



CENTRE D'ACCUEIL MARCELLE-FERRON (CHSLD)
CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Sécurité - Hébergement - Assistance - Surveillance - Services de réadaptation
Soins infirmiers - Soutien psychologique - Pharmacie - Loisirs



Rapport annuel de gestion 2025-2026



BIENVEILLANCE



COLLABORATION



RESPECT



COMMUNICATION

TABLE DES MATIÈRES

Message du directeur général	2
Déclaration de fiabilité des données et des contrôles.....	4
Présentation de l'établissement et lien avec la communauté	5
Philosophie de gestion et valeurs	6
Bilan de l'année.....	7
1- Direction des services administratifs.....	7
2- Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.....	9
3- Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	11
Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	11
Conseils et comités de l'établissement.....	23
1- Conseil d'administration	23
2- Comité des usagers	23
3- Conseils professionnels	23
4- Comité de gestion des risques et de la qualité des soins.....	24
5- Comité paritaire de santé et sécurité du travail	24
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc.	25
Annexe 2 - Organigramme	34

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'année 2025-2026 aura été, pour le Centre d'Accueil Marcelle-Ferron (CAMF), une année de consolidation et de transformation. Dans un contexte de croissance des effectifs et de modernisation des pratiques, l'organisation a su se renouveler tout en demeurant fidèle à sa mission première : offrir un milieu de vie de qualité, centré sur la personne. Cette année fut notamment marquée par des projets structurants pour le milieu de vie ainsi que pour l'environnement de travail.

Sous-financement de la composante fonctionnement

Le CAMF mise sur l'amélioration continue pour assurer la qualité et la sécurité des soins offerts à l'ensemble de ses résidents. Cependant, le CAMF demeure face à des enjeux importants relativement au financement de la composante fonctionnement qui peut freiner ou ralentir nos projets. En effet, les points suivants sont notamment importants à souligner :

- Dans le cadre de nos efforts pour diminuer la main-d'œuvre indépendante, le CAMF a vu le nombre de ses employés augmenter, amenant une charge supplémentaire pour le personnel administratif, sans que le budget administratif ne soit ajusté pour tenir compte de cette hausse importante d'environ 20 %;
- Les normes de prévention et contrôle des infections ont été renforcées depuis la pandémie de COVID. Le CAMF n'a bénéficié d'aucun ajustement budgétaire pour tenir compte de la hausse de quantités et de prix (inflation) des fournitures ainsi que de la hausse des besoins en ressources humaines en hygiène et salubrité;
- De plus, les besoins en fournitures et en ressources humaines relativement à la PCI pour le CAMF sont majorés en fonction du nombre important de lits en chambres doubles (25 %). Ceci fait en sorte notamment que lors des admissions, deux déplacements et donc deux désinfections sont nécessaires.

D'autres points relativement au financement des composantes de fonctionnement et immobilière devront également faire l'objet de demandes d'ajustement budgétaire auprès de Santé Québec et du MSSS pour répondre aux obligations liées à la mission CHSLD.

Environnement de travail

L'équipe du Centre d'accueil Marcelle-Ferron (CAMF) a su maintenir un milieu de vie de qualité ainsi qu'un milieu de travail sain, sécuritaire et attractif, à caractère humain centré sur la personne. Ce type de milieu est essentiel pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services aux résidents. Le sentiment d'appartenance au CAMF et à ses résidents est un aspect qui est priorisé et favorisé de sorte que l'on crée des conditions gagnantes où chacun peut jouer son rôle, assumer ses responsabilités et s'autodéterminer. Ceci permet d'adapter nos services aux besoins de la clientèle dans un contexte centré sur la personne et respectueux :

- Des valeurs organisationnelles;
- De l'autodétermination;
- Des territoires;
- Des vulnérabilités.

