés.

Mais après ? Qu'arrive-t-il lorsque cette personne retourne en société ? Qu'arrive-t-il quand une tempête l'empêche de sortir de son logis ? Nous travaillons en collaboration avec plusieurs institutions, plusieurs partenaires, car, déplore-t-elle, un des problèmes avec cette population-là, c'est que les institutions ne comprennent pas leur réalité, si bien qu'ils trouvent malaisé le recours à ces ressources. » Certaines poignées de porte, par exemple, sont difficiles à manipuler par des gens souffrant d'arthrite, alors que des portes adaptées rendent les services accessibles à tout le monde.

Dans les faits, ce projet vise à créer « un environnement qui facilite l'acquisition de saines habitudes de vie, permet la poursuite d'objectifs de prévention de problématiques sociales. Par exemple, des activités récréatives et sportives destinées aux familles vulnérables peuvent favoriser les liens affectifs parents-enfants. Certaines activités offertes par le personnel du CLSC pourraient être organisées au Centre récréatif et sportif, telles des activités de stimulation précoce<sup>x</sup>. » La tâche des designers d'intérieur sera la suivante : « Le design implique des interventions non seulement dans la planification initiale, mais aussi en complémentarité avec le développement des activités physiques et de santé envisagées. Dans le cadre d'un projet de Centre récréatif et sportif qui vise une accessibilité universelle, le design intérieur des espaces pourrait prendre en considération plusieurs éléments qui contribueront à améliorer et à structurer les activités visées dans ses programmes. Il pourra accorder une attention particulière aux besoins des différents groupes ciblés : pré-natal, enfants 0-5, 6-12, adolescents, adultes, personnes âgées, à mobilité réduite... (...) chaque groupe d'âge ayant ses propres besoins, et chacun devra être étudié pour savoir mettre en valeur l'espace pour intégrer le plus possible les différentes attentes, incluant les aspects de santé, sociaux, sportifs et récréatifs parmi les besoins d'accès universel<sup>xi</sup>. »

### En guise de conclusion

Qu'advient-il des résidences privées dans une telle vision ? Il semble évident que, d'une

part, les propriétaires et les gestionnaires sont en mesure de s'ouvrir à certains principes de design qui, parfois, font toute la différence. D'autre part, l'adhésion de leur(s) résidence(s) à de tels services se trouve nécessairement facilitée par des principes d'aménagement adéquats. Car en visant la coordination de différentes institutions, le design d'intérieur concourt à ce que tous les individus, jeunes et vieux, malades et en santé, se regroupent autour d'un lieu où il fait bon vivre, c'est-à-dire où leur propre vie peut s'épanouir.

- 
- i Nous sommes conscient que le terme « milieu de vie » se rapporte souvent à ce que l'on appelle « l'approche prothétique élargie ». Pour notre part, nous donnons à ce terme un sens plus large, l'appliquant à l'ensemble de la société, qui donc nous permet d'englober aussi ce concept, afin de décrire l'universalité du design d'intérieur.
  - ii POLDMA, Tiiu et Magdalena WESOLKOWSKA, « The Development of Lighting Products for the Aged and specifically for the Needs of People with Alzheimer's Disease », Université de Montréal et Institut de Design de Montréal, mars 2004 (dactylographié), p. 18 (Nous remercions Mme Poldma de nous avoir fourni ce texte).
  - iii BARIL, Daniel, « L'aménagement intérieur est un processus en évolution » *Forum*, vol. 39, no 11. On peut consulter ce texte à l'adresse [www.iforum.umontreal.ca/Forum/article4068.htm](http://www.iforum.umontreal.ca/Forum/article4068.htm).
  - iv Pour tout ceci : POLDMA, Tiiu et WESOLKOWSKA, Magdalena, *op. cit.*, p. 32-33.
  - v Pour tout ceci et pour bien plus, voir CALKINS, Margaret P., « Using Color as a Therapeutic Tool ». On peut consulter ce texte à l'adresse [www.ideasinstitute.org/article\\_021103\\_b.asp](http://www.ideasinstitute.org/article_021103_b.asp).
  - vi Voir YOUNG, Pamela, « The Age Factor », *Azure*, septembre-octobre 2000, p. 90-95.
  - vii *Ibid.*, p. 94.
  - viii CALKINS, Margaret P., *op. cit.*
  - ix « Projet de partenariat entre un Centre récréatif et sportif public et un CLSC : Pour une approche de "Mieux-être", Concept renouvelé de services préventifs communautaires en milieu urbain », 24 novembre 2003. On peut consulter ce texte à l'adresse [www2.ville.montreal.qc.ca/ocpm/pdf/P05/14j.pdf](http://www2.ville.montreal.qc.ca/ocpm/pdf/P05/14j.pdf).
  - x *Ibid.*, p. 18.



