

2025-
2026



Résidence
Berthiaume
Du Tremblay

REVUE DE L'ANNÉE



RAPPORT ANNUEL DE LA
RÉSIDENTE BERTHIAUME-DU TREMBLAY

Table des matières



3

Message du
président du
conseil
d'administration
et du directeur
général

5

Notre mission

6

Qui
sommes-nous ?

7

Structure
organisationnelle

9

Vision &
philosophie
d'intervention

10

Approche
milieu de vie

11

Approche
partenaire

12

Priorités
organisationnelles

22

Faits
saillants

30

Instances
consultatives

35

Statistiques et
indicateurs de
gestion

41

Message du
directeur général
et priorités
organisationnelles
2026-2027

42

Annexe 1
Code d'éthique et
de déontologie

58

Annexe 2
Rapports de la
direction et de
l'auditeur
États financiers



Déclaration de fiabilité

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2025-2026 de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats ;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2026.



Joël Boulay, directeur général

Message du président du conseil d'administration

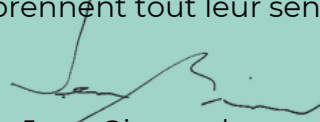
L'année 2025-2026 aura été marquée par la mobilisation, la résilience et l'engagement exceptionnel de l'ensemble des équipes de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay. Dans un contexte où le réseau de la santé continue de faire face à des défis importants, notamment en matière de disponibilité de la main-d'œuvre et d'évolution des modèles d'hébergement, notre organisation a poursuivi sa mission avec rigueur, humanité et un profond souci du bien-être des résidents.

Le conseil d'administration tient à souligner le travail remarquable de la direction générale, des gestionnaires, des employés, des médecins et pharmaciens, des bénévoles et de l'ensemble des partenaires qui contribuent, jour après jour, à maintenir un milieu de vie sécuritaire, chaleureux et empreint de dignité pour les personnes qui nous sont confiées.

Cette année a également été marquée par une importante transition à la direction générale. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Madame Chantal Bernatchez, qui a consacré 37 années de sa carrière à la Résidence Berthiaume-Du Tremblay. Son engagement exceptionnel, son leadership et sa contribution au développement de l'organisation ont laissé une empreinte durable dont nous sommes reconnaissants.

Nous accueillons avec confiance cette nouvelle étape de notre histoire et réaffirmons notre volonté de poursuivre, avec la direction générale et l'ensemble des équipes, le développement d'une organisation innovante, humaine et tournée vers l'excellence.

Au nom du conseil d'administration, nous remercions sincèrement toutes celles et tous ceux qui participent à la réalisation de notre mission. C'est grâce à votre engagement collectif que la Résidence Berthiaume-Du Tremblay continue d'être un milieu de vie de qualité, où le respect, la bienveillance et la compassion prennent tout leur sens.



Jean Girouard

Président du conseil d'administration



Message du directeur général

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay est bien plus qu'un milieu de soins et d'hébergement : elle est avant tout une communauté humaine portée par des femmes et des hommes engagés qui, chaque jour, mettent leur expertise, leur bienveillance et leur cœur au service des résidents et de leurs proches.

Au cours de mes premiers mois au sein de l'organisation, j'ai eu le privilège de découvrir la richesse de cette culture profondément humaine, la qualité des liens qui unissent les équipes et le dévouement remarquable des employés, des gestionnaires, des bénévoles et de nos partenaires. Cette réalité m'inspire et renforce ma conviction que la force d'une organisation repose avant tout sur les personnes qui la font vivre.

L'année 2025-2026 aura été une année de réalisations importantes pour notre organisation. Parmi celles-ci, les efforts soutenus de recrutement et d'intégration de nouveaux employés, ainsi que la réduction significative du recours à la main-d'œuvre indépendante, représentent des avancées majeures. Ces résultats sont le fruit d'un travail concerté des équipes des ressources humaines et des directions cliniques, et contribuent directement à la stabilité de nos équipes, à la continuité des soins et à l'enrichissement d'une culture organisationnelle forte et mobilisatrice.

Dans un environnement en constante transformation, la Résidence Berthiaume-Du Tremblay démontre chaque jour sa capacité d'adaptation, son désir d'innover et sa volonté de maintenir les plus hauts standards de qualité dans les soins et les services offerts.

Je crois profondément que la qualité des soins et des services repose d'abord sur la qualité des relations humaines qui se développent au sein de nos équipes. Mon engagement comme directeur général est de poursuivre la création d'un milieu où les personnes se sentent écoutées, reconnues et soutenues, car c'est ensemble que nous pouvons continuer à offrir aux résidents un environnement empreint de dignité, de sécurité et de chaleur humaine.

C'est avec humilité, fierté et un profond sentiment de responsabilité que j'assume ce rôle de directeur général. Je mesure l'héritage qui m'est transmis et je suis animé par la volonté de poursuivre le développement de notre organisation, en collaboration étroite avec le conseil d'administration, les gestionnaires, les employés, les bénévoles, les résidents et leurs proches.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui contribuent à la vitalité de notre Résidence. Votre engagement, votre professionnalisme et votre dévouement sont la véritable force de notre organisation et les fondations sur lesquelles nous construirons les prochaines étapes de notre évolution.




Joël Boulay
Directeur général



Notre mission

En plus de remplir la mission des CHSLD définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Résidence s'appuie sur l'engagement de tout son personnel pour porter sa mission :

PERMETTRE AUX ÂÎNÉS DE BIEN VIEILLIR ACCOMPAGNÉS DE LEURS PROCHES
DANS UN ENVIRONNEMENT APPROPRIÉ

PAR

UN MILIEU DE VIE SÉCURITAIRE, INNOVANT, STIMULANT ET CHALEUREUX

UNE OFFRE DE SOINS ET SERVICES DE QUALITÉ

UN ACCOMPAGNEMENT ET UNE APPROCHE PERSONNALISÉE

UN PARTENARIAT AVEC L'ÂÎNÉ, SES PROCHES, LE PERSONNEL ET LA COMMUNAUTÉ

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay place le mieux-être des aînés au cœur de ses actions et s'appuie sur son code d'éthique pour assurer un milieu de vie harmonieux.

Les valeurs phares

guidant les interventions et la dispensation
des soins et des services à la Résidence :



La bienveillance

Les employés, les bénévoles et la clientèle sont attentionnées et contribuent à créer un milieu de vie et de travail propre, sécuritaire, sain et harmonieux, propice à la santé et à l'épanouissement de chacun.

Le développement

Les employés, les bénévoles et la clientèle assument leurs responsabilités, partagent leur expertise avec les partenaires et contribuent à la culture d'excellence dans la Résidence.



Le respect

Les interactions avec chaque personne sont personnalisées et empreintes de respect et de courtoisie.

Le travail d'équipe

Les employés, les bénévoles et la clientèle démontrent un esprit d'entraide et de collaboration et travaillent avec cœur et engagement.



Qui sommes-nous ?

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay est un CHSLD privé conventionné du réseau montréalais de la santé et des services sociaux. Située au 1635, boulevard Gouin Est, dans Ahuntsic, elle occupe un immeuble de 10 étages bordant la rivière des Prairies, offrant un environnement naturel privilégié. Elle dispose aussi d'un jardin prothétique permettant aux résidents présentant des déficits cognitifs de profiter d'un espace extérieur sécuritaire et adapté.



Depuis 2008, la Résidence accueille 198 résidents, capacité officialisée en 2022 par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Les admissions concernent uniquement des personnes en hébergement permanent, présentant un profil ISO-SMAF généralement situé entre 10 et 14. La Résidence opère également le Centre de jour Berthiaume-Du Tremblay.

L'établissement s'inscrit au sein de la Fondation Berthiaume-Du Tremblay, qui regroupe les initiatives suivantes : Présâges, la Résidence Berthiaume Du-Tremblay ainsi que son Centre de jour, les Résidences Le 1615 et Le 1625, ainsi que le Havre des quatre temps.

La Fondation a confié à la Résidence la gestion des Résidences Le 1615 et Le 1625, deux immeubles situés sur le même site et comptant 65 logements destinés à des aînés autonomes. Les différentes directions de la Résidence contribuent, selon leur expertise, à la gestion de ces résidences privées certifiées.

Dans une perspective d'innovation sociale, la Fondation a acquis un terrain et une bâtisse adjacents afin de développer le Havre des quatre temps, anciennement appelé le Quartier des générations, un projet novateur combinant des logements pour aînés autonomes et des espaces collectifs favorisant la participation sociale des résidents du Havre des quatre temps, de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay, des Résidences Le 1615 et Le 1625, ainsi que des citoyens du quartier. Ce projet se veut un modèle d'ouverture sur la communauté et de partenariats plurigénérationnels.

La Fondation Berthiaume-Du Tremblay

Fondée en 1961 par Madame Angéline Berthiaume-Du Tremblay, la Fondation poursuit sa mission de promouvoir le mieux-être des aînés. Depuis l'ouverture de la Résidence, elle soutient chaque année divers projets grâce à son appui financier, permettant d'améliorer le milieu de vie des résidents et le milieu de travail du personnel.



Structure organisationnelle



Au 31 mars 2026, le Comité de direction était composé de :

- Monsieur Joël Boulay, directeur général
- Madame Gerarda Capece, directrice des ressources financières et informationnelles
- Madame Anne-Marie Côté, directrice des ressources humaines, alimentaires et de la buanderie-lingerie
- Madame Karine Veillette, directrice des services à la clientèle
- Madame Geneviève Angers, directrice de la qualité, de la performance, de la gestion des risques et des services techniques
- Dr Tarek Khreiss, directeur des services professionnels

GESTIONNAIRES

14 Temps complet

8 Temps partiel

22 Nombre total de personnes

EMPLOYÉS

195 Temps complet

146 Temps partiel

341 Nombre total de personnes

La Résidence peut également compter sur **97 employés** ayant un statut occasionnel.

Au 31 mars 2026, le nombre de personnes qui composait l'équipe de la Résidence était de :

460 personnes

RÉPARTITION DE L'EFFECTIF PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL

	Nombre d'emplois au 31 mars 2026	Nombre d'ETC en 2025-2026	Nombre d'emplois au 31 mars 2025	Nombre d'ETC en 2024-2025
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	90	67	106	67
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	284	185	269	191
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	32	26	23	20
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	21	18	22	19
Transport Personnel non visé par la Loi 30	3	2	3	2
Personnel d'encadrement (note 1)	30	17	30	17
TOTAL	460	315	453	316

Note 1 : Les cadres non titulaires ne sont pas affichés dans ce tableau.

Il y a eu un mouvement des postes à temps complet vers des postes à temps partiel sept jours par quinzaine ;
Il y a également plus d'employés sur la liste de rappel.

Résidence
Berthiaume
Du Tremblay

```

graph TD
    JB[Joël Boulay  
Directeur général  
#222] --- AMC[Anne-Marie Côté  
Directrice des ressources  
humaines, alimentaires et  
de la buanderie-lingerie  
#272]
    JB --- GC[Gerarda Capece  
Directrice des  
ressources financières  
et informatiques  
#226]
    JB --- GA[Geneviève Angers  
Directrice de la qualité,  
de la performance,  
de la gestion des risques  
et des services techniques  
#224]
    JB --- DTK[Dr Tarek Khreiss  
Directeur des services  
professionnels  
#307]
    JB --- KV[Karine Veillette  
Directrice des services  
à la clientèle  
#269]

    AMC --- SM[Sarah Mercille  
Adjointe à la direction  
des ressources humaines  
#220]
    AMC --- MT[Manon Tanguay  
Chef des services  
alimentaires  
#260]

    GA --- PL[Patrick Lamontagne  
Chef des  
installations matérielles  
#234]

    DTK --- JR[Julie Roy  
Directrice adjointe  
des services à la  
clientèle  
#300]

    KV --- AMB[Anna-Maria Bruno  
Chef de programmes  
à la clientèle  
#287]

    AMB --- BD[Barbara D'Urso  
Chef d'unité 3-4 #256]
    AMB --- JH[Jenny Huntington  
Chef d'unité 5-6 #258]
    AMB --- OM[Olivia Mwika  
Chef d'unité 7-8 #243]
    AMB --- IC[Isabelle Comte  
Chef d'unité 9-10 #254]
    AMB --- AT[Angela Tanasa  
Chef d'activités #268]

    IC --- IP[Irina Prokhorenko  
Chef d'activités #268]
  
```

Joël Boulay
Directeur général
#222

Anne-Marie Côté
Directrice des ressources
humaines, alimentaires et
de la buanderie-lingerie
#272

Gerarda Capece
Directrice des
ressources financières
et informatiques
#226

Geneviève Angers
Directrice de la qualité,
de la performance,
de la gestion des risques
et des services techniques
#224

Dr Tarek Khreiss
Directeur des services
professionnels
#307

Karine Veillette
Directrice des services
à la clientèle
#269

Sarah Mercille
Adjointe à la direction
des ressources humaines
#220

Manon Tanguay
Chef des services
alimentaires
#260

Patrick Lamontagne
Chef des
installations matérielles
#234

Julie Roy
Directrice adjointe
des services à la
clientèle
#300

Anna-Maria Bruno
Chef de programmes
à la clientèle
#287

Barbara D'Urso
Chef d'unité 3-4 #256

Jenny Huntington
Chef d'unité 5-6 #258

Olivia Mwika
Chef d'unité 7-8 #243

Isabelle Comte
Chef d'unité 9-10 #254

Angela Tanasa
Chef d'activités #268

Irina Prokhorenko
Chef d'activités #268

Janvier 2026

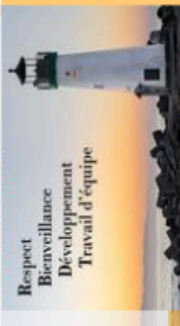
Permettre aux aînés de bien vieillir accompagnés de leurs proches dans un environnement approprié

Un milieu de vie sécuritaire, innovant, stimulant et chaleureux

Une offre de soins et services de qualité

Un accompagnement et une approche personnalisée

Un partenariat avec l'ainé, ses proches, le personnel et la communauté



Vision & philosophie d'intervention

La Résidence a pour vision, des gens heureux et sereins qu'importe l'étape de leur vie grâce à l'excellence et à l'implication d'une communauté engagée et humaine.