Dans cette perspective, le CAMF a poursuivi son projet d'amélioration continue de la qualité du milieu de travail en favorisant et en développant le soutien aux équipes, notamment en :

- Misant sur la gestion de proximité en permettant aux chefs d'unités de bénéficier d'un bureau sur les unités de vie, près de leurs équipes, et ainsi permettre un soutien accru;
- Consolidant le rôle des PAB chefs d'équipe, dont le déploiement constitue l'un des succès phares de cette année par leur implication dans l'accompagnement des équipes ;
- Mettant l'emphase sur la formation du personnel, notamment en ce qui concerne l'orientation des nouveaux employés favorisant une intégration adaptée dès son arrivée.

Amélioration continue

L'année 2025-2026 a également été marquée par des gains concrets tant sur le plan financier que technologique grâce à plusieurs projets menés à terme par les directions, notamment :

- L'implantation du prescripteur électronique PandaWebRx représente une avancée significative pour les équipes infirmières leur libérant du temps précieux au bénéfice direct des résidents ainsi qu'une performance accrue en matière de sécurité des médicaments ;
- La renégociation du contrat de ramassage des déchets qui a dégagé des économies significatives et récurrentes ;
- Le remplacement des antennes Wi-Fi et des serveurs informatiques visant la modernisation de l'infrastructure technologique de l'établissement et l'amélioration de la performance et de la sécurité des systèmes ;

Merci à tous d'avoir choisi le Centre d'accueil Marcelle-Ferron et de contribuer, chaque jour, à en faire un environnement où il fait bon vivre et travailler. Les bases solides posées cette année nous permettent d'aborder l'avenir avec confiance et ambition, toujours au service de nos résidents et de nos équipes.

Frédéric Dumas
Directeur général

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES

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 de gestion de l'exercice 2025-2026 du Centre d'Accueil Marcelle-Ferron :

- 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.

La direction du CAMF 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 il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le président du CAMF. Le président rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration. De plus, le conseil d'administration a formé un comité audit et gestion des risques afin d'examiner les états financiers et le travail de l'auditeur externe.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte, dûment mandatée pour se 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 Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le président et le comité d'audit et de gestion des risques pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Frédéric Dumas
Directeur général

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LIEN AVEC LA COMMUNAUTÉ

Le Centre d'Accueil Marcelle-Ferron est un établissement privé conventionné offrant des services de soins de longue durée (mission CHSLD) à 273 adultes en perte d'autonomie. La mission de l'établissement est d'offrir de façon permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de loisirs, réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

Afin d'accomplir sa mission en complémentarité autour du continuum de soins et de services régional, le CAMF travaille en partenariat avec le CISSS de la Montérégie-Centre et le CISSS de la Montérégie-Ouest.

Le CAMF offre à sa clientèle un milieu de vie sécuritaire, où chacun des résidents est considéré comme étant un être unique ayant des besoins spécifiques. Dans un esprit d'interdisciplinarité, tous les intervenants s'affairent à répondre aux besoins des résidents, et ce, en suivant une approche globale et intégrée.

Le CAMF entretient des liens ou partenariats avec plusieurs organismes ou personnes de la communauté, notamment en contribuant à l'accueil de nombreux stagiaires, en offrant des repas à un organisme communautaire et en organisant annuellement une fête pour les résidents et leur famille, mais également ouverte à la communauté afin de présenter notre milieu de vie.

PHILOSOPHIE DE GESTION ET VALEURS

La philosophie de gestion de CAMF est basée sur l'amélioration continue des services adaptés aux besoins des résidents et des familles. Elle est en lien avec les orientations stratégiques qui reflètent nos objectifs à long terme et guide chacune de nos actions au quotidien. La philosophie de gestion s'appuie notamment sur le code d'éthique, la politique sur la bientraitance et la politique de tolérance zéro sur la violence au CAMF.