# Entre la chute et la rechute, la prise en main de la

Par Pierre Tardif

## **Le film d'une chute en quelques séquences**

Un bruit que vous connaissez bien mais que vous souhaitiez ne plus jamais entendre vient d'entrer dans vos oreilles comme une vague de fond et vient immerger vos entrailles d'une froidure qui vous donne le frisson. Votre gorge se serre, votre cœur bat la chamade. Vous levez les yeux et du regard vous sillonnez les environs, comme l'œil d'un phare dans les ténèbres, à la recherche du lieu d'où vient le bruit appréhendé. Finalement, l'un de vos collègues a trouvé. Il vous appelle. Vous accourez, suivi et précédé par d'autres, car une personne âgée vient de chuter...

Voilà en gros le scénario « classique » relaté par une conférencière lors d'un colloque tenu le 1<sup>er</sup> octobre dernier à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et intitulé « Les chutes chez les personnes âgées en institution, une question d'équilibre ? » C'était un événement d'importance puisque le tiers des personnes âgées tombent chaque année et que cela arrive plus d'une fois pour la moitié de ces gens. Entre autres activités, des représentants de divers établissements ont participé à une table ronde afin de partager leurs démarches respectives dans la prévention des chutes.

## **La personne âgée entraîne en quelque sorte les intervenants et les proches dans sa chute**

Il est tentant de se tourner un instant du côté des résidences privées, avec ses résidents pour la plupart encore très actifs et de se demander si on peut empêcher un résident de sortir de peur qu'il tombe. A-t-on à lui imposer un couvre-feu alors qu'il paye son loyer ? Un propriétaire nous disait récemment que le fils de l'un de ses résidents s'était plaint parce que son père avait glissé sur le trottoir en allant faire des courses... Alors, dans les résidences, doit-on éviter toutes les chutes (ce qui est impossible de toute façon) au détriment de la liberté du résident ?

En règle générale, les multiples questions entourant la chute nous apprennent qu'il y a rien de nouveau sous le soleil. Il faudra bien se

rendre à l'évidence : la chute est de ces choses avec lesquelles il faut compter toute notre vie, à moins bien sûr de trouver un remède contre la gravité et l'affaiblissement de nos muscles, quand ce n'est pas tout bonnement contre l'adversité qui s'acharne parfois sur la nature humaine ! Mais ce n'est pas une raison pour baisser les bras, comme on a pu le constater à l'occasion du colloque.

Force est de constater que, dans un milieu hospitalier ou en hébergement, la chute, par son caractère dramatique, atteint l'entourage de la victime comme une onde de choc. Dans une vidéo intitulée « La chute droit au cœur », des personnes âgées, leurs enfants et les intervenants discouraient tour à tour sur la chute appréhendée, la chute subite et la chute en tant qu'événement à prévenir. En fait, il y a d'un côté les proches en colère, qui crient à la négligence, et de l'autre, les intervenants, qui doivent conjuguer avec la réalité de la chute (qu'ils doivent prévenir) quotidiennement. Les membres des familles vivent de la culpabilité, des conflits familiaux et de l'insatisfaction par rapport aux soins, manifestant une hypervigilance. Ils ont des réactions de surprotection à l'égard de leur vieux parent, qui se manifestent par des tensions avec le personnel. Ce dernier, quant à lui, éprouve souvent un sentiment de culpabilité. Il y a des conflits entre les membres de l'équipe, la peur de représailles... Mais il y a aussi, bien sûr, la personne âgée, qu'il faut écouter.