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay...
« PLUS QU'UNE RÉSIDENCE ; UN CHEZ-SOI »



La Résidence Berthiaume-Du Tremblay offre un milieu de vie adapté aux besoins et aux désirs des personnes en perte d'autonomie, malgré les défis de la vie en groupe. L'**approche optimale**, centrée sur la relation et la dignité, guide l'ensemble des soins et fait l'objet d'une formation continue pour tous les employés et bénévoles. La compréhension du milieu de vie se définit de la façon suivante :

- Être à l'écoute des besoins et ne pas tout décider à la place des personnes hébergées ou à la place de leurs proches, lorsque les personnes hébergées présentent des pertes cognitives, d'autonomie ou physiques ;
- Avoir une approche la plus personnalisée et individualisée possible en voyant à ne pas multiplier les règles, les routines et les procédures inutiles ;
- Respecter l'exception au-delà de la standardisation ;
- Favoriser la liberté, la spontanéité, l'imagination et l'intimité ;
- Tolérer et respecter la différence ;
- Organiser les lieux physiques de façon chaleureuse, à l'image le plus possible d'un chez-soi ;
- Accepter de questionner régulièrement nos pratiques, nos façons de faire.

Ouverte sur son environnement, la Résidence facilite les liens avec la communauté et applique les mêmes principes au Centre de jour, qui vise le maintien à domicile dans un cadre le plus naturel possible.

Le personnel est reconnu comme la ressource essentielle de l'établissement. La Résidence valorise :
Le sens des responsabilités, l'esprit d'équipe, le sentiment d'appartenance, la fierté de soi et de son travail, le développement des personnes et de l'organisation ainsi que l'équité, la diversité et l'inclusion.

Ces valeurs se traduisent par l'accueil, la reconnaissance, le développement des compétences et une gestion de proximité fondée sur la confiance, la clarté et l'accompagnement personnalisé.

Première au Québec, la Résidence est un CHSLD accrédité **SOFEDUC**, confirmant la qualité de sa formation continue.

La **continuité des services** est une priorité : La stabilité du personnel renforce la sécurité, le confort et la qualité de vie des usagers. La gestion des ressources humaines repose sur la collaboration, le respect et un climat de travail sain, soutenu par : La collaboration interservices, des communications claires, la santé et la sécurité au travail, la reconnaissance ainsi que la créativité et l'initiative.

Engagée dans l'amélioration continue, la Résidence participe activement à la démarche d'Agrément Canada et a obtenu, en 2020 et 2024, la mention agréé avec honneur.

Approche milieu de vie

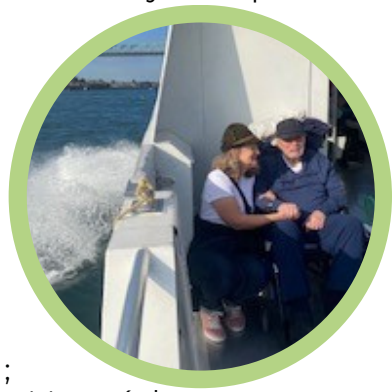
La Résidence Berthiaume-Du Tremblay porte une vision centrée sur le mieux-être des aînés, offrant un milieu de vie chaleureux et de qualité. Chaque année, nos équipes enrichissent leur expertise, innovent et approfondissent une approche qui nous tient profondément à cœur.

✓ Grâce aux dons recueillis lors de notre campagne annuelle, un **riche programme d'activités** a été mis en place durant la saison estivale 2025, permettant de créer un milieu de vie dynamique et joyeux pour tous. Parmi les activités qui ont été réalisées, notons :

- Un spectacle d'Elvis et des concerts de musique classique ;
- Des séances de zumba et de yoga ;
- Des rencontres avec des mini-chevaux et des animaux de la ferme ;
- Des soirées conviviales autour d'un feu de camp.

✓ Le comité Rêve d'un Jour a joué un rôle clé en permettant la réalisation de **dix rêves** de résidents, leur offrant ainsi des expériences uniques et mémorables. Les rêves suivants ont notamment vu le jour :

- Une visite du Jardin botanique ;
- Une balade sur le Fleuve Saint-Laurent à bord de la navette fluviale ;
- Une sortie au Centre Bell pour assister à un match des Canadiens de Montréal ;
- Des virées magasinage ;
- Des spectacles par différents artistes (dont un aux couleurs de l'Italie et des prestations de piano).



Pour sa quatorzième édition, des actions de recherche de financement et de partenariats ont été réalisées, permettant de recueillir la somme de **3 960 \$**.

Wow!



✓ Grâce au travail du comité communication, les résidents ont reçu **trois** éditions du journal de la **Presse d'Angéline** cette année, qui met en valeur des entrevues, des anecdotes, des photos d'activités et bien d'autres contenus appréciés.

✓ Le comité décoration a réalisé de nombreux projets cette année dont la **décoration des chambres** de **six** résidents sans proche ainsi que le remplacement des fauteuils dans les salons d'étage. L'aménagement complet des salons se terminera en 2026-2027, notamment avec l'installation des cadres décoratifs.

✓ Grâce à un financement de 73 500 \$, le Comité Qualité du Milieu de Vie (CQMV) a amorcé un important projet d'**aménagement des balcons** sur les huit étages de la Résidence. Les interventions réalisées comprennent l'installation de surfaces écoélastiques pour améliorer le confort, l'ajout de toiles décoratives au plafond, la mise en place de treillis feuillus, ainsi que l'acquisition de bancs adaptés aux besoins de la clientèle. Des bacs à jardins et diverses plantes ont également été ajoutés afin de créer un environnement plus verdoyant et apaisant.

Ces aménagements visent à offrir aux résidents un espace extérieur plus convivial et accessible, enrichissant ainsi leur expérience quotidienne et ajoutant un véritable prolongement à leur milieu de vie.



Approche partenaire de soins & de services

L'équipe de la Résidence reconnaît que la qualité des soins et services repose sur un partenariat étroit avec les résidents et leurs proches, qui sont les mieux placés pour exprimer leurs préférences et proposer des améliorations fondées sur leur expérience.

Le partenariat avec les proches se manifeste par la consultation régulière des résidents, des usagers et de leurs proches, notamment par des sondages et des rencontres portant sur des sujets d'intérêt commun. Il s'exprime aussi par l'implication de certains d'entre eux au sein de comités dédiés aux soins et services, tant à l'hébergement qu'au Centre de jour.

- ✓ Les **groupes d'information sur les troubles neurocognitifs** ont été poursuivis cette année par la travailleuse sociale de la Résidence, offrant aux personnes proches aidantes un espace d'écoute, de partage et d'information. Une évaluation de satisfaction réalisée auprès des participants confirme la pertinence et l'impact positif de cette initiative.
- ✓ L'équipe du Centre de jour a entrepris un **processus d'évaluation collaborative** de ses activités, en impliquant la clientèle afin d'identifier des pistes d'amélioration. Cette démarche a permis d'ajuster la programmation et de mieux répondre aux besoins des participants, assurant ainsi une amélioration continue des services offerts.
- ✓ Dans le cadre du soutien aux personnes proches aidantes, deux ateliers dédiés à l'**adaptation au rôle de proche aidant face aux changements** ont été organisés par l'équipe du Centre de jour. Ces ateliers ont offert aux participants des outils concrets et un espace pour partager leurs expériences, contribuant ainsi à une meilleure adaptation à leur rôle.

Le comité approche partenaire

L'approche partenaire se concrétise également par le Comité Approche partenaire, un espace consultatif réunissant résidents, proches et usagers du Centre de jour, où ils sont invités à partager leurs points de vue et à formuler des recommandations sur les projets en cours.

Le comité s'est réuni à deux reprises durant l'année et a été consulté ou appelé à se prononcer sur dix sujets, dont les suivants :

- Le projet de visite virtuelle de la Résidence ;
- La visite des personnes proches aidantes ;
- La décoration et le réaménagement de la salle polyvalente ;
- Les communications sur les mesures d'urgence.



Sur les 10 sujets abordés en approche partenaire :

21 suggestions ont été formulées sur les différents sujets

8 ont déjà été mises en application



Les priorités organisationnelles : ESCALE 1

Accès à de la main d'œuvre compétente,
mobilisée, en nombre suffisant et à un milieu de
travail de qualité

- ✓ La transition à la direction générale a été l'occasion de mettre à jour le **programme d'accueil et d'intégration** destiné au directeur général et aux gestionnaires.

Cette révision s'est accompagnée de l'intégration d'un **processus structuré de transfert des dossiers**, assurant ainsi une prise de fonction harmonieuse et une continuité optimale des opérations.

- ✓ La direction des ressources humaines a poursuivi la recherche et le déploiement de moyens novateurs pour **favoriser l'attraction et la rétention du personnel, des stagiaires et des bénévoles**.

Parmi les actions menées, soulignons l'intégration d'un nouveau résident aux entrevues des préposés aux bénéficiaires, où il accompagne la conseillère à la dotation. S'ajoutent également la mise en place de publicités ciblées sur les réseaux sociaux pour le double emploi et le recrutement de personnel d'agences, ainsi que le dépôt de candidatures du projet Résidents-Entrevues PAB à différents concours, dont une à l'AEPC pour les prix Clémence-Boucher et deux à Santé Québec.

Un projet de conférence a également été soumis au Colloque *Pour le mieux-être des aînés* 2026.

- ✓ Au cours de l'année 2025-2026, la direction des services à la clientèle (DSC) a poursuivi la mise en place d'une **gestion proactive des ressources cliniques**, en collaboration étroite avec les gestionnaires et l'équipe des ressources humaines. Cette démarche s'est appuyée sur des rencontres régulières visant à anticiper les enjeux de dotation, sur la participation aux rencontres hebdomadaires de planification des ressources dans le contexte de la fin de la main-d'œuvre indépendante, ainsi que sur l'ajustement d'un plan de travail alternatif pour maintenir la continuité des soins lors d'absences de personnel.

Parallèlement, l'établissement a poursuivi ses efforts pour **éliminer la main-d'œuvre indépendante (MOI)**. La direction des ressources humaines, alimentaires et de la buanderie-lingerie a mis à jour son plan d'action, appliqué des mesures de délestage à court terme et travaillé en étroite collaboration avec la DSC pour ajuster les plans de travail. Des suivis hebdomadaires avec les équipes et le syndicat ont permis d'assurer une gestion serrée des besoins de main-d'œuvre.

Grâce à ces actions, la MOI a été entièrement retirée du service de l'hébergement dès septembre 2025 et maintenue à zéro dans les horaires courants, à l'exception de la période des Fêtes.



Wow!

ESCALE 1

Suite...



- ✓ Au cours de l'année 2025-2026, l'équipe a procédé à la révision et à la finalisation du **programme d'orientation des préposés aux bénéficiaires (PAB)**.

Ce travail a permis de mettre à la disposition du nouveau personnel un cartable de référence complet, de former les préposés-orienteurs afin d'uniformiser les pratiques d'accueil et d'assurer une transmission cohérente et de qualité des informations essentielles. Le programme constitue désormais un outil structurant pour soutenir la compétence et l'intégration du nouveau personnel PAB.

- ✓ L'établissement a poursuivi la mise en place de l'**autogestion des horaires de travail**, actuellement implantée pour les infirmières, les assistantes-infirmières-chef (AIC) et les infirmières auxiliaires depuis avril 2025.
- ✓ Afin de maintenir un milieu de travail mobilisant et de qualité, les gestionnaires ont poursuivi leurs pratiques de **gestion de proximité**. Les actions réalisées comprennent la tenue de tournées quotidiennes pour assurer une présence active sur le terrain, la réalisation des rencontres d'appréciation de la contribution afin de soutenir le développement professionnel, ainsi que l'organisation de rencontres d'équipe de jour, de soir et de nuit pour renforcer la cohésion et assurer l'alignement des pratiques.

Ces interventions ont contribué à améliorer la communication interne, la mobilisation et le sentiment d'appartenance du personnel.

- ✓ En vue de la visite de **ré-accréditation de SOFEDUC**, la direction des services à la clientèle a procédé à la préparation des documents requis et assuré la conformité aux critères, en collaboration avec la conseillère en soins infirmiers. Les travaux ont porté sur la mise à jour des outils et des preuves documentaires et la participation à la visite de ré-accréditation. Cette démarche a confirmé la rigueur de nos processus de formation et la qualité de notre environnement d'apprentissage.
- ✓ Tout au long de l'année, un volume important de **formations a été déployé au personnel clinique**, conformément au calendrier annuel. Les détails relatifs aux activités offertes, aux taux de participation et à leurs retombées organisationnelles figurent dans la section «Escale 3» du présent rapport.
- ✓ Aussi, plusieurs **formations internes** ont été créées pour les gestionnaires, portant notamment sur la civilité, la gestion des absences ponctuelles, la gestion de la période de probation ainsi que l'utilisation du logiciel Virtuo pour la planification des horaires.
- ✓ Pour assurer la continuité des activités à la centrale de remplacement durant les absences et les vacances, les deux assistantes à la direction des ressources humaines ont réalisé leur **autoformation** en mai 2025, leur permettant d'assurer mutuellement le remplacement au besoin.
- ✓ Un **pharmacien stagiaire** a été accueilli au sein de la pharmacie, contribuant au développement des pratiques et à l'enrichissement des activités professionnelles de l'équipe.



Les priorités organisationnelles : ESCALE 2

Rétablissement et adaptation post-pandémique
en misant sur l'apprentissage, l'équilibre, la
bienveillance, la résilience et la continuité

- ✓ Cette escale étant déjà complétée, les équipes de la Résidence ont concentré toute leur énergie sur les priorités organisationnelles à réaliser dans les autres escales, assurant ainsi la progression continue des travaux et le maintien de l'alignement stratégique.

100%



Les priorités organisationnelles : ESCALE 3

Accès à un accompagnement, des soins et des services personnalisés, sécuritaires, de qualité et adaptés aux besoins de la clientèle et des proches

- ✓ Dans le cadre de la poursuite de l'**implication des usagers dans le choix des menus**, plusieurs activités ont été réalisées.

D'abord, une **dégustation dirigée** tenue le 10 mars 2026, portant sur la graine de chanvre, a permis de recueillir les impressions des résidents et d'alimenter la réflexion sur l'évolution des menus.

Par ailleurs, le sondage de décembre 2025 sur l'**expérience vécue par les résidents hébergés en CHSLD** a révélé une amélioration notable par rapport à 2023: Hausse de 15% de la satisfaction générale, augmentation de la satisfaction liée à l'ambiance des repas, amélioration de 10% concernant la présentation et l'apparence des aliments ainsi qu'une amélioration de 10% de l'appréciation du temps accordé par le personnel aux résidents au temps de l'activité repas.



- ✓ La direction de la qualité, de la performance, de la gestion des risques et des services techniques (DQPGRST) a poursuivi le pilotage de la **préparation de la visite d'Agrément Canada 2028**, incluant la réalisation du sondage «Expérience vécue», l'auto-évaluation organisationnelle et la rédaction du livret de conformité. Cette démarche structurante a permis d'assurer une préparation rigoureuse en vue de la visite.
- ✓ L'élaboration de la **Charte de la bientraitance** a été réalisée en collaboration avec l'agente à la bientraitance, suivie de sa remise à tous les employés, bénévoles, usagers et résidents ou leur représentant. Cette initiative vise à renforcer la culture de respect, de dignité et de bienveillance au sein de la Résidence.
- ✓ Au cours de l'été 2025, un **processus complet d'appréciation et de contrôle de la qualité des soins et services** a été réalisé. Celui-ci comprenait la préparation et la standardisation de grilles d'audit adaptées aux différentes dimensions de la qualité, l'établissement d'un échéancier formel pour la réalisation et la compilation des audits, la rédaction d'un rapport détaillé présentant les constats, les écarts observés et les pistes d'amélioration, ainsi que la mise en place d'un suivi systématique des mesures correctrices.