Le plan stratégique 2025-2029 vise à atteindre les 5 orientations suivantes :

1. Assurer la gouvernance et le développement organisationnel dans un contexte d'amélioration continue et en lien avec la communauté en tenant compte de l'impact de Santé Québec ;
2. Maintenir un milieu de vie de qualité centré sur le résident et sa famille ;
3. Assurer la pérennité et la mobilisation de notre personnel par la promotion d'un milieu de travail positif, sain, sécuritaire et aligné avec nos valeurs organisationnelles ;
4. Offrir des services d'hôtellerie, d'entretien des installations et administratifs selon les besoins de la clientèle (résidents et employés) en tenant compte du cadre budgétaire ;
5. Développer et adapter l'offre de service en tenant compte des besoins de la communauté.

Le CAMF : un réseau d'entraide et de soutien

Au Centre d'accueil Marcelle-Ferron, nous nous appliquons à instaurer progressivement une structure de travail où l'organisation encourage l'apprentissage tant individuel que collectif. Cette démarche est soutenue par des actions au quotidien où les gens collaborent et réfléchissent ensemble à l'amélioration constante de l'organisation du travail dans le but de devenir une organisation saine et apprenante procurant des soins et des services de grande qualité. Par cette approche, le CAMF vient soutenir concrètement le personnel dans l'amélioration de sa capacité à construire de nouvelles compétences et il devient plus facile de travailler ensemble sur les solutions à long terme.

Les valeurs qui nous gouvernent

- Bienveillance
- Communication
- Respect
- Collaboration

BILAN DE L'ANNÉE

1- Direction des services administratifs

Service alimentaire et nutrition

L'année a été marquée par plusieurs bonifications visant à améliorer l'expérience culinaire des résidents :

- **Optimisation de l'offre et de l'expérience utilisateur** : Bonification de l'offre alimentaire à la cafétéria, accompagnée d'un ajustement des prix.
- **Modernisation des équipements** : Renouvellement d'équipements majeurs (four, marmite, hachoir, robot, coupe industriel, cafetière).
- **Standardisation et encadrement des demandes alimentaires** : Implantation de formulaires pour les événements avec tarification intégrée et création de coupons-repas.
- **Renforcement de la capacité opérationnelle** : Augmentation des heures de cuisiniers afin d'assurer la continuité des services.
- **Optimisation environnementale et financière** : Remplacement des breuvages individuels jetables nouvellement consignés par des formats plus écoresponsables et économiques.
- **Renforcement de la sécurité alimentaire liquide** : Intégration des breuvages IDDSI niveau 3 pour standardiser les consistances épaissies.
- **Structuration de l'accueil et du transfert des connaissances** : Création d'outils d'intégration pour les PSA et ACT en diététique.
- **Fiabilisation des données nutritionnelles** : Mise à jour complète du logiciel ProMenu.

Hygiène et salubrité

Des mesures concrètes ont été mises en place pour assurer un environnement sain et sécuritaire :

- **Optimisation de l'allocation des ressources** : Redistribution des heures entre services.
- **Renforcement du contrôle parasitaire** : Révision des besoins, changement de fournisseur et gestion interne des drosophiles.
- **Structuration et modernisation de la gestion des déchets** : Changement de fournisseur, acquisition de deux compacteurs et implantation du recyclage mixte.

- **Mise à jour des pratiques et conformité** : Révision des procédures de désinfection, d'entretien et d'audit.

Buanderie

Des ajustements logistiques ont permis d'assurer la continuité et l'efficacité des services :

- **Amélioration de l'offre de base aux résidents** : Renouvellement de la literie.
- **Renforcement de la biosécurité** : Mise en place d'une procédure pour la gestion de la literie cytotoxique pour la sécurité de nos employés ainsi que des employés de la buanderie externe.
- **Optimisation des coûts d'approvisionnement** : Adhésion à plusieurs contrats pour l'achat de literie.
- **Modernisation des équipements** : Renouvellement d'une partie de la flotte de chariots de literie.