## **Après la chute, la peur de tomber**

Les conséquences d'une chute pour la victime sont bien réelles, car elle affiche certains comportements qui ne trompent pas. Ceux-ci peuvent être psychologiques tout autant que physiques. Bien souvent, les victimes se ferment, répugnent à parler de leur chute ou de leur peur, et un halo de tabou se tisse alors autour de la chute elle-même. Elles ne parlent pas de crainte de déranger, d'être un fardeau. La chute leur semble souvent les prémices de leur propre déchéance : elles se voient s'affaiblir inexorablement, puis s'imaginent immobilisées par contention ou transférées dans une autre unité...

# personne âgée

On comprendra pour ces raisons le mutisme dans lequel s'installent nombre de personnes âgées. Certaines tentent même de conserver leur estime de soi (comme s'il était honteux de chuter) en niant la chute ou en minimisant ses conséquences. On nous apprend que cette peur est plus fréquente chez les aînés que celles d'être victime d'un vol dans la rue, d'avoir des problèmes financiers, d'oublier un important rendez-vous ou de perdre un objet précieux. Il y a donc restriction des activités pour ne plus tomber. Car les personnes âgées connaissent parfois quelqu'un qui est tombé et elles ne veulent pas que cela leur arrive, ou encore, elles n'ont pas de confident pour discuter de leur crainte. Mais en limitant leurs déplacements (par exemple en se confinant au lit), il y a danger d'atrophie musculaire, de déconditionnement et de problèmes d'équilibre.

## Des moyens pour vaincre ses peurs

Mmes Paola Campana, physiothérapeute, et Anne Bourbonnais, infirmière, ont animé un atelier intitulé « Limiter les conséquences après un chute ». À la suite d'une chute, il faut repérer les complications éventuelles non seulement en ce qui concerne les fractures, la douleur, les impacts à la tête, mais également le stress et l'humiliation, la dépression ou la restriction d'activités.

Pour ce faire, il s'agit non seulement d'observer le comportement de la personne, mais également de l'inviter à parler, ce qui est essentiel pour établir un plan d'intervention efficace. L'abandon des activités est un bon exemple : il faut inciter la personne âgée à reprendre son rythme le plus tôt possible, ce qui implique évidemment de repérer toute baisse d'activité chez la victime. Puis il faut discuter avec elle des raisons de cette restriction, l'informer des conséquences, afin d'établir un plan d'intervention approprié.

Il en est de même de la surprotection des soignants et de la famille, qu'il faut déceler le plus tôt possible. Dans le cas des soignants, affirment les conférencières, il faut leur inculquer une « philosophie non culpabilisante » et les former sur les risques de

chutes. Pour ce qui est des membres de la famille, il importe notamment de les impliquer dans les décisions sur les interventions à effectuer pour réduire les risques de chute et de les aviser s'il y a eu une chute. L'incident cesse alors d'être un objet tabou qu'il faut éviter de regarder en face. Bien au contraire, si la chute peut parfois déjouer les mesures de prévention les plus serrées, il est possible de limiter les dégâts.

## Un site Internet pour démystifier les chutes

Toutes les personnes touchées par la chute – la personne âgée, ses proches et les intervenants – devraient consulter le site Internet produit récemment par l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. La chute n'est plus cet élément incontrôlable et par là même entièrement imprévisible qui semble hanter l'être humain, comme un monstre caché dans l'ombre. Si elle peut parfois nous surprendre, elle dévoile néanmoins ses secrets, cédant une part de son imprévisibilité. Ses impacts sur les victimes étant mieux compris, ils s'avèrent réversibles dans certains cas.

Dans ce site, la chute est décrite sur la base de facteurs corporels (l'équilibre, la maladie, les médicaments...). L'environnement est également un facteur important et l'on montre, à l'aide d'images éclairantes, les principes d'aménagement sécuritaires à appliquer dans les différentes pièces de la maison. La chute peut également être mise en relation avec le style de vie des individus, comme les activités physiques et la nutrition. Mais que faire après une chute ? Y sont décrites les diverses façons d'en limiter les dégâts, tant psychologiques que physiques.

Et lorsque l'on fait appel à des professionnels, il est bon de connaître les diverses approches qu'ils préconisent pour nous venir en aide. Ce sujet fait l'objet d'une section. À tout cela s'ajoutent des vidéos et une grille d'autoévaluation des risques de chute. Ainsi, de tout ce qui précède, concluons (non sans quelque soulagement) qu'il est possible de se relever après une chute.

i On consulte ce site à l'adresse [www.vieillessement.ca](http://www.vieillessement.ca).

# 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](mailto: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