Les résultats et suivis ont été présentés aux gestionnaires, au Comité de direction et au Comité de vigilance et de qualité.

L'ensemble de ces travaux a permis d'assurer une surveillance rigoureuse des pratiques et de soutenir l'amélioration continue des soins offerts.



ESCALE 3

Suite...



✓ Plusieurs **activités de développement des compétences** ont été offertes au personnel clinique, notamment :

- Formation sur les rencontres interdisciplinaires ;
- Formation sur la contribution de l'infirmière au constat de décès ;
- Formation sur l'utilisation du logiciel clientèle Gustav ;
- Formation destinée aux infirmières chefs d'équipe ;
- Formation sur les nouvelles pratiques en nutrition entérale ;
- Formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR) ;
- Formation sur l'approche optimale des soins.

Ces activités ont contribué à renforcer l'expertise clinique, à soutenir la qualité des interventions et à assurer une mise à jour continue des pratiques professionnelles.

✓ En cohérence avec les recommandations du Comité de fin de vie, des actions ont été menées pour **renforcer l'utilisation du plan d'intervention individualisée en fin de vie**, un outil essentiel pour assurer une approche personnalisée et respectueuse des volontés de la personne et de ses proches, tout en soutenant la qualité et la cohérence des interventions en fin de vie.

✓ Le **Comité d'éthique** a joué un rôle clé dans l'accompagnement des pratiques de soins, soutenant tant le personnel que les résidents et leurs proches dans des situations éthiques complexes. Au total, **neuf situations** ont été analysées, permettant d'éclairer la prise de décision, de favoriser le dialogue entre les parties concernées et de soutenir des interventions respectueuses de la dignité, de l'autonomie et du bien-être des personnes. Par son action, le comité a contribué à renforcer une culture de réflexion éthique et à outiller les équipes face aux dilemmes rencontrés.

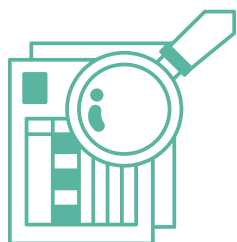
✓ Le **suivi de la visite ministérielle** a été assuré par l'élaboration d'un plan d'action et la mise à jour du plan d'amélioration continue, intégrant les éléments issus de la visite du 19 novembre 2024. Ce plan est arrimé avec les plans d'action des différentes directions.

Par exemple, en réponse à une recommandation ministérielle, une **politique sur l'identification des résidents** a été élaborée, et des **audits sur l'affichage professionnel** ont été réalisés afin de soutenir la conformité et la qualité des pratiques.

✓ Le projet de **constat de décès par l'infirmière**, initié en 2024-2025, a été déployé officiellement en janvier, après l'approbation du protocole de soins PS-24 « Contribution de l'infirmière au constat de décès ».

Au total, **36** infirmières ont été formées à cette nouvelle pratique.

Les 12 premiers constats de décès réalisés par les infirmières ont fait l'objet d'un audit afin d'assurer la conformité et la qualité de l'application du protocole.



Les priorités organisationnelles :

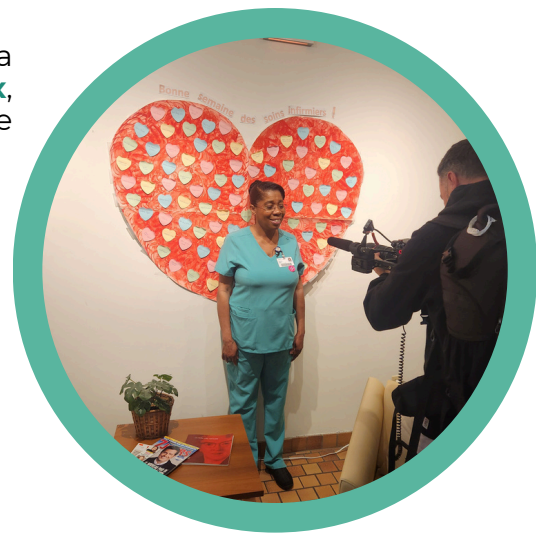
ESCALE 4

Accès à un milieu de vie sécuritaire, innovant, stimulant et chaleureux

- ✓ Une étude de faisabilité a été réalisée en vue des travaux d'installation d'un nouveau **système de climatisation** pour les 1er et 2e étages, afin de soutenir la planification des améliorations futures en matière de confort thermique.
- ✓ La **poursuite du plan directeur d'aménagement paysager** s'est traduite par des rencontres de travail tenues les 24 avril, 12 juin et 26 août 2025, ainsi que le 12 janvier 2026.

Les actions réalisées comprennent :

- L'installation du gazebo en juin 2025 ;
 - La réparation des affiches de signalisation rétroéclairées des secteurs de la Résidence et des Résidences Le 1615 et Le 1625 ;
 - La bonification du réseau électrique à la grotte ;
 - Des travaux de réfection des sentiers ont été effectués durant l'été 2025, améliorant l'accessibilité et la qualité des espaces extérieurs.
- ✓ Grâce à une stratégie de communication omnicanale efficace, la Résidence a renforcé sa **visibilité sur les médias sociaux**, soutenue par une présence cohérente, une image de marque soignée et un contenu qui suscite un engagement soutenu.





La poursuite de l'instauration de la **gestion des matières résiduelles** s'est traduite par l'achat et l'installation de bacs de récupération des matières recyclables au Bistro, à la salle à manger du 1er étage et à celle du personnel au 2e étage.



Comité santé environnementale

Composé au 31 mars 2026 des membres suivants :

- Madame Geneviève Angers directrice de la qualité, la performance, la gestion des risques et des services techniques et déléguée de la direction générale
- Madame Gerarda Capece, directrice des ressources financières et informationnelles
- Madame Sarah Mercille, adjointe à la direction des ressources humaines
- Monsieur Patrick Lamontagne, chef des installations matérielles
- Madame Manon Tanguay, chef du service alimentaire
- Madame Barbara D'Urso, chef d'unité



Le comité s'est réuni à trois reprises et a travaillé sur les dossiers suivants :

- Mise en place de la **consigne élargie** et organisation des nouvelles pratique de récupération, renforçant les pratiques écoresponsables de l'organisation ;
- Les démarches ont été complétées pour intégrer le **programme Go Consigne** ;
- Le comité a assuré un **suivi continu de la consommation** d'électricité, d'eau et de diesel afin d'optimiser l'efficacité énergétique de la Résidence ;
- Les documents d'accueil destinés aux résidents et aux usagers du Centre de jour ont été **convertis en format virtuel** pour réduire la consommation de papier ;
- Une **action de sensibilisation** a été menée pour encourager l'extinction des lumières lorsqu'elles ne sont pas nécessaires ;
- Une campagne a été déployée pour promouvoir l'utilisation des **tasses réutilisables** au Bistro ;
- Poursuite de la **compilation des données de consommation de papier**, facilitant ainsi la sensibilisation des utilisateurs.



Les priorités organisationnelles : ESCALE 5

Partenariat avec les aînés, les proches, le personnel, les partenaires et la communauté



- ✓ En collaboration avec le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, la Résidence a poursuivi la mise en œuvre du **plan d'action lié à la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (PHSSLD)**.

L'ensemble des objectifs prévus a été atteint, consolidant la collaboration et l'alignement des pratiques avec les standards régionaux.

- ✓ L'engagement de l'équipe du service des loisirs a de nouveau permis d'assurer la gestion du projet des vélos adaptés pour la saison estivale 2025.

La saison s'est déroulée du 3 juin au 15 octobre 2025 permettant aux résidents de bénéficier d'un total de **152 balades à vélo**, en comparaison avec 189 balades à la saison estivale 2024.

Cette réalisation a été rendue possible grâce à la participation active de **7 bénévoles**, dont l'engagement a joué un rôle déterminant.

- ✓ Conformément à la Politique d'hébergement et de soins de longue durée du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et guidés par notre volonté de favoriser l'ouverture sur la communauté, nous avons développé une programmation permettant à notre clientèle de tisser des liens avec les voisins et partenaires du quartier.

Au total, nous avons organisé **27 événements** en collaboration avec des partenaires externes. Voici un aperçu de ces initiatives :

- Visites du marché mobile ;
- Fête des voisins du Quartier des générations ;
- Projet *Mamie Remix* ;
- Conférence : *Pour que vieillir soit gai* (Fondation Emergence) ;
- Visites de la bibliothèque mobile ;
- Conférence: *J'ai faim de joie* (Mme Labriski), en partenariat avec la Fédération québécoise du loisir en institution ;
- Projet *De Bouche à Oreilles* ;
- Diverses activités intergénérationnelles avec le Centre de la petite enfance (CPE) et les écoles du quartier ;
- Atelier : *Dynamiques relationnelles chez les aîné.es* ;
- Atelier: *La fraude au quotidien* (Prévention du crime Ahuntsic Cartierville).



Les priorités organisationnelles : ESCALE 6

Viabilité et santé financière



- ✓ Le conseil d'administration et la direction ont poursuivi leurs démarches et représentations auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des élus afin de faire valoir les **enjeux financiers** propres aux établissements privés conventionnés (EPC).



Le contexte économique a exercé une pression importante sur les finances de la Résidence, amenant les directions et les équipes à renforcer l'efficacité des processus de travail et à assurer un **suivi budgétaire particulièrement rigoureux**. La direction des ressources financières et informationnelles a joué un rôle central dans le maintien de l'équilibre budgétaire.

La Résidence a également mis en place un **plan de redressement**, appliqué avec rigueur, afin de tendre vers l'équilibre financier. Plusieurs pistes de solutions ont été élaborées et déployées pour réduire le déficit structurel.

Un merci sincère à toutes les équipes pour leur engagement dans ce dossier.

- ✓ En collaboration avec la Fondation Berthiaume-Du Tremblay, la Résidence a mené une campagne de financement durant la période des Fêtes sous le thème « **Réchauffons le cœur des aînés, une lumière à la fois** ».

Cette initiative visait à illuminer l'ensemble des balcons des étages, les entrées principales et l'allée centrale d'une multitude de lumières et de guirlandes scintillantes, créant une ambiance féérique ainsi que pour soutenir l'organisation d'activités destinées à l'ensemble de nos clientèles, telles que :

- Des activités physiques ou ludiques ;
- Des massages ;
- Des sorties récréatives ;
- Des concerts musicaux; Etc.

Grâce à la générosité de notre communauté, un montant de **8 299\$** a été recueilli, une somme qui permettra de financer un large éventail d'activités destinées aux aînés du Quartier des générations.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance sincère envers tous les donateurs.



ESCALE 6

Suite...



Pour bonifier les initiatives de collecte de fonds, le Comité source de revenus a réalisé plusieurs actions au cours de l'année.

Un **tirage moitié-moitié** a été organisé à l'occasion de la période de Pâques, pour le fond d'urgence pour les animaux en Résidence. Cette activité a permis de diversifier les sources de financement et de mobiliser davantage le personnel, les proches, les résidents et les bénévoles.

Un travail d'arrimage entre la **politique de sollicitation locale** de la Résidence et la politique de sollicitation de dons de la Fondation Berthiaume-Du Tremblay a également été effectué, assurant une cohérence accrue dans les pratiques de financement.

La Fondation Berthiaume-Du Tremblay a procédé à l'envoi d'une lettre d'appel de dons aux proches des résidents, aux usagers du Centre de jour et aux locataires des Résidences Le 1615 et Le 1625 dans le cadre d'une nouvelle campagne annuelle tenue en mai, la **campagne Satisf-Action**. Cette démarche a permis d'amasser **2120\$** pour bonifier la programmation d'activités offertes à la clientèle.

Un grand merci à tous les donateurs.



Les faits saillants...

À la direction générale

- ✓ Parmi les faits marquants de l'année, la Résidence a mené à bien le **recrutement et l'intégration du nouveau directeur général**, Monsieur Joël Boulay.

L'équipe de direction et le conseil d'administration ont travaillé de concert pour assurer un accueil structuré, un accompagnement soutenu et une transition harmonieuse, permettant à M. Boulay d'assumer pleinement ses nouvelles fonctions au sein de l'organisation.

- ✓ L'un des faits saillants majeurs de l'année a été la **refonte complète de l'image de marque**, réalisée à la suite du changement d'identité visuelle de la Fondation Berthiaume-Du Tremblay.

Un travail considérable a été accompli pour harmoniser l'ensemble des outils et plateformes : Les nouveaux logos de la Résidence et des Résidences Le 1615 et Le 1625 ont été déployés sur **toutes les plateformes numériques et médias sociaux**, et l'ensemble des dépliants et documents remis à la clientèle ont été mis à jour pour refléter cette nouvelle identité.

Un soutien a également été apporté à la **création des outils promotionnels** liés au lancement du logo, notamment les signets et les affiches, en collaboration avec le comité communication.

Enfin, une **révision des visuels des affiches extérieures** du stationnement a été réalisée afin d'assurer une cohérence complète de l'image de marque.



- ✓ Dans une volonté de renforcer la gouvernance et d'enrichir les compétences des administrateurs, la Résidence a offert aux membres du conseil d'administration des **activités de sensibilisation et de formation** portant sur l'équité, la diversité et l'inclusion, l'approche partenaire de soins et services ainsi que sur les réalités autochtones.

Une présentation dédiée à l'approche partenaire a également été réalisée au conseil d'administration en septembre 2025, consolidant l'appropriation de ce cadre de référence par les administrateurs.

Les faits saillants... À la direction générale

Suite...



- ✓ Une **révision continue de la méthode de suivi financier** des différents projets a été réalisée afin d'assurer une gestion plus rigoureuse, cohérente et adaptée aux besoins organisationnels.
- ✓ En collaboration avec le comité communication, les gestionnaires et les employés, une nouvelle **infolettre interne, Entre-Nous**, a été mise sur pied, avec la parution de ses deux premières éditions en 2025-2026.

Conçue par et pour les employés, elle est acheminée mensuellement à l'ensemble du personnel. Son objectif est de rassembler et informer en mettant en lumière ce qui fait vivre notre Résidence: Les projets, les idées, les réussites et les gestes de cœur qui témoignent de l'engagement de notre communauté.