Entretien des bâtiments

Malgré un contexte budgétaire restreint, plusieurs interventions prioritaires et préventives ont été réalisées au cours de l'année afin d'assurer le maintien des infrastructures, la sécurité des occupants et la pérennité des installations :

- **Salles de bain** : Des travaux de réfection des salles de bain des ailes A et B ont été réalisés. Ces interventions permettent de maintenir un environnement propre, sécuritaire et fonctionnel, tout en préservant l'intégrité des lieux. Elles contribuent également à prévenir l'apparition de moisissures, d'infiltrations d'eau et d'autres problématiques pouvant entraîner une détérioration prématurée des installations.
- **Bâtiments** : Un important projet de réfection de la toiture a été planifié afin d'assurer la protection du bâtiment et de prévenir les risques d'infiltration d'eau. Les travaux devraient être réalisés et complétés au cours de l'été 2026.
- **Contrôle des accès** : Le système de contrôle des accès a été renforcé afin d'améliorer la gestion et la sécurité des entrées et sorties, conformément aux normes et aux meilleures pratiques en vigueur. De plus, l'ajout de nouvelles caméras de surveillance permet d'augmenter la couverture visuelle des principaux points d'accès et d'améliorer la capacité de surveillance de l'établissement.

Projet technologique – Remplacement des composants réseautiques

Un investissement stratégique a été réalisé afin de moderniser l'infrastructure technologique de l'établissement et de répondre à l'évolution croissante des besoins numériques :

- **Performance accrue** : Le remplacement des antennes Wi-Fi a permis d'améliorer significativement la stabilité, la couverture et la performance du réseau sans fil. Cette modernisation répond à une utilisation de plus en plus intensive des outils numériques par les employés, les résidents et les partenaires.
- **Sécurité renforcée** : Les nouvelles composantes installées intègrent des mécanismes de protection plus performants, contribuant à renforcer la cybersécurité de l'organisation et à réduire les risques liés aux cyberattaques, aux intrusions et aux pertes de données.
- **Compatibilité et évolutivité** : L'infrastructure réseautique est désormais mieux adaptée aux technologies et logiciels récents. Elle offre une plus grande capacité d'évolution afin d'accompagner les besoins futurs de l'établissement et de soutenir les projets de transformation numérique à venir.

2- Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

Gestion de la main-d'œuvre et structure

Cette année a été marquée par l'aboutissement d'un effort soutenu et collectif : la fin du recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI). Bien avant l'entrée en vigueur du règlement, la direction des ressources avait déjà entrepris plusieurs initiatives afin de favoriser l'attraction de la main-d'œuvre. Ces efforts se sont poursuivis par la révision de la structure des postes, l'optimisation des rôles de chaque intervenant, l'amélioration de l'accueil du nouveau personnel pour favoriser sa rétention ainsi qu'une visibilité accrue sur différents médias d'affichage. La direction a établi le recrutement externe comme étant une priorité et l'ensemble de l'équipe a été mobilisé vers cet objectif commun.

Durant la période de stabilisation des équipes de soins, nous avons obtenu à deux reprises une dérogation pour mesure exceptionnelle lors de courtes périodes de pointes et l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante a été très limitée.

Gestion de la formation et de la rémunération/avantages sociaux

Afin de soutenir la direction clinique dans la gestion des formations obligatoires et le suivi du plan de développement des ressources humaines, un nouveau poste d'agent administratif a été créé. Ce poste vient également supporter l'équipe de la rémunération et des avantages sociaux qui a connu une augmentation de leur tâche de travail,

notamment à cause de l'ajout de nouvelles clauses aux conventions collectives qui nécessitent des opérations manuelles que le système informatique ne prend pas en charge.

Climat de travail, santé et sécurité

La promotion d'un milieu de travail positif, sain, sécuritaire et aligné avec nos valeurs organisationnelles étant un objectif central pour le CAMF, nos efforts ont été concentrés à plusieurs projets, notamment :

- L'organisation d'une formation sur la civilité en milieu de travail d'une durée de 3h. Au terme de l'année, c'est plus de 47% des employés qui ont été sensibilisés à leur rôle quant au maintien d'un climat de travail sain dans leur équipe. Les formations se poursuivront l'année suivante, dans un format en ligne, afin d'atteindre 80% des employés formés au 31 mars 2027.
- Les gestionnaires et la personne désignée responsable de la prévention du harcèlement psychologique et sexuel¹ ont reçu de la formation afin de prendre en charge les situations signalées, mais surtout d'assurer la prévention de ces situations.
- La consolidation du comité paritaire de santé-sécurité où un responsable en santé et sécurité du travail a été nommé. Le comité a débuté ses travaux dans l'analyse des risques psychosociaux et ceux-ci se poursuivront durant l'année 2026-2027.
- Le réaménagement de la salle de repos pour le personnel, à l'initiative et en collaboration avec les collègues de travail eux-mêmes. Cet espace, pensé par et pour les équipes, est particulièrement apprécié : plusieurs membres du personnel soulignent n'en avoir jamais vu d'aussi belle et confortable ailleurs, ce qui témoigne du soin apporté à la qualité du milieu de travail au CAMF.
- La mise en place d'un écran placé à l'accueil de l'établissement dont l'objectif est de diffuser les informations importantes, autant pour les résidents que pour les employés. Encore une fois, le contenu diffusé est le résultat d'un effort collectif afin d'améliorer la fluidité de la communication.

¹ Personne désignée dans la *Politique en matière de prévention et de prise en charge des situations conflictuelles, du harcèlement et de la violence au travail*

3- Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires

La Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires assure la prestation de soins de qualité et sécuritaire à l'ensemble des résidents de l'établissement. Le Centre d'accueil Marcelle-Ferron s'engage à poursuivre sa mission à travers différentes activités d'enseignement avec plusieurs maisons d'enseignement, ainsi qu'avec les universités de Montréal et de Sherbrooke. Nous avons accueilli des candidates à la profession d'infirmière praticienne spécialisée, des stagiaires en soins infirmiers de même que plusieurs étudiants provenant de diverses disciplines connexes de la santé. Au cours de l'année 2025-2026, plusieurs stages variés se sont déroulés dans notre établissement.

En continu, un suivi régulier des indicateurs de qualité est effectué périodiquement par les infirmiers/ières-chefs d'unité de vie. Les résultats d'audits de qualité effectués sont affichés aux unités de vie pour fins de discussions avec les employés et des actions sont ensuite mises en place afin d'atteindre les cibles.

En 2025-2026, une révision complète du programme d'accueil des nouveaux employés a été effectuée et des activités de formations à l'intention des employés ont été offertes afin d'assurer une prestation sécuritaire des soins.

Une fiche descriptive du Centre d'Accueil Marcelle-Ferron décrivant les services et soins offerts ainsi que les modalités d'admission a été créée et diffusée aux mécanismes d'accès à l'hébergement (MAH) de Santé Québec de la Montérégie-Ouest et Santé Québec de la Montérégie-Est. Ceci permet une transmission en amont des modalités d'admission du CAMF.

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Conseil multidisciplinaire (CM)

Un conseil multidisciplinaire est en place au Centre d'Accueil Marcelle-Ferron. Ce conseil a pour mandat d'émettre des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, en tenant compte des conditions d'exercices requises au CAMF, pour assurer des services de qualité dans l'établissement.

En 2025-2026, le CM s'est rencontré à trois (3) reprises. Diverses problématiques ont été discutées et des solutions ont été mises en place, notamment au sujet des rencontres de PII d'admission et annuels.

Dans le but de renforcer l'esprit d'équipe et de favoriser un climat de travail convivial, plusieurs activités rassembleuses ont été proposées. Parmi celles-ci figurent la fête champêtre destinée aux résidents et leur famille, un bar à sundae durant la période estivale, ainsi qu'un comptoir café-biscuits et un panier de pommes au caramel à l'occasion de la saison automnale.

Des conférences ont également été offertes afin de soutenir le bien-être du personnel et de favoriser le développement personnel et professionnel dont une conférence présentée le 17 février 2026 qui portait sur le thème "Donner de l'énergie à votre hiver : stimuler votre humeur et votre vitalité".