Entre-Nous présente les projets en action, les moments forts, les anniversaires professionnels, les moments inspirants, l'arrivée de nouveaux collègues, les activités à venir ainsi que la voix des résidents. Elle inclut également une petite entrevue avec un employé et des conseils bien-être. Cette infolettre se veut un espace positif, humain et mobilisateur, reflétant la vitalité et la fierté de la Résidence.



- ✓ La direction générale, en collaboration avec le comité source de revenus, a procédé à la **création d'un calendrier annuel des différentes campagnes de financement**, permettant de mieux planifier et d'étaler les initiatives tout au long de l'année. Cet outil contribue à une gestion plus stratégique, cohérente et équilibrée des actions philanthropiques.



Les faits saillants...

À la direction des services à la clientèle

- ✓ L'exercice 2025-2026 a été marqué par la planification et la préparation du **déploiement du logiciel** pour le volet hébergement, modernisant les pratiques cliniques et administratives.

Après une préparation amorcée au printemps 2025 et la mise en place du parc informatique à l'automne, tous les formulaires de soins infirmiers et cliniques ont été révisés et intégrés au système. L'intégration des données, soit 201 dossiers de résidents pour un total d'environ 450 heures de travail, et la création de près de 300 accès utilisateurs ont été réalisées entre février et mars 2026.



Un programme de formation complet a été offert à l'ensemble des groupes professionnels.

Cette première phase du projet s'est conclue par une rationalisation de la documentation papier, remplacée par des caissons restreints contenant uniquement les formulaires essentiels.

- ✓ Au cours de l'année 2025-2026, une **visite virtuelle de la Résidence** a été réalisée afin de faciliter l'accès à l'information et de valoriser le milieu de vie. La captation des images s'est déroulée au printemps et à l'été 2025, suivie du montage à l'automne.

La visite virtuelle a été mise en ligne le 19 décembre 2025 sur le site Internet, accompagnée d'une communication officielle destinée aux résidents, à leurs proches, aux employés ainsi qu'aux bénévoles, incluant un lien direct et un code QR. **Vous pouvez la consulter en cliquant [ici](#).**

La vidéo a également été promue auprès des partenaires du réseau, notamment le CLSC et le Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH), et continue d'être diffusée lors des échanges avec ceux-ci.

Du côté du Centre de jour...

- ✓ Plusieurs initiatives ont été mises en place pour renforcer le lien avec la communauté et mieux répondre aux besoins des résidents et de leurs proches. De **nouveaux partenariats communautaires** ont émergé, dont des activités intergénérationnelles avec une école primaire du quartier, un atelier de danse sur chaise animé par une bénévole, ainsi qu'un projet de médiation culturelle, *Bouche à oreilles*, proposant des contes animés.
- ✓ Un nouveau groupe mensuel pour les **proches aidants** a été créé, offrant un espace d'échange, de soutien et de partage d'expériences.
- ✓ La pochette d'accueil a été transformée en **feuillet d'accueil**, permettant de regrouper et de simplifier l'information remise aux nouveaux usagers du Centre de jour.



Cette démarche offre désormais un outil plus clair, mieux structuré et davantage adapté aux besoins de la clientèle et de leurs proches.

Les faits saillants... À la direction des services à la clientèle

Suite...



Nous avons la chance de pouvoir compter sur une **belle équipe de bénévoles** qui soutient activement les activités de la Résidence.

Leur présence est précieuse, que ce soit pour accompagner les résidents lors d'activités, offrir un soutien au salon de coiffure, entretenir les espaces fleuris, contribuer à la couture, ou encore alimenter les résidents, parmi plusieurs autres gestes essentiels.

Au 31 mars 2026, la Résidence comptait **71 bénévoles actifs**, totalisant **7 468 heures** de bénévolat — un engagement remarquable qui témoigne de leur générosité et de leur dévouement.

Un immense merci à notre équipe de bénévoles, dont l'engagement et la générosité enrichissent chaque jour la vie de notre communauté.

71 bénévoles actifs
au 31 mars **2026**
7 468 heures de bénévolat

78 bénévoles actifs
au 31 mars **2025**
6 722 heures de bénévolat

Wow!



« Le bénévolat permet de découvrir les talents cachés des personnes âgées et de leur redonner du pouvoir dans leur vie riche d'expérience. Les œuvres réalisées donnent un sentiment d'accomplissement et de réalisation. Accompagner les résidents est un réel plaisir rempli d'émotions et de découvertes pour le bénévole. »

- Mme Francine Forget

Les faits saillants...

À la direction des ressources humaines, alimentaires et de buanderie-lingerie

- ✓ L'établissement a obtenu la **certification *Bien au travail de niveau 1*** pour sa marque employeur, une reconnaissance qui souligne l'engagement envers un milieu de travail sain, respectueux et mobilisant.

Cette accréditation confirme la qualité des pratiques internes et la volonté continue d'améliorer l'expérience des employés.

- ✓ Au cours de l'année 2025-2026, le comité bien-être au travail a **augmenté la fréquence de ses activités** annuelles, renforçant ainsi les initiatives de reconnaissance du personnel.

Cette bonification de la programmation a permis d'offrir davantage de moments d'appréciation, de mobilisation et de valorisation auprès des équipes.

Les activités suivantes ont été réalisées durant l'année :

- BBQ de la rentrée ;
- On bouge à RBDT ;
- 5 à 7 de la reconnaissance ;
- Massages sur chaise ;
- Courrier du cœur à l'occasion de la St-Valentin.



Les faits saillants...

À la direction des ressources financières et informationnelles



✓ L'installation de **terminaux de point de vente** à la réception a permis d'améliorer concrètement l'expérience usager en facilitant l'achat de coupons-repas par les familles et les proches.

Cette modernisation simplifie les transactions, réduit les délais d'attente et offre un service plus fluide et accessible aux visiteurs, contribuant ainsi à une expérience d'accueil plus conviviale et efficace.



✓ Le renforcement de la **culture en cybersécurité** s'est illustré cette année par l'organisation, dans le cadre du Mois de la sensibilisation à la cybersécurité, d'une activité ludique de type chasse au trésor tenue du 27 au 31 octobre 2025.

Conçue par l'équipe informatique, cette initiative visait à accroître les connaissances et la vigilance des employés face aux enjeux de cybersécurité, tout en favorisant une participation engageante et accessible à l'ensemble du personnel.



Les faits saillants...

À la direction de la qualité, la performance, la gestion des risques et des services techniques

✓ Dans le cadre du plan de maintien des actifs (PDMA), **plusieurs travaux ont été réalisés** au cours de l'année :

- Ragraéage de l'enveloppe extérieure des bâtiments ;
- Travaux d'aménagement paysager, incluant l'installation d'un nouveau gazébo pour les résidents et leurs proches ;
- Resurfaçage des sentiers menant à la grotte ;
- Remplacement des portes de l'entrée principale et du plancher du vestibule ;
- Remplacement du plancher de la salle La Riveraine.

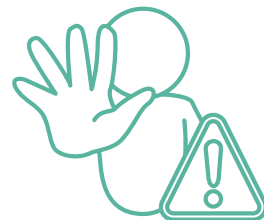
Enfin, l'année a marqué le début de l'élaboration des besoins et de la planification des travaux liés au réaménagement de la cuisine, incluant la préparation de différents scénarios et du plan de continuité.



✓ En lien avec les **mesures d'urgence**, plusieurs actions ont été réalisées afin de renforcer la préparation et la capacité d'intervention du personnel.

Des formations ciblées ont été offertes aux équipes, incluant une initiation au panneau d'alarme incendie.

De plus, un outil d'accompagnement a été élaboré pour soutenir le personnel de soins lors d'une situation d'urgence, afin d'assurer la continuité des soins et services en tout temps.



Les faits saillants... À la direction des services professionnels



- ✓ La direction des services professionnels a maintenu son engagement envers une **gestion rigoureuse des médicaments**, incluant les médicaments onéreux et les antipsychotiques. Des efforts importants ont été consacrés à l'optimisation de l'utilisation des médicaments, conformément à la mesure 9 du plan d'action lié à la Politique d'hébergement.

Les rapports d'utilisation des antipsychotiques ont été présentés à chaque rencontre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) afin d'en assurer le suivi.

Les résultats témoignent de la nécessité de poursuivre les modalités de réduction et de surveillance de ces médicaments.



Diminution de 1,65 % !



Mars 2026
24.24 %

Mars 2025
25.89 %

Taux d'utilisateurs de médicaments antipsychotiques potentiellement admissibles à une déprescription en date du 31 mars 2026.

- ✓ L'ensemble des travaux liés à la **réorganisation physique de la pharmacie** a été complété, permettant d'optimiser les espaces, de structurer les processus et de soutenir une gestion encore plus efficace et sécuritaire des médicaments.

Conseil d'administration

La Résidence peut compter sur la complémentarité et la richesse de l'expérience des membres de son conseil d'administration. Chacun apporte une expertise essentielle qui contribue au rayonnement et à la solidité de l'organisation. Leur proximité, leur collaboration et leur assiduité constituent un soutien précieux, grandement apprécié par l'équipe de la Résidence.

Composition du CA au 31 mars 2026 :

- Monsieur Jean Girouard, président
- Monsieur Mario Larivière, vice-président
- Madame Pierrette Rolland, administratrice
- Madame Dominique Lemonde, administratrice
- Madame Chantal Henquet, administratrice
- Madame Johanne Maître, administratrice
- Monsieur Jean Ouellet, administrateur
- Monsieur Joël Boulay, directeur général et secrétaire



Les administrateurs ont tenu **10 rencontres** durant l'année.

Faits saillants de l'année 2025-2026 :

- Recrutement, accueil et support au nouveau directeur général ;
- Planification du transfert des dossiers et pouvoirs au nouveau directeur général ;
- Début de la démarche d'évaluation de la gouvernance relative à la démarche d'Agrément 24-28 ;
- Formation sur différents sujets :
 - Équité, diversité et inclusion ;
 - L'approche partenaire de soins et services avec les usagers ;
 - Les réalités autochtones.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chacun des administrateurs ainsi que le directeur général de la Résidence signent annuellement l'engagement au code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'établissement.

Le conseil d'administration n'a été saisi d'aucune situation ou cas particulier relatif à des manquements en lien avec l'application du code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Chacun des membres de l'équipe de direction est reçu annuellement au conseil d'administration afin de déposer et commenter les réalisations et les plans d'action de leur direction respective. Les représentants du comité des usagers, du comité approche partenaire et les membres du comité exécutif du CII, du CIIA et du CMDP ont également été reçus au conseil d'administration ou au comité de vigilance et de la qualité au cours de l'année. Leurs présentations permettent aux administrateurs de bien saisir les enjeux de l'organisation dans chacun des secteurs d'activités. Les échanges avec les membres du conseil d'administration permettent également aux personnes accueillies de bénéficier de leur expertise variée et de sentir leur appui, ce qui contribue grandement à la reconnaissance et au développement des talents des gestionnaires.

Comité d'audit

Composition du comité d'audit au 31 mars 2026 :

- Monsieur Mario Larivière, président du comité d'audit et vice-président du CA
- Monsieur Jean Girouard, président du CA
- Madame Dominique Lemonde, administratrice sur le CA
- Monsieur Jean Ouellet, administrateur sur le CA
- Monsieur Joël Boulay, directeur général
- Madame Gerarda Capece, directrice des ressources financières et informationnelles

6
rencontres
durant
l'année.

Faits saillants de l'année 2025-2026 :

- Analyse et suivi rigoureux du budget, des enjeux financiers, du plan de redressement ;
- Suivi des travaux liés à la Loi limitant le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) ;
- Analyse des appels d'offres et recommandations pour divers travaux.

Avis ou recommandation émanant du comité d'audit

Un rapport des éléments analysés par le comité ainsi que certains suivis à effectuer sont présentés au conseil d'administration, lors des réunions subséquentes.

Comité de vigilance et de la qualité

Composition du comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2026 :

- Madame Chantal Henquet, présidente du comité de vigilance et de la qualité et administratrice sur le CA
- Madame Johanne Maître, administratrice sur le CA
- Monsieur Joël Boulay, directeur général
- Madame Geneviève Angers, directrice de la qualité, de la performance, de la gestion des risques et des services techniques
- Madame Karine Veillette, directrice des services à la clientèle
- Madame Florence De Sève, commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services au CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal
- Madame Anne St-Jacques, conseillère cadre par intérim - service - Évaluation de la qualité des milieux de vie et certification, direction qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique au CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal

3
rencontres
durant
l'année.

Faits saillants de l'année 2025-2026 :

- Suivi des activités de différents comités (gestion des risques, CPMU, éthique clinique) ;
- Analyse et suivi des rapports sur la violence, le climat de travail et la santé sécurité au travail ;
- Suivi des rapports sur les plaintes, les signalements de situations de maltraitance et la divulgation des actes répréhensibles ;
- Révision des plans de continuité et adoption du plan de continuité en cas de sinistre exigeant la relocalisation d'une unité de soins ou l'accueil d'un groupe de sinistrés.

Avis ou recommandation émanant du comité d'audit

Recommandations d'adopter les différents rapports et documents présentés et analysés.

Il n'y a eu aucun recours ou recommandation du Protecteur du citoyen.

Les instances consultatives :

Comité des usagers

Composition du comité des usagers au 31 mars 2026 :

- Madame Solange Vincent, présidente
- Madame Louise Pharand, vice-présidente
- Madame Vivane Sokoluk, trésorière
- Madame Ginette Chenard
- Monsieur Alain Dubé

7 rencontres
et une
assemblée
générale
annuelle

Ainsi que les membres intérimaires :

- M. Maurice Pharand
- M. Serge Gravel
- Mme Martine Charbonneau



Faits saillants de l'année 2025-2026 :

- 100% des nouveaux résidents ou leurs proches ont été contactés pour présenter le comité des usagers et son mandat ;
- Quiz sur les 12 droits des usagers affiché sur les téléviseurs et envoyé par courriel aux proches ;
- Implication dans différents projets, notamment l'aménagement des balcons, le service de câblodistribution, la gestion du stationnement, la gestion des appareils auditifs et l'auto-évaluation en vue de la prochaine visite d'Agrément Canada ;
- Organisation d'une conférence portant sur la relation de confiance entre l'établissement et les proches, par Me Ruel.

Comité de gestion des risques et de la qualité

Composition du comité de gestion des risques et de la qualité au 31 mars 2026 :

- Madame Geneviève Angers, directrice de la qualité, de la performance, de la gestion des risques et des services techniques
- Madame Tina Totarella, préposée aux bénéficiaires
- Madame Diana Sincari, infirmière en prévention et contrôle des infections
- Madame Anna-Maria Bruno, chef de programmes à la clientèle et représentante du Centre de jour
- Monsieur El Hassen Mohdeb, chef d'équipe - mécanicien
- Madame Sylvie Arsenault, chef d'équipe au service alimentaire

4
rencontres
durant
l'année.