Plusieurs réflexions et discussions ont été menées relativement à différents enjeux organisationnels et cliniques et des outils ont été développés afin de soutenir les pratiques professionnelles et améliorer la qualité des interventions.

Afin de faciliter les échanges avec les résidents et familles dont le français n'est pas parlé, des traducteurs ont été achetés et des pictogrammes représentant les soins de bases ont été créés.

Comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières (CECII)

Le CECII est une instance consultative dans laquelle des problématiques vécues par le personnel infirmier sont discutées dans le but d'apporter des correctifs et solutions. Des rencontres en sous-groupes de travail sur des sujets comme la prévention et le contrôle des infections, la prévention des lésions de pression, la prévention des chutes, etc., composées d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'infirmières cliniciennes sont tenue avant la tenue du CECII durant lequel, la personne responsable du sous-groupe nomme la problématique discutée et les solutions proposées. La solution choisie est ensuite déterminée ainsi que les moyens pour la mettre en place.

Le CECII s'est rencontré à trois (3) reprises en 2025-2026. Durant ces rencontres, des solutions ont été choisies pour des problématiques en lien avec la prévention des chutes, les soins de fin de vie, le contrôle et la prévention des infections, la prévention des lésions de pression et plaies complexes ainsi que l'administration sécuritaire des médicaments. Les solutions ont été appliquées. Lors d'une rencontre du CECII, les membres du comité multidisciplinaire ont présenté leur offre de service afin que les infirmiers/ières connaissent leur champ de compétence respectif.

Les principaux risques d'incidents et d'accidents

Pour l'année 2025-2026, 1357 événements évitables (incidents et accidents) ont été déclarés et enregistrés dans le système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS). Le volume d'événements déclarés a connu une diminution passant de 16.68 par 1000 jours présence en (2024-2025) à 13.81 pour cette année.

Cette diminution s'explique par une sensibilisation du personnel à analyser la cause et à mettre en place des interventions appropriées pour éviter la récurrence. De plus, nous ne déclarons plus les chutes lorsque le résident a des risques inhérents, s'il n'y a pas de conséquence et que le plan d'intervention a été respecté.

Nature des principaux types d'incidents pour 2025-2026
Indice de gravité A et B

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents
Médicaments	70	49.6 %
Autres types	66	46.8 %
Liés aux effets personnels	5	3.55 %

Nature des principaux types d'incidents pour 2025-2026
Indice de gravité C à I

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	591	48.6 %
Autres types	410	33.7 %
Médication	215	17.7 %

Un certain nombre de déclarations d'accidents concerne les blessures d'origine inconnue ou connue. Ces blessures font l'objet d'analyses complémentaires par l'équipe concernée afin de mettre en place les mesures appropriées pour éviter la récurrence de tels événements.

- Les blessures d'origine connue (89) et d'origine inconnue (191) comptent pour 77.8% de la catégorie « autres ». Au total on compte 280 blessures, en 2025-2026. En comparaison, en 2024-2025, on comptait 101 blessures d'origine connue et 211 d'origine inconnue pour un total de 312. Il s'agit d'une diminution globale de 32 blessures. La baisse est observée autant pour les blessures d'origine connue que pour celles d'origine inconnue.

La diminution du nombre de blessures observée en 2025-2026 s'explique par le fait que, les résidents à risque accru de blessure ont été identifiés de manière plus systématique, permettant la mise en place de plans d'intervention individualisés (protection de la peau à l'aide de tubulures de type *grip* ou de pansements protecteurs au niveau des mains et des jambes, le port de vêtements adaptés (pantalons longs ou manches longues) afin de limiter les traumatismes cutanés, une hydratation plus fréquente de la peau, le maintien des ongles courts, ajustements de l'environnement pour réduire les risques de blessures accidentelles, protection des surfaces et des équipements (ex. protèges ridelles), a également contribué à limiter les blessures liées aux contacts avec le mobilier ou l'équipement.