Faits saillants de l'année 2025-2026 :

- Suivi des événements sentinelles et mise en place de mesures pour en prévenir la récurrence ;
- Suivi des incidents et accidents ;
- Collaboration à l'élaboration d'un plan de continuité en cas de sinistre exigeant la relocalisation d'une unité de soins ou l'accueil d'un groupe de sinistrés.

Les instances consultatives :

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition du CMDP au 31 mars 2026 :

- Docteure Saida Cherigui, présidente
- Docteur Tarek Khreiss, directeur des services professionnels
- Docteur Guillaume Robert
- Docteure Phuong Vy Pham
- Madame Lan Huong Nguyen, pharmacienne
- Madame Guylaine Melançon, pharmacienne
- Madame Geneviève Girard-Landry, pharmacienne
- Monsieur Joël Boulay, directeur général

3
rencontres
durant
l'année.

Faits saillants de l'année 2025-2026 :

- Suivi des stages pour les étudiants en pharmacie, avec des présentations des étudiants ;
- Discussion, présentation et suivi des statistiques en lien avec la diminution des médicaments antipsychotiques et en lien avec l'augmentation du nombre de médicaments par résident ;
- Révision et substitution des médicaments coûteux ;
- Déploiement du projet de constat de décès par l'infirmière depuis le 28 janvier 2026 ;
- Prolongation de l'entente du service de garde avec la Résidence Angélica, achetée récemment par le CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal ;
- Supervision d'un médecin stagiaire par Dre Phuong Vy Pham ;
- Présentation, formation et soutien des membres sur le logiciel clientèle Gustav.

Avis ou recommandation émanant du CMDP

Le CMDP n'a déposé aucun avis ni recommandation auprès du conseil d'administration ni auprès du directeur général.

Trois sous-comités du CMDP sont actifs dans l'établissement :

Le comité d'examen des titres, le comité de pharmacologie et le comité d'évaluation de l'acte médical.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII) & infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Composition du comité exécutif du CII au 31 mars 2026 :

- Madame Joanie Lupien, présidente
- Madame Doha Serhane, vice-présidente
- Monsieur Larry Castonguay, agent aux communications
- Madame Josette Calixte, secrétaire-trésorière intérimaire

Composition du comité exécutif du CIIA au 31 mars 2026 :

- Madame Olga Novikova, présidente
- Madame Yolande Lucrèce Agblah, secrétaire

Faits saillants de l'année 2025-2026 :

- Création d'un outil de référence expliquant les distinctions entre chacun des niveaux d'intensité thérapeutique à l'intention des infirmières ;
- Amorçage de la révision des outils cliniques d'évaluation de la douleur ;
- Participation à la révision des outils d'évaluation de la douleur.



Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) est nommée par le conseil d'administration du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal. Elle est responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Elle a, entre autres mandats, les responsabilités suivantes :

- Appliquer la procédure d'examen des plaintes;
- Examiner les dossiers qui lui sont soumis et rendre des conclusions motivées dans les 45 jours suivants le dépôt de la plainte;
- Assister ou veiller à ce qu'une assistance soit prêtée aux usagers;
- Intervenir, de sa propre initiative ou sur signalement, lorsqu'elle a des motifs de croire que les droits des usagers ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés;
- Recevoir tous les signalements effectués dans le cadre de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

En 2025-2026, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a ouvert :

- Une plainte qui a été conclue (une seconde plainte a été conclue dont le dossier avait été ouvert en 2024-2025) ;
- Huit demandes d'interventions dont sept dossiers ont été conclus - Une demande d'intervention peut être, par exemple, un signalement par un employé, un gestionnaire ou un usager au sujet d'une situation préoccupante mettant en cause les droits des usagers ;
- Trois demandes d'assistance conclues - Une demande d'assistance est une insatisfaction identifiée sans souhait de déposer une plainte ou une demande d'aide pour déposer une plainte ;
- Deux consultations conclues - Une consultation est la sollicitation d'un avis au sujet des droits des usagers.

À la suite de l'examen des plaintes et du traitement des différentes demandes déposées au commissariat aux plaintes et à la qualité des services, le comité de la vigilance et de la qualité a été informé des mesures suivantes mises en place par les gestionnaires de l'établissement :

- Information et sensibilisation des intervenants et des bénévoles (formation sur la maltraitance, sur les stratégies d'animation des rencontres, sur l'approche optimale et le code d'éthique) ;
- Mesures d'encadrement des intervenants pour faire cesser ou corriger une façon d'intervenir par différentes mesures (par exemple : application des mesures administratives appropriées à la situation);
- Soutien psychosocial offert au résident et/ou au proche aidant suite à une situation qui leur a porté préjudice ;
- Amélioration des mesures de sécurité et de protection d'un résident ;
- Évaluation ou réévaluation des besoins et mise à jour du plan de soins du résident ;
- Réorganisation des équipes de travail.

Indicateurs de gestion & statistiques : Les résidents hébergés



- Au 31 mars 2026, 198 résidents étaient hébergés :
- Le taux d'occupation annuel moyen était de **99,5 %** ;
 - Il y a eu **65** admissions en 2025-2026 ;
 - Le séjour moyen des résidents est de **1 131 jours**.

LA RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE SELON LE PROFIL ISO-SMAF À L'ADMISSION :

PROFIL ISO-SMAF	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nombre de résidents 2025-2026	0	3	2	42	32	22	55	22	3
Nombre de résidents 2024-2025	2	3	4	38	33	28	47	23	4



Au 31 mars 2026, sur les 198 résidents hébergés, 91.4 % d'entre eux avaient un profil ISO-SMAF complété.

RÉPARTITION DES SERVICES PROFESSIONNELS SPÉCIALISÉS OFFERTS AUX RÉSIDENTS :

	2025-2026	2024-2025
Physiothérapie (jours-traitements)	3 924 ¹	4 206
Ergothérapie (jours-traitements)	1043	330
Nutrition (nombre d'usagers)	159 ²	180
Service des loisirs - Participations en individuel (incluant visites virtuelles)	4 805	4 289
Service des loisirs - Participations de groupe	12 211	12 029
Intervention psychosociale et travail social (nombre d'usagers)	176	188
Soins spirituels - Participations en individuel	1 474	2 058
Soins spirituels - Participations de groupe	911	571

[1] Les intervenants en physiothérapie ont contribué davantage en l'absence d'ergothérapeute.
 [2] Le nutritionniste est absent depuis plusieurs mois, 2 nutritionnistes sur la liste de rappel assure une présence.

Indicateurs de gestion & statistiques : Les usagers et les proches du Centre de jour



Au 31 mars 2026, **257** usagers étaient inscrits au Centre de jour, incluant les usagers en suspens, les proches aidants et les usagers activement présents au Centre de jour, comparativement à **262** pour l'année précédente. De ce nombre, **119** sont de nouveaux usagers.

Le nombre de présences annuelles s'est élevé à **9 579** en 2025-2026, comparativement à 8 782 en 2024-2025.

Le nombre de dossiers fermés en 2025-2026 correspond à **124**, comparativement à 163 en 2024-2025.

Le taux de roulement correspond à **46 %**.

LE TRANSPORT DES USAGERS ET DES PROCHES AIDANTS

	2025-2026	2024-2025
Minibus du Centre de jour	6 417	6 054
Transport adapté (STM)	8 058	7 080
Taxi adapté	0	1
Usagers véhiculés par leurs propres moyens	4 371	4 116
Transport ambulancier	2	1
TOTAL	19 158	17 252

Soins & accompagnement en fin de vie

PORTRAIT GLOBAL - SOINS ET ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE	2025-2026 ¹	2024-2025 ²
Résidents en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	47 / 47	46 / 46
Sédation palliative continue administrée	0	0
Demande d'aide médicale à mourir formulée	2	1
Demande d'aide médicale à mourir administrée	1	0
Demande médicale à mourir non administrée, car la résidente ne répondait pas aux critères	1	1
Demande anticipée d'aide médicale à mourir formulée	0	1
Demande anticipée d'aide médicale à mourir en attente d'atteinte des critères pour l'administrer	1	1

[1] Sur 60 décès survenus en 2025-2026, 13 décès étaient non prévisibles ou survenus durant une hospitalisation. Il y a eu 47 décès pour lesquels l'application du programme était applicable et a été conforme.

[2] Sur 60 décès survenus en 2024-2025, 15 décès étaient non prévisibles ou survenus durant une hospitalisation. Il y a eu 46 décès pour lesquels l'application du programme était applicable et a été conforme.

Indicateurs de gestion & statistiques :

Gestion des risques



L'amélioration continue de la qualité repose avant tout sur l'identification des éléments à optimiser et des causes d'erreurs. Ainsi, en signalant les événements indésirables, l'organisation peut mettre en place des initiatives visant à renforcer la qualité et la sécurité des services offerts aux résidents, aux usagers du Centre de jour et à leurs proches.

NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

	2025-2026	2024-2025
À l'hébergement	10	7
Au Centre de jour	0	0
TOTAL	10	7

NOMBRE D'INCIDENTS / ACCIDENTS

	2025-2026	2024-2025
À l'hébergement	1 523	1 532
Au Centre de jour	29	20
TOTAL	1 552	1 552

NOMBRE D'INCIDENTS DE GRAVITÉ A OU B (89)

	2025-2026	Pourcentage des incidents	Pourcentage du total des événements indésirables
Erreurs liées aux médicaments	45	51 %	3 %
Événements de type Autres	14	16 %	1 %
Événements en lien avec les équipements et le matériel	19	21 %	1 %

NOMBRE D'ACCIDENTS DE GRAVITÉ C À I (1 434)

	2025-2026	Pourcentage des incidents	Pourcentage du total des événements indésirables
Chutes	637	44 %	42 %
Événements de type Autres	593	41 %	39 %
Erreurs liées aux médicaments	140	10 %	9 %

Indicateurs de gestion & statistiques : Gestion des risques

Suite ...



UTILISATEURS DE CONTENTION PHYSIQUE

	2025-2026	2024-2025
Ceinture avant	2	2
Ceinture pelvienne	0	0
Ceinture arrière	0	0
Mitaines	1	2
Table	0	0
Grenouillère	4	3
Ridelles (comme moyen de contention)	0	2

Vaccination



CONTRE L'INFLUENZA

	2025-2026	2024-2025
Résidents ayant reçu le vaccin contre l'Influenza (cible du MSSS : 80%)	86 %	89 %
Employés ayant reçu le vaccin contre l'Influenza (cible du MSSS : 60%)	10 %	13 %

CONTRE LA COVID-19

Dose de rappel vaccin bivalent Spikevax

Hébergement	88 % des résidents
-------------	--------------------

AUTRES VACCINS

	2025-2026	2024-2025
Résidents ayant reçu le vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS)	88 %	87 %
Résidents éligibles ayant reçu le vaccin contre le zona	77 %	72 %

Le ratio requis pour un établissement est d'une infirmière à temps complet pour 200 lits.

À la Résidence, nous comptons 198 lits et une infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections est présente à temps complet, ce qui représente un ratio de 1.01.

Indicateurs de gestion & statistiques :

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme



PROGRAMMES	EXERCICE COURANT		EXERCICE PRÉCÉDENT		VARIATION DES DÉPENSES	
	DÉPENSES	%	DÉPENSES	%	ÉCART *	% **
PROGRAMMES - SERVICES						
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	24 795 774 \$	64.71 %	24 147 305 \$	63.62 %	648 469 \$	2.69 %
Santé physique	421 805 \$	1.10 %	368 771 \$	0.97 %	53 034 \$	14.38 %
PROGRAMMES - SOUTIEN						
Administration	2 777 824 \$	7.25 %	3 303 639 \$	8.70 %	(525 815)\$	-15.92 %
Soutien aux services	6 324 862 \$	16.51 %	5 943 081 \$	15.66 %	381 781 \$	6.42 %
Gestion des bâtiments et des équipements	3 999 642 \$	10.44 %	4 194 309 \$	11.05 %	(194 667)\$	-4.64 %
GRAND TOTAL	38 319 907 \$	100 %	37 957 105 \$	100 %	362 802 \$	N/A

* Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celle de l'année financière terminée.

** Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.

Un extrait des pages importantes du rapport financier annuel AS-425 est disponible à l'annexe 2 dans la version intégrale du rapport annuel de gestion 2025-2026 de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay.

Indicateurs de gestion & statistiques :

Indicateurs de gestion



CONTRATS DE SERVICE

Contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2025 et le 31 mars 2026.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	0	0 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique	9	1 035 612 \$
TOTAL	9	1 035 612 \$

LOI CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME



La Résidence dispose d'un fumoir dédié exclusivement aux résidents. Un espace est aménagé devant la Résidence à l'extérieur pour les fumeurs.

	Nombre de fumeurs	Avis de courtoisie remis
Résidents	5/198	3
Usagers du Centre de jour	5/262	0

FORMATION DU PERSONNEL

Montants investis par l'établissement pour la formation.

	2025-2026	2024-2025
Exigence de la Loi	268 701.86 \$	244 779.27 \$
Sommes investies par la Résidence	235 244.85 \$	251 925.73 \$
Ratio de l'investissement sur la masse salariale	0.88 %	1.03 %
Pourcentage des employés qui ont reçu au moins une formation durant l'année	87 %	83 %

UTILISATION DE LA LANGUE FRANÇAISE

	2025-2026	2024-2025
Nombre de poste au sein de la Résidence pour lesquels la connaissance d'une autre langue que le français est exigée	0	0
Nombre de poste au sein de la Résidence pour lesquels la connaissance d'une autre langue que le français est souhaitée	0	0

Nous tenons à souligner qu'il n'y a aucun poste à la Résidence pour lequel la connaissance d'une autre langue que le français est exigée ni même souhaitée.

Message du directeur général

Alors que nous amorçons l'année 2026-2027, la Résidence s'engage à poursuivre avec rigueur et cohérence l'achèvement de la planification stratégique *Cap sur 2027*. Cette dernière année de mise en œuvre représente un moment charnière : elle nous permettra de consolider les actions entreprises, de mesurer les progrès réalisés et de renforcer les fondations qui soutiennent notre mission auprès des résidents, des familles et de la communauté.

Parallèlement, nous ouvrirons un nouveau cycle de réflexion en vue de la planification stratégique qui prendra son envol en 2027-2028. Ce travail prospectif nous offrira l'occasion de revisiter nos ambitions collectives, d'anticiper les besoins émergents et de définir, ensemble, les orientations qui guideront la Résidence pour les années à venir.

Voici les priorités qui nous animeront en 2026-2027 :

ESCALE 1 - - priorités annuelles

- Développer et renforcer des partenariats afin d'élargir l'offre de stages, maximiser l'utilisation des espaces disponibles et soutenir le recrutement des futures ressources.
- Faire un bilan du projet d'autogestion des horaires de travail pour le personnel infirmier.
- Poursuite du plan d'action visant l'élimination de la main-d'œuvre indépendante et mise en place de modalités assurant sa pérennité.

ESCALE 2 - Rétablissement - priorités annuelles - Réalisé à 100%.

ESCALE 3 - Soins et services - priorités annuelles

- Réaliser un projet consultatif et prospectif afin de documenter les besoins futurs des aînés et orienter l'adaptation continue de nos services.

ESCALE 4 - Milieu de vie - priorités annuelles

- Déployer des solutions innovantes afin d'améliorer la sécurité, la qualité de vie et le milieu de travail, notamment par l'expérimentation de projets domotiques et informatiques favorisant le bien vieillir et la sécurité du personnel.
- Mobiliser des ressources financières externes pour soutenir des projets qui enrichissent le milieu de vie, notamment par la réalisation de collectes de fonds locales, la vigie active des subventions et le financement de projets spécifiques.
- Développer des partenariats et valoriser les pratiques exemplaires afin de renforcer un milieu de vie stimulant et chaleureux, notamment par l'établissement d'ententes générant de nouvelles sources de revenus et par la poursuite des mises en candidature pour des prix d'excellence.
- Poursuite de la mise en œuvre et du financement du plan directeur informatique.

ESCALE 5 - Partenariats - priorités annuelles

- Renforcer les mécanismes de consultation et de participation des résidents et des proches en bonifiant les moyens de consultation et en mettant en place des groupes consultatifs structurés.
- Consolider les relations et les mécanismes de collaboration avec Santé Québec, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et la Fondation en clarifiant les rôles et responsabilités, en faisant connaître les besoins financiers et de main-d'œuvre de la Résidence et en partageant notre expertise en matière d'offre de services et de soins de longue durée.
- Développer et maintenir des partenariats communautaires, financiers et intergénérationnels afin de soutenir l'innovation et le développement du milieu de vie, notamment par la création de projets avec les organismes d'Ahuntsic, la collaboration continue avec le Quartier des générations et Présâges, et l'établissement d'alliances favorables aux milieux pour aînés.

ESCALE 6 - Finances - priorités annuelles

- Participer activement à la révision des mécanismes de financement des établissements privés conventionnés en contribuant à l'évolution des contrats de financement et en communiquant de manière proactive les besoins financiers et structurels de la Résidence.
- Assurer une vigie rigoureuse de la performance financière et opérationnelle en effectuant un suivi continu des indicateurs de performance et en optimisant les processus de travail ainsi que les méthodes de suivi afin de soutenir l'équilibre budgétaire.
- Accroître la capacité financière de la Résidence par une recherche proactive de nouvelles sources de financement, notamment par l'obtention de subventions additionnelles à la base budgétaire et par l'identification ainsi que la mobilisation de ressources financières externes.


Joël Boulay
Directeur général





Annexe 1

Code d'éthique et de déontologie



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Applicable aux administrateurs
et au directeur général
de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay

Approuvé par

le conseil d'administration de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay
le 18 décembre 2001

Révision : 19 septembre 2023
CA.23.70



Résidence
Berthiaume
Du Tremblay

A. INTRODUCTION

Le principe général

Le présent code d'éthique et de déontologie a pour objet de promouvoir l'intégrité et l'impartialité des administrateurs et la direction générale de la Résidence. Ce code établit les normes minimales d'éthique que les administrateurs et le directeur général doivent respecter dans le cadre de leurs activités et ainsi contribuer pleinement à la mission et à la vision de l'établissement.

Les administrateurs et le directeur général sont tenus à des comportements exemplaires et respectueux des règles déontologiques afin de maintenir la confiance envers eux et afin de maintenir la confiance du public envers la Résidence.

La Résidence vise à inspirer la confiance du public par l'engagement de ses administrateurs et ses employés. Pour que cet engagement ait un sens et puisse motiver chacun à respecter les principes et les règles déontologiques qui composent ce code, la Résidence s'appuie sur la complémentarité entre l'éthique et la déontologie. Dans ce contexte, tous doivent respecter avec rigueur leurs devoirs et obligations à ce chapitre.

Le présent code s'applique à tous les administrateurs et au directeur général de la Résidence. Il constitue un outil de mobilisation afin d'assurer la continuité dans l'adoption de comportements et attitudes basés sur les valeurs de l'établissement.

La mission et les valeurs

Les dirigeants doivent contribuer à la réalisation de la mission et promouvoir les valeurs de la Résidence. Ils doivent assumer leurs fonctions en respectant les repères suivants :

La mission :



LA RÉSIDENCE BERTHIAUME-DU TREMBLAY

A pour mission de :

Permettre aux aînés de bien vieillir
accompagnés de leurs proches
dans un environnement approprié

Par

- Un milieu de vie sécuritaire, innovant, stimulant et chaleureux
- Une offre de soins et services de qualité
- Un partenariat avec l'aîné, ses proches, le personnel et la communauté
- Un accompagnement et une approche personnalisée

A pour vision :

Des gens heureux et sereins qu'importe l'étape de leur vie
grâce à l'excellence et à l'implication d'une communauté engagée et humaine

LA RÉSIDENCE BERTHIAUME-DU TREMBLAY
« plus qu'une résidence; un chez-soi ... »

Les valeurs

Les valeurs phares guidant les interventions et la dispensation des services à la Résidence s'expriment de la façon suivante :

RESPECT

Les interactions avec chaque personne sont personnalisées et empreintes de respect et de courtoisie (harmonie, humanité, écoute, ouverture, discrétion).

DÉVELOPPEMENT

Les employés et la clientèle assument leurs responsabilités, partagent leur expertise avec les partenaires et contribuent à la culture d'excellence dans la Résidence (excellence, partage, expertise, partenariat, innovation, productivité, efficacité).

BIENVEILLANCE

Les personnes sont attentionnées et contribuent à créer un milieu de vie et de travail propre, sécuritaire, sain et harmonieux, propice à la santé et à l'épanouissement de chacun (bien-être, sécurité, stabilité, empathie, valorisation, inclusion, tolérance).

TRAVAIL D'ÉQUIPE

Les employés et la clientèle démontrent un esprit d'entraide et de collaboration et travaillent avec cœur et engagement (collaboration, communication, plaisir, partenariat, rigueur).

B. OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, le Code :

- Traite des mesures de prévention et plus particulièrement des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- Traite des devoirs et obligations des administrateurs lorsqu'ils ont cessé leurs fonctions;
- Prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

C. DÉFINITIONS

3. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
- a) « **Administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement nommé;
 - b) « **Conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
 - c) « **Entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement ;
 - d) « **Établissement** » désigne la Résidence Berthiaume-Du Tremblay ;
 - e) « **Proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

D. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

L'ADMINISTRATEUR, DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS :

Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie (résidents et usagers du Centre de jour)

À cette fin, l'administrateur :

- 4.** Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 5.** S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
- 6.** S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- 7.** S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur démontre :

Disponibilité et participation active

- 8.** Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.
- 9.** Est présent aux réunions du conseil d'administration, à moins d'un empêchement justifié. Dans ce cas, il doit en informer la présidence ou la direction générale dès que possible.
- 10.** Se prépare aux réunions du conseil d'administration auxquelles il participe, notamment en lisant la documentation transmise.
- 11.** Participe activement aux discussions lors des réunions et facilite le bon fonctionnement des rencontres.

Soin et compétence

- 12.** S'assure de bien connaître et de suivre l'évolution de l'établissement ; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

- 13.** Prend des décisions centrées sur la mission, la vision et les valeurs de l'établissement.
- 14.** Est solidaire des décisions prises par le CA même s'il a exprimé un point de vue différent ou sa dissidence.

Neutralité

- 15.** Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard d'un tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discrétion

- 16.** Fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 17.** Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.
- 18.** Respecte les politiques et les règlements de la Résidence, dont notamment la politique à l'égard des médias sociaux. Le dirigeant qui utilise les médias sociaux et numériques doit respecter certaines règles de conduite balisant les pratiques d'utilisation des médias sociaux pour permettre le déroulement de ces activités dans le respect de la vie privée des individus et de la confidentialité des informations détenues dans ses fonctions, en conformité avec les lois applicables au Québec et dans le respect de la politique de l'établissement sur les médias sociaux et numériques.

Courtoisie et relations publiques

- 19.** Adopte, dans ses relations avec les personnes physiques et morales faisant affaire avec la Résidence, une attitude empreinte de respect et d'ouverture, de manière à assurer des échanges productifs et une collaboration fructueuse, à agir avec équité et à éviter tout abus.

- 20.** Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et intervient avec modération dans ses propos, évite de porter atteinte à la réputation d'autrui et traite les autres administrateurs avec respect.
- 21.** Se comporte de manière à ne pas exercer, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, de discrimination, d'intimidation, de harcèlement, de menaces ou de représailles
- 22.** S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers la direction générale de l'établissement.
- 23.** Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

Agit avec honnêteté et loyauté

Le dirigeant doit faire preuve d'honnêteté et de loyauté. Cela implique qu'il agisse honnêtement et de bonne foi dans ce qu'il croit raisonnablement être les meilleurs intérêts de la Résidence : il doit adhérer pleinement à la mission et aux objectifs de l'établissement et promouvoir sa cause, favoriser les intérêts de la Résidence avant ses intérêts personnels lorsque ceux-ci sont en conflit, assurer la confidentialité de toutes les informations liées à sa fonction et démissionner de son poste si ses convictions sont diamétralement opposées à la mission ou aux orientations de l'établissement.

Le dirigeant doit respecter les décisions prises collectivement par le CA de la Résidence et ne peut s'exprimer à l'externe, dans les médias ou auprès des membres sur une position différente.

À cette fin, l'administrateur :

- 24.** Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.
- 25.** Évite et dénonce toute forme d'abus tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs ou la tromperie de la population.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

- 26.** Évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

- 27.** Une fois par année, chaque administrateur, sous peine de déchéance de sa charge, déclare par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'établissement qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

Le directeur général et les conflits d'intérêts

- 28.** Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

- 29.** Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'elle a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
- 30.** Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

- 31.** Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

L'administrateur, le directeur général et les conflits d'intérêts

Biens de l'établissement

- 32.** Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

- 33.** Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur ou de directeur général.

-
- 34.** Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur ou du directeur général à prendre des décisions justes et objectives.

- 35.** Ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.
- 36.** Doit s'interdire, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

- 37.** Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

- 38.** S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve d'un cadre supérieur.
- 39.** S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
- 40.** S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif et l'établissement.

L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT :

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

- 41.** Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 42.** Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- 43.** S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
- 44.** Ne fait usage, en aucun temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
- 45.** Sans restreindre son droit à la critique, évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

E. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Introduction

- 46.** Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise à la présidente et au vice-président du conseil d'administration, s'il y a lieu, ou s'il s'agit de l'un de ces derniers, à tout autre membre du conseil d'administration. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le conseil d'administration qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

Le conseil d'administration peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Examen sommaire

- 47.** Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil, lors de la première réunion qui suit. Le conseil peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

- 48.** Le conseil d'administration décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

- 49.** Dès qu'il est saisi d'une allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent règlement, le conseil d'administration doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Décision

- 50.** Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Sanction

- 51.** Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.



ANNEXE 1

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS D'UN ADMINISTRATEUR

JE, administrateur de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaires avec la Résidence Berthiaume-Du Tremblay ou qui sont susceptibles d'en faire.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec la Résidence Berthiaume-Du Tremblay ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés.

3. J'occupe les emplois suivants:

Préciser l'emploi et nommer l'employeur.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____ LE _____

Signature de l'administrateur

ANNEXE 2

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

JE, directeur général de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay, déclare les intérêts suivants :

- 1.** Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ainsi que les établissements concernés.

- 2.** Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises concernées.

- 3.** J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés.

- 4.** J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

Préciser l'emploi et nommer l'employeur.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____ LE _____

Signature du directeur général



Résidence
Berthiaume
Du Tremblay

ANNEXE 3

ENGAGEMENT PERSONNEL

JE, _____

membre du conseil d'administration, ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs et au directeur général de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay.

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____ LE _____

Signature



Résidence
Berthiaume
Du Tremblay



Annexe 2

Rapports de la direction et de
l'auditeur
États financiers

Rapport de la direction

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable. La direction de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par la firme KPMG mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme KPMG peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Joël Boulay
Directeur général



Madame Gerarda Capece
Directrice des ressources financières et
informationnelles

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2026 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Fonds Exploitation Ex. courant (Rep. de P.358 C.4)	Fonds Immobilisations Exercice courant	Total Ex. courant C.2 + C.3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions MSSS (FI : P.408)	1	28 986 718	32 873 362	32 873 362	32 542 370
Subventions Gouvernement du Canada (FI : P.294)	2				
Contributions des usagers (FE : P.301)	3	4 491 767	4 785 505	4 785 505	4 678 205
Ventes de services et recouvrements	4	500 609	552 259	552 259	559 842
Donations (FI : P.294)	5				17 626
Revenus de placement (FI : P.302)	6				
Revenus de type commercial	7				
Gain sur disposition (FI : P.302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI : P.302)	11	36 700	134 552	134 552	146 224
TOTAL (L.01 à L.11)	12	34 015 794	38 345 678	38 345 678	37 944 267
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	28 036 655	32 034 634	32 034 634	31 576 434
Médicaments	14	190 000	187 265	187 265	176 144
Produits sanguins	15				
Fournitures médicales et chirurgicales	16	220 480	254 413	254 413	219 885
Denrées alimentaires	17	1 046 251	1 034 025	1 034 025	1 014 793
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18				
Frais financiers (FI : P.325)	19				
Entretien et réparations, y compris les coûts non capitalisables relatifs aux immobilisations	20	340 265	286 264	286 264	274 356
Créances douteuses	21		16 962	16 962	28 842
Loyers	22	1 563 012	1 563 012	1 563 012	1 753 075
Amortissement des immobilisations (FI : P.422)	23		XXXX		
Perte sur disposition d'immobilisations	24		XXXX		
Dépenses de transfert	25				
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI : P.325)	27	2 809 117	2 943 332	2 943 332	2 913 576
TOTAL (L.13 à L.27)	28	34 205 780	38 319 907	38 319 907	37 957 105
EXCÉDENT (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(189 986)	25 771	25 771	(12 838)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2026 - AUDITÉE

ÉTAT DES EXCÉDENTS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds Immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C.1 + C.2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
EXCÉDENTS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(915 455)		(915 455)	(902 617)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser P.270)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser P.270)	3				XXXX	
EXCÉDENTS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(915 455)		(915 455)	(902 617)	
EXCÉDENT (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	25 771		25 771	(12 838)	
Autres variations :						
Transferts interétablissements (préciser P.297)	6					
Transferts interfonds (préciser P.297)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser P.297)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
EXCÉDENTS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(889 684)		(889 684)	(915 455)	