Actions entreprises par le comité de gestion des risques et mesures mises en place par l'établissement pour les principaux risques d'incidents et d'accidents

Les événements présentant des conséquences importantes et permanentes (indices de gravité G, H ou I), ainsi que les événements pouvant présenter des conséquences importantes si le risque se réalisait, ont fait l'objet d'une analyse approfondie (événement sentinelle). Des plans d'amélioration ont été élaborés, mis en place et les suivis de la réalisation des plans d'amélioration ont été documentés. Les événements dits sentinelles ont été rapportés au comité de gestion des risques et de la qualité des soins et celui-ci a participé à la recherche et au développement des moyens pour accroître la sécurité des résidents.

Le comité pharmacovigilance surveille les déclarations en lien avec les erreurs de médicaments afin d'identifier des tendances et mettre en place des actions visant à réduire la récurrence des événements indésirables et l'indice de gravité. Suite à l'analyse des erreurs liées à la médication en 2024-2025, nous avons procédé à l'implantation du prescripteur électronique PandaWebRx et du FADMe (Formulaire d'Administration des Médicaments électronique) au dernier trimestre 2025. PandaWebRx nous a permis d'améliorer nos pratiques relatives à la gestion des prescriptions, ainsi que l'application des bonnes pratiques lors de l'administration des médicaments. De plus, suite aux différents audits faits en lien avec l'administration sécuritaire des médicaments ainsi que l'utilisation du registre des narcotiques et autres substances contrôlées, nous avons effectué des suivis personnalisés auprès de l'équipe infirmière.

Toujours dans le but de comprendre la cause des erreurs et ainsi de pouvoir intervenir pour en diminuer le nombre, plusieurs audits ont été réalisés sur la gestion des prescriptions et l'administration sécuritaire des médicaments.

Le comité de prévention des chutes joue également un rôle d'expert et de vigie. La mise en application du cadre de référence en prévention des chutes se poursuit à travers des activités de formations, des audits et de la sensibilisation auprès du personnel. Plusieurs interventions ont été mises en place expliquant la diminution du nombre de chutes en 2025-2026 :

- Réorganisation lors de la distribution de la collation en s'assurant que l'un des 2 PAB dédiés à la distribution assure la surveillance des résidents pendant que son collègue distribue et vice versa.
- Réajustement de la « grille d'évaluation du risque de chute » permettant d'évaluer le nombre de chutes sur 6 mois et non sur 3 mois. Ceci permet de mettre rapidement les résidents sur tournée intentionnelle.
- Formation du personnel soignant sur les tournées intentionnelles selon le modèle BEC de Philippe Voyer avec distribution des cartes de rappel à l'appui.
- Formation ENA sur la prévention des chutes obligatoire à l'accueil des nouveaux employés.

- Révision du parcours de préparation aux rencontres interdisciplinaires post chute, incluant la création d'un formulaire de préparation, d'une grille d'observation et l'implication du PAB. Cette démarche favorise une analyse approfondie des chutes lors des rencontres et facilite la mise en place d'interventions personnalisées.
- Maintien et l'amélioration du programme de surveillance des résidents lors des rapports interservices.
- Suivi du programme d'amélioration continu pour la prévention des chutes par la sensibilisation et l'implication des différents intervenants.
- Suivi des grilles d'observation PAB témoins ou 1er témoins de la chute.

Le comité de prévention des lésions de pression et des plaies complexes, quant à lui, fait connaître aux employés les différentes trajectoires de soins, outils cliniques, afin de mieux utiliser les différents produits disponibles dans l'établissement.

En 2024 2025, 43 plaies de pression ont été déclarées comparativement à 24 en 2025 2026. Il s'agit d'une diminution de 19 événements.

La baisse observée du nombre de plaies de pression peut s'expliquer par le renforcement des mesures de prévention chez les résidents à risque, incluant l'utilisation accrue de surfaces de redistribution de la pression, l'application plus rigoureuse des changements de position et la surveillance ciblée des zones à risque (talons, coccyx, fesses). Une meilleure identification des résidents présentant des comorbidités importantes (diabète, cancer, insuffisance vasculaire, soins de confort) et des ajustements plus précoces des plans de soins ont également contribué à limiter l'apparition de nouvelles plaies.