Le solde à la fin est constitué des éléments
suivants :

Affectations d'origine externe (P.289)	12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne (P.289)	13	XXXX	XXXX		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(889 684)	(915 455)
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(889 684)	(915 455)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2026 - AUDITÉE

ÉTAT DES GAINS (PERTE) DE RÉÉVALUATION

	Fonds Exploitation Ex. courant	Fonds Immobilisations Ex. courant	Total Ex.courant (C.1 + C.2)	Total Ex.préc.
	1	2	3	4
GAINS (PERTES) DE RÉÉVALUATION CUMULÉS AU DÉBUT				
Gains (pertes) de réévaluation cumulés au début	1			
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	2			
TOTAL (L.01 + L.02)	3			
GAINS (PERTES) DE RÉÉVALUATION NON RÉALISÉS				
Cours du change				
Instruments financiers dérivés	4			
Instruments financiers au coût ou au coût après amortissement	5			
Placements de portefeuille cotés sur un marché actif	6			
Instruments financiers désignés comme étant classés dans les instruments financiers évalués à la juste valeur	7			
Juste valeur				
Instruments financiers dérivés	8			
Placements de portefeuille cotés sur un marché actif	9			
Instruments financiers désignés comme étant classés dans les instruments financiers évalués à la juste valeur	10			
TOTAL (L.04 à L.10)	11			
GAINS (PERTES) DE RÉÉVALUATION RECLASSÉS DANS L'ÉTAT DES RÉSULTATS				
Cours du change				
Instruments financiers dérivés	12			
Instruments financiers au coût ou au coût après amortissement	13			
Placements de portefeuille cotés sur un marché actif	14			
Instruments financiers désignés comme étant classés dans les instruments financiers évalués à la juste valeur	15			
Juste valeur				
Instruments financiers dérivés	16			
Placements de portefeuille cotés sur un marché actif	17			
Instruments financiers désignés comme étant classés dans les instruments financiers évalués à la juste valeur	18			
TOTAL (L.12 à L.18)	19			
Gains (pertes) de réévaluation de l'exercice (L.11 - L.19)	20			
Gains (pertes) de réévaluation cumulés à la fin (L.03 + L.20)	21			

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2026 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex. courant (C.1 + C.2)	Total Ex. préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Trésorerie et équivalents de trésorerie	1	3 164 704		3 164 704	2 515 918
	2	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Débiteur - MSSS (FE : P.362, FI : P.408)	3	1 099 383		1 099 383	1 719 357
Autres débiteurs (FE : P.360, FI : P.400)	4	783 358		783 358	719 074
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (Dettes interfonds)	6				
Subvention à recevoir - MSSS (FE : P.362, FI : P.408)	7	221 442		221 442	221 442
Placements de portefeuille					
	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Actifs destinés à la vente	10	XXXX			
Autres éléments (FE : P.360, FI : P.400)	11	439 258		439 258	419 461
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.11)	12	5 708 145		5 708 145	5 595 252
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE : P.365, FI : P.403)	13				
Créditeur - MSSS (FE : P.362, FI : P.408)	14				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE : P.361, FI : P.401)	15	3 275 577		3 275 577	3 581 920
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	16	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE : P.361, FI : P.401)	17				
Revenus reportés (FE : P.290 et 291, FI : P.294)	18	67 002		67 002	47 180
	19	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI : P.403)	20	XXXX			
Passif au titre des sites contaminés (FI : P.401)	21	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE : P.363)	22	3 311 692	XXXX	3 311 692	2 917 267
Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations (FI : P.401)	23	XXXX			
Autres éléments (FE : P.361, FI : P.401)	24	239 481		239 481	218 299
TOTAL DES PASSIFS (L.13 à L.24)	25	6 893 752		6 893 752	6 764 666
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.12 - L.25)	26	(1 185 607)		(1 185 607)	(1 169 414)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI : P.423)	27	XXXX			
Éléments incorporels achetés	28	XXXX			
Stocks de fournitures (FE : P.360)	29	115 157	XXXX	115 157	95 124
Frais payés d'avance (FE : P.360, FI : P.400)	30	180 766		180 766	158 835
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.27 à L.30)	31	295 923		295 923	253 959
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
EXCÉDENTS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.26 + L.31 - L.32 - L.34)	33	(889 684)		(889 684)	(915 455)
GAINS (PERTES) DE RÉÉVALUATION CUMULÉS	34				
<i>Obligations et droits contractuels (pages 635-00 et 636-00)</i>					
<i>Éventualités (page 270)</i>					

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2026 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C.2 + C.3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(1 633 778)	(1 169 414)		(1 169 414)	(1 198 286)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(1 633 778)	(1 169 414)		(1 169 414)	(1 198 286)
EXCÉDENT (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(189 986)	25 771		25 771	(12 838)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS :						
Acquisitions (FI : P.421)	6		XXXX			
Amortissement de l'exercice (FI : P.422)	7		XXXX			
Dispositions (FI : P.421, 422)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Réduction de valeurs (FI : P.421)	10		XXXX			
Redressements des immobilisations (FI : P.421, 422)	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX			
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE :						
Variation des stocks de fournitures	15		(20 033)	XXXX	(20 033)	14 497
Variation des frais payés d'avances	16		(21 931)		(21 931)	27 213
	17	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(41 964)		(41 964)	41 710
Autres variations des excédents (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(189 986)	(16 193)		(16 193)	28 872
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(1 823 764)	(1 185 607)		(1 185 607)	(1 169 414)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2026 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Excédent (déficit) de l'exercice	1	25 771	(12 838)	
Éléments sans incidence sur la trésorerie (P.208-01)	2	(41 964)	41 710	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement (P.208-02)	3	664 979	1 988 482	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 à L.03)	4	648 786	2 017 354	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	5			
Produits de disposition d'immobilisations	6			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.05 + L.06)	7			
ACTIVITÉS DE PLACEMENTS				
Placements de portefeuille effectués	8			
Produits de disposition de placements de portefeuille	9			
Placements de portefeuille réalisés	10			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE PLACEMENTS (L.08 à L.10)	11			
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme contractées, net de l'escompte et de la prime	12			
Dettes à long terme remboursés	13			
Variation des emprunts temporaires - Fonds d'exploitation	14			
Emprunts temporaires contractés - Fonds d'immobilisations	15			
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	16			
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	17			
Variation des frais reportés liés aux dettes	18			
Autres (préciser P.297)	19			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.12 à L.19)	20			
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (L.04 + L.07 + L.11 + L.20)	21	648 786	2 017 354	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	22	2 515 918	498 564	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.21 + L.22)	23	3 164 704	2 515 918	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2026 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	1			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	2	(41 964)	41 710	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	3			
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	4			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	5			
Amortissement des immobilisations	6			
Réduction pour moins-value des immobilisations	7			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	8			
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	9			
Subventions MSSS	10			
Autres (préciser P.297)	11			
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.01 à L.11)	12	(41 964)	41 710	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2026 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT :				
Débiteurs - MSSS	1	619 974	2 431 020	
Autres débiteurs	2	(64 284)	194 912	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4		167 972	
	5	XXXX	XXXX	
Autres éléments d'actifs	6	(19 797)	4 890	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(306 343)	(1 255 540)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9			
Intérêts courus à payer	10			
Revenus reportés	11	19 822	8 687	
Passif au titre des sites contaminés	12			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	394 425	218 242	
Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations	14			
Autres éléments de passifs	15	21 182	218 299	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.15)	16	664 979	1 988 482	

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs en fin d'exercice	17		
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs en fin d'exercice	18		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P.297)	19		

Intérêts :

Intérêts créditeurs (revenus)	20		
Intérêts encaissés (revenus)	21		
Intérêts débiteurs (dépenses)	22		
Intérêts déboursés (dépenses)	23		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Numéro Note

0

1. CONSTITUTION ET MISSION

En date du 23 juillet 1975, le ministère des Consommateurs, Corporations et Institutions financières a accordé des lettres patentes supplémentaires à la corporation Résidence Berthiaume-Du Tremblay (l'« établissement »), en vertu de l'article 17 de la Loi sur les Compagnies du Québec, aux fins de convertir la corporation en compagnie à fonds social. L'établissement est un établissement privé conventionné qui exploite un centre d'hébergement pour personnes âgées en conformité avec la Loi sur les Services de Santé et des Services sociaux du Québec (RLRQ, chapitre S-4.2).

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Les états financiers sont préparés selon le Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public (MCSP), sans la série de chapitres SP 4200 s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public.

Les états financiers sont également établis en tenant compte des indications du Manuel de gestion financière. Ces indications assurent l'uniformité dans la présentation des états financiers des établissements, comme prescrit par l'article 477 de la LSSSS-IN.

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les états financiers n'incluent pas les informations à fournir relatives au fonds d'immobilisations, ni les informations à fournir connexes, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public;
- Pour toute situation pour laquelle le MGF ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. Toute autre source de principes comptables généralement reconnus utilisés pour l'application de méthodes comptables doit être cohérente avec celui-ci.

b. Utilisation d'estimations

La préparation du RFA (AS-425) conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public requiert le recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont des incidences sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice, des actifs et des passifs ainsi que sur la présentation d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

b. Utilisation d'estimations (suite)

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a effectué des estimations et formulé des hypothèses sont la subvention à recevoir - réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, la provision pour le régime rétrospectif de la CNESST ainsi que les provisions salariales.

Au moment de la préparation du RFA (AS-425), la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. Périmètre comptable

Les états financiers de l'établissement rendent compte des opérations, des activités et des ressources des installations sous sa responsabilité et sous son contrôle excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie administrée au nom de tiers et pour leur seul bénéfice. Ceux-ci sont présentés à la note 9. Le contrôle est la capacité d'orienter les politiques financières et administratives d'une entité de manière à ce que ses activités lui procurent les avantages attendus ou l'exposent à un risque de perte.

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement, et lorsqu'ils peuvent être estimés raisonnablement.

Les charges représentent le coût des ressources consommées au cours de l'exercice.

Les revenus et les charges qui ne peuvent être estimés au prix d'un effort raisonnable à la date des états financiers sont constatés dans l'exercice au cours duquel ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

e. Revenus de subvention

Une subvention gouvernementale est constatée aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant, c'est-à-dire un gouvernement ou un organisme inclus dans son périmètre comptable, l'a dûment autorisée et le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité d'une subvention gouvernementale payée d'avance sont réputés être satisfaits à la date des états financiers.

e. Revenus de subvention (suite)

En présence d'une stipulation créant une obligation répondant à la définition d'un passif pour le bénéficiaire, une subvention gouvernementale est d'abord comptabilisée à titre de revenu reporté, puis est constatée aux résultats au fur et à mesure que celle-ci est réglée. Cette obligation peut émaner d'une stipulation imposée par le cédant sur l'utilisation des ressources transférées qu'il devra respecter pour les conserver, et par les actions et les communications du bénéficiaire qui en précisent davantage l'usage.

f. Dons, contributions, legs

Les revenus de donations, contributions et legs, autres que des subventions gouvernementales, qui ne font l'objet d'une affectation par le donateur, sont constatés à titre de revenus dans les états financiers de l'établissement dans l'exercice de la donation.

Les sommes reçues pour constituer une dotation d'une durée déterminée ou grevées d'une affectation d'origine externe sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente. Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, l'excédent est inscrit au revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente ou une nouvelle entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins. Les dons d'immobilisations sont constatés aux revenus au même rythme que l'amortissement de l'immobilisation donnée, excepté les dons de terrains qui sont comptabilisés à titre de revenus dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu.

g. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers comprennent les sommes exigibles selon les tarifs établis par règlement pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou dans une ressource intermédiaire ou de type familial.

Ils incluent également les montants payables par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée, selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28, r. 1). De plus, ils englobent les montants imposés aux usagers ayant un statut de résidents du Québec ou de non-résidents du Québec ou du Canada, ou à des tiers responsables pour des services qui sont rendus en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (RLRQ, chapitre A-28) ou de la LSSSS-IN.

g. Revenus provenant des usagers (suite)

Ces revenus sont constatés progressivement, soit au fur et à mesure que l'obligation de prestation de services est remplie et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci. Les revenus sont constatés uniquement jusqu'à concurrence des avantages économiques futurs que l'établissement s'attend à recevoir.

h. Ventes de services

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Elles sont constatées au moment où l'obligation de la prestation de services est remplie, mais uniquement jusqu'à concurrence des avantages économiques futurs que l'établissement s'attend à recevoir.

i. Recouvrements

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités. Ils excluent tout revenu d'un usager pour des services ou des soins qu'un établissement est appelé à rendre.

Ils sont constatés au moment où l'obligation de la prestation de services est remplie, mais uniquement jusqu'à concurrence des avantages économiques futurs que l'établissement s'attend à recevoir.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, aux avantages sociaux et aux charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont engagées, sans considération du moment où les opérations seront réglées par un décaissement. En conséquence, les obligations découlant de ces charges sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ces comptes est portée aux charges de l'exercice.

k. Permis d'exploitation

Les permis d'exploitation obtenus à la suite de l'acquisition du centre d'hébergement St-Rédempteur et du centre d'hébergement St-Albert-Le-Grand ont une durée de vie illimitée. Ces permis ont cessé d'être amortis en 2004-2005. Un test de dépréciation est fait annuellement.

I. Frais financiers

Les frais financiers comprennent les intérêts sur les emprunts temporaires et sur la dette à long terme, ainsi que l'amortissement selon la méthode du taux d'intérêt effectif de la prime ou de l'escompte sur la dette et des frais d'émission et de gestion.

m. Instruments financiers

– Classement et comptabilisation des instruments financiers

Lors de leur comptabilisation initiale, les instruments financiers sont classés dans la catégorie des instruments financiers comptabilisés au coût ou au coût après amortissement, ou dans celle des instruments financiers comptabilisés à la juste valeur.

Le coût après amortissement est le montant auquel est évalué un actif financier ou un passif financier lors de sa comptabilisation initiale, diminué des remboursements en principal, majoré ou diminué de l'amortissement cumulé calculé par la méthode du taux d'intérêt effectif, de toute différence entre ce montant initial et le montant à l'échéance, et diminué de toute réduction pour dépréciation ou irrécouvrabilité. La variation de la provision pour dépréciation ou irrécouvrabilité des autres débiteurs est comptabilisée aux charges non réparties.

– Instruments financiers comptabilisés au coût ou au coût après amortissement

Après leur comptabilisation initiale, l'établissement évalue les actifs financiers et les passifs financiers au coût après amortissement en considérant les ajustements suivants :

- les remboursements ou encaissements;
- l'amortissement cumulé calculé selon la méthode du taux d'intérêt effectif. Aux fins du calcul du taux d'intérêt effectif, les coûts de transaction, les escomptes et les primes font partie des flux de trésorerie considérés;
- la réduction pour dépréciation ou irrécouvrabilité opérée directement ou par l'intermédiaire d'une provision.

La trésorerie et les équivalents de trésorerie, les sommes à recevoir du MSSS, les autres débiteurs (à l'exception des taxes à recevoir), les avances de fonds aux établissements publics, les créances et dettes inter fonds, les placements de portefeuille autres que ceux constitués d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif, et les autres éléments d'actifs (à l'exception des frais reportés et des actifs liés aux instruments financiers dérivés) sont classés dans les actifs financiers comptabilisés au coût ou au coût après amortissement.

m. Instruments financiers (suite)

Les sommes à payer au MSSS, les autres créiteurs et charges à payer (à l'exception des déductions à la source et charges sociales à payer), les avances de fonds, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme, et les dettes inter établissements sont classés dans les passifs comptabilisés au coût ou au coût après amortissement.

I. Actifs

- Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie comprend les fonds en caisse et les dépôts à vue. Les équivalents de trésorerie sont des placements à court terme, très liquides et facilement convertibles en un montant connu de trésorerie, qui ne sont pas soumis à un risque de variation de valeur important. Les équivalents de trésorerie sont détenus pour faire face aux engagements de trésorerie à court terme, et non à des fins de placement ou autres.

Un placement ne sera en général assimilé à des équivalents de trésorerie que s'il a une échéance proche, par exemple si elle est inférieure ou égale à trois mois à partir de la date d'acquisition. Les placements en titres de capitaux propres sont exclus des équivalents de trésorerie sauf s'ils sont, en substance, des équivalents de trésorerie. Lorsque les découverts bancaires, remboursables à vue, font partie intégrante de la gestion de la trésorerie de l'établissement de telle sorte que son solde bancaire fluctue souvent entre le disponible et le découvert, les découverts bancaires font partie de la trésorerie et des équivalents de trésorerie.

- Débiteurs MSSS

Les débiteurs MSSS sont comptabilisés au coût et ne font l'objet d'aucune provision pour créances douteuses.

- Autres débiteurs

Les autres débiteurs, notamment ceux relatifs aux contributions des usagers, sont d'abord comptabilisés au coût, puis présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La variation annuelle de cette provision est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

m. Instruments financiers (suite)

II. Passifs

Les passifs sont des obligations actuelles d'un établissement envers des tiers, résultant d'opérations ou d'événements passés et dont le règlement prévu donnera lieu à une sortie future de ressources représentatives d'avantages économiques. Ils sont constatés lorsqu'il existe une base de mesure appropriée et qu'il est possible de procéder à une estimation raisonnable du montant.

– **Créditeurs MSSS, autres créditeurs et autres charges à payer**

Les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer englobent les sommes dues notamment aux fournisseurs et les salaires (excluant les déductions à la source, les charges sociales, l'impôt provincial à payer et la provision pour les passifs éventuels) à payer.

Les fournisseurs incluent tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus.

– **Passifs au titre des avantages sociaux futurs**

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs sont des avantages que l'établissement prévoit fournir aux salariés et à leurs bénéficiaires après la période de service, mais avant la date de départ à la retraite.

L'établissement constate un passif financier et une charge au titre des avantages sociaux qui s'acquièrent ou s'accumulent dans l'exercice au cours duquel les salariés fournissent à l'établissement des services qui ouvrent droit aux avantages. À l'opposé, l'établissement constate un passif financier et une charge au titre des avantages sociaux futurs qui ne s'acquièrent pas ou ne s'accumulent pas lorsque le fait à l'origine de l'obligation de l'établissement se produit.

L'établissement utilise la méthode de répartition des prestations au prorata des services pour attribuer le coût annuel des prestations.

Les avantages sociaux futurs sont composés principalement de la provision pour vacances, du coût de l'assurance salaire (provision pour assurance salaire), d'une provision pour congés de maladie, et d'une provision pour droits parentaux.

m. Instruments financiers (suite)

II. Passifs (suite)

– Emprunts temporaires

Les emprunts temporaires sont comptabilisés au montant encaissé. Ils comprennent aussi les intérêts capitalisables et les frais d'émission et de gestion, s'il y a lieu.

– Provision pour vacances

Les obligations découlant du cumul des vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées à la date de la fin d'exercice et des taux horaires prévus pour l'exercice subséquent. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres d'activités et sous-centres d'activités concernés.

– Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux selon une méthode basée sur les périodes de paie. Cette méthode tient compte des dossiers observés en assurance salaire ainsi que des facteurs tels que le groupe d'âge, le groupe d'emploi et le nombre de paies au cours desquelles des indemnisations ont été versées en assurance salaire au 31 mars.

Elle considère également les charges en assurance salaire observées au RFA (AS-425) des trois derniers exercices complets au moment de l'évaluation. La variation annuelle de la provision pour assurance salaire est constatée dans les charges non réparties.

– Provision pour congés de maladie

La provision pour congés de maladie-années courantes est évaluée sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, en décembre.

La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus pour l'exercice subséquent. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres d'activités et les sous-centres d'activités concernés.

m. Instruments financiers (suite)

II. Passifs (suite)

– Provision pour droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental à la date des états financiers et la rémunération versée pour l'exercice subséquent, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres d'activités et les sous-centres d'activités concernés.

– Avantage de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) qui inclut les dispositions particulières offertes aux membres de l'administration supérieure (RRAS). Ces régimes interentreprises administrés par Retraite Québec sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Le passif au titre des avantages sociaux futurs n'inclut pas les régimes de retraite des employés étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité à leur égard. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux et les prestations sont assumées par le gouvernement du Québec et ne sont pas présentées au RFA AS-425.

n. Actifs non financiers

Les actifs non financiers sont des éléments d'actif qui seront utilisés par l'établissement dans le cours normal de ses activités pour la prestation de services publics au cours des prochains exercices.

a. Stock de fournitures

Les stocks de fournitures sont composés notamment de médicaments, de fournitures médicales et chirurgicales et de denrées alimentaires.

Ils seront consommés dans le cours normal des activités.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

n. Actifs non financiers (suite)

b. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant le 31 mars pour des services à recevoir au cours du prochain exercice ou des prochains exercices suivants.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement les consomme.

o. Autres méthodes

a. Présentation de l'information financière par fonds

Étant un établissement privé conventionné, l'établissement n'est pas tenu de créer et de maintenir un fonds d'immobilisations. Il n'est pas assujéti à la politique de capitalisation des immobilisations.

b. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

c. Avoir propre

L'avoir propre correspond déficits cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

d. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

o. Autres méthodes (suite)

d. Classification des activités (suite)

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliée à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

e. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres d'activités.

f. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre d'activités ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés, soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

3. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation de la dette nette sont celles relatives au fonds d'exploitation adoptées par le conseil d'administration le 23 septembre 2025.

4. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché, par l'intermédiaire de ses instruments financiers. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer ces risques et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit correspond au risque de pertes financières résultant de l'incapacité ou du refus d'une partie prenante à un instrument financier de s'acquitter de ses obligations contractuelles.

L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable des actifs financiers figurant à l'état de la situation financière à l'exception de la partie de la subvention à recevoir MSSS et des autres éléments d'actifs.

Le risque de crédit associé à la trésorerie et aux équivalents de trésorerie est réduit au minimum, car l'établissement s'assure qu'ils sont investis auprès d'institutions financières réputées. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir MSSS, est faible puisque ce poste est constitué de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Les débiteurs - MSSS sont principalement reçus, selon les dossiers, dans les 60 à 365 jours suivant la fin de l'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de parties liées qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance pour des mises en demeure à son avocat. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance.

À la date des états financiers, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentent 22,26% (35,32% pour l'exercice précédent) de l'actif financier total.

La chronologique des « autres débiteurs », déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

a. Risque de crédit (suite)

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant			Exercice précédent
	Entité du périmètre	Tiers hors périmètre	Total	Total
Chronologie des débiteurs :				
Moins de 30 jours	0	558 034	558 034	307 053
De 30 jours à moins de 60 jours	0	70 831	70 831	23 050
De 60 jours à moins de 90 jours	0	25 176	25 176	8 009
De 90 jours à moins de 12 mois	0	38 303	38 303	77 778
1 an et plus	0	166 674	166 674	143 584
Sous-total	0	869 018	869 018	559 474
Moins provision pour créances douteuses	0	(75 661)	(75 661)	(58 699)
Total des débiteurs	0	738 358	738 358	500 775

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début	(58 699)	(35 709)
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	(16 962)	(28 842)
Montants recouvrés	0	0
Radiations	0	5 852
Solde à la fin	(75 661)	(58 699)

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité représente le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de réunir au moment opportun les fonds nécessaires pour honorer ses obligations financières à leur échéance.

Il est exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, dont voici la composition :

	Exercice courant	Exercice précédent
	Total	Total
Créditeurs et charges à payer	3 275 577	3 581 920
Revenus reportés	67 002	47 180
Provision pour avantages sociaux futurs	6 654 271	2 917 267
Total	6 654 271	6 546 367

Il gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'emprunt temporaire autorisé d'un montant de 750 000 \$ (750 000 \$ en 2025) porte intérêt au taux de base majoré de 1 % (5,45 % au 31 mars 2026 et 5,95 % au 31 mars 2025) et est renégociable en septembre 2026. Aux 31 mars 2026 et 2025, l'emprunt était inutilisé. Cet emprunt bancaire est garanti par la Fondation Berthiaume-Du Tremblay.

Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin de l'exercice.

c. Risque de liquidité (suite)

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	3 275 577	3 581 920
De 6 mois à 1 an	0	0
De 1 à 3 ans	0	0
De 3 à 5 ans	0	0
De plus de 5 ans	0	0
Total des autres créditeurs	3 275 577	3 581 920

d. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

Étant donné que l'établissement n'effectue aucune opération en devises et ne détient pas de placements négociés sur un marché, il est exposé uniquement au risque de taux d'intérêt.

e. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

Du montant des emprunts temporaires totalisant 0 \$ (0 \$ en 2025), portant intérêt au taux de base majoré de 1% (1% en 2025), représente un emprunt pour lequel les intérêts sont à taux variable et n'est pas pris en charge par le MSSS.

5 EMPRUNTS TEMPORAIRES

L'emprunt bancaire autorisé au montant de 750 000\$ (750 000 en 2025) porte intérêt au taux de base majoré de 1% (5,45% au 31 mars 2025 et 5,95% au 31 mars 2025) et est renégociable en septembre 2025. Au 31 mars 2025, l'emprunt était inutilisé. Cet emprunt bancaire est garanti par la Fondation Berthiaume-Du Tremblay.

6 PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées pour les provisions relatives aux vacances et maladies sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Taux moyen de croissance de la rémunération	2,60%	2,80%
Accumulation des congés de vacances et de maladie pour les salariés à temps complet	11,90%	11,96%
Accumulation des congés de vacances et de maladie pour les salariés à temps partiel ou occasionnel	8,22%	8,28%
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et les hors cadres à temps complet	11,50%	11,50%
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors cadre à temps partiel ou occasionnel	0,00%	0,00%

6 PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS (SUITE)

La variation de l'exercice s'explique ainsi :

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	2 498 480	334 310	0	2 832 790	2 498 480
Assurance salaire	323 129	52 784	0	375 913	323 129
Provision pour maladie	97 619	6 862	0	104 481	97 619
Droits parentaux	(1 961)	469	0	(1 492)	(1 961)
Allocation rétention hors cadre	0	0	0	0	0
Total	2 917 267	394 425	0	3 311 692	2 917 267

7 CAPITAL-ACTIONS

	Exercice courant	Exercice précédent
Autorisé : 1 000 actions d'une valeur nominale de 1 \$ chacune avec droit de vote	\$	\$
Émis et payé : 1 000 actions ordinaires	1 000\$	1 000\$

8 OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

Au cours de l'exercice, l'établissement n'a conclu aucune opération importante avec des parties liées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange.

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay est détenue en propriété exclusive par la Fondation Berthiaume-Du Tremblay.

La Fondation Berthiaume-Du Tremblay a financé la Résidence Berthiaume-du Tremblay - division exploitation pour un montant de:

	Exercice courant	Exercice précédent
Dons aux résidents	0 \$	17 626 \$

De plus, la Résidence Berthiaume-Du Tremblay a versé à la Fondation Berthiaume-Du Tremblay un montant de 1 563 012 \$ (1 753 075 \$ en 2025) à titre de loyer correspondant à la composante immobilière.

Au 31 mars 2026, la Résidence Berthiaume-du Tremblay a un solde de 152 049 \$ à recevoir (195 170 \$ au 31 mars 2025) de la Fondation Berthiaume-Du Tremblay. La Résidence Berthiaume-du Tremblay a un solde à recevoir du Havre des quatre temps, un organisme sous contrôle commun, de 15 175 \$ (15 081 \$ au 31 mars 2025). De plus, les honoraires professionnels pour la gestion financière chargés au Havre des quatre temps par la Résidence Berthiaume-Du Tremblay, totalisent 48 097\$ (45 538\$ en 2025) et sont inclus dans les autres revenus.

Ces transactions sont présentées distinctement dans le rapport financier annuel. Ces transactions ont été effectuées dans le cours normal des activités et ont été comptabilisées au coût.

9 OPÉRATIONS EXERCÉES À TITRE DE FIDUCIAIRE

Les opérations fiduciaires qu'exerce l'établissement incluent des sommes d'argent pour des menues dépenses des résidents sous curatelle publique. Ces biens sont confiés à la corporation, qui doit les administrer selon les disposition contractuelles ou légales applicables. Ces biens sont détenus et administrés par la corporation au profit des bénéficiaires et au nom de ceux-ci. Un montant total de 6 538 \$ (6 695 \$ au 31 mars 2025) est administré par la corporation.

10 ENGAGEMENTS

L'Établissement s'est engagé en vertu de contrats de services. Les paiements pour les quatre prochains exercices sont les suivants :

	\$
2026-2027	1 419 916
2027-2028	953 262
2028-2029	396 506
2029-2030	281 944
2030-2031	631

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay s'est également portée garante, à hauteur d'un maximum de 3 500 000 \$, de l'emprunt bancaire de 7 000 000 \$ contracté par la Fondation Berthiaume-Du Tremblay. Au 31 mars 2026, un montant de 4 352 370 \$ était utilisé à même cet emprunt.



JUIN 2026

CONCEPTION ET GRAPHISME

Christine Boyer, conseillère à la direction générale et aux communications,
en collaboration avec Ariane Fortin, technicienne en administration.

LECTURE, RÉVISION ET COORDINATION

Joël Boulay, directeur général
Geneviève Angers, directrice de la qualité, la performance, la gestion des risques et des services techniques.



Résidence
Berthiaume
Du Tremblay