Enfin, le suivi régulier des statistiques et la rétroaction aux équipes ont favorisé une amélioration continue des pratiques cliniques.

D'autres interventions ayant eu lieu en 2025-2026 :

- Organisation d'un kiosque de présentation des différents modèles de pansements à l'intention de l'équipe de jour.
- Mise à jour des affiches portant sur les différents types de plaies et les pansements correspondants disponibles sur l'unité.
- Rappel clinique effectué concernant la dermatite associée à l'incontinence ainsi que l'intertrigo.
- Formation offerte aux PAB-CÉ par une représentante de TENA sur la prise de mesures pour le choix approprié des culottes d'incontinence, en lien avec l'amélioration des soins d'hygiène, la protection cutanée et la prévention de la dermatite.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôles des résidents.

L'année 2025-2026 fut une année où l'application des mesures de contrôle non reliées à la PCI a diminué. Dans l'ensemble, une diminution du nombre de mesures de contrôle a été enregistrée chaque année depuis 5 ans.

Mesures de contrôle	2023-2024	2024-2025
Contention physique incluse isolement non PCI .	Taux d'utilisation à 1.42%.	Taux d'utilisation à 1.71%
Isolement en PCI ou autre raison.	154 interventions « isolement » activées dans le plan de soins.	140 interventions « isolement » activées dans le plan de soins.

Les mesures de contrôle, sans tenir compte des contentions chimiques (prises en compte dans le programme OPUS), ni des grenouillères mises en place pour assurer la dignité du résident, ont un taux moyen de 1.60 par 1000 jours présence pour 2025-2026. Le dossier « mesures de contrôle » a été attribué à une nouvelle personne responsable depuis quelques mois et l'uniformisation des données/surveillance peut expliquer cette légère différence. Toutes les mesures de contrôle mises en place pour des comportements d'errance ou pour la sécurité du résident. Tous font état de surveillance et réévalué tous les 3 mois, même pour les mesures en place à la demande de la famille.

Rappels et suivis effectués :

- Un rappel a été transmis aux équipes concernant l'utilisation de l'aide-mémoire des mesures de contrôle de la trajectoire de soins.
- Un mémo relatif au suivi des dossiers de contention a été préparé et diffusé aux équipes.
- Ces rappels mettaient l'accent sur l'importance de l'évaluation interdisciplinaire de la situation, la priorisation des mesures de remplacement ainsi que le respect des bonnes pratiques cliniques.
- Il a également été rappelé que le consentement doit être obtenu et documenté, et que la présence d'une mesure de contrôle doit être clairement indiquée dans la gestion des risques - Gustav.

Mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par le commissariat aux plaintes et à la qualité des services et le coroner

Le **comité de vigilance et de la qualité (CVQ)** a analysé divers rapports lui permettant de bien saisir les enjeux auxquels l'établissement doit faire face en matière de qualité. À cet égard, les sujets abordés ont notamment porté sur le plan de la promotion du respect des droits des usagers et sur le régime d'examen des plaintes, les normes d'Agrément et la gestion intégrée des risques et de la qualité des soins.

Le comité a informé régulièrement le conseil d'administration de l'avancement des dossiers et des suivis des recommandations, s'assurant ainsi de la pertinence, de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des services rendus, du respect des droits des résidents ou du traitement de leurs plaintes.

Le commissariat aux plaintes et à la qualité des services

En 2025-2026, le commissariat aux plaintes et à la qualité des services a produit son rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sont accessibles sur le site santemonteregie.qc.ca/centre/documentation.

Coroner

Pour l'année 2025-2026, aucun rapport du coroner, avec recommandations n'a été émis l'établissement.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Au cours de l'année 2025-2026, 6 PAB chefs d'équipe ainsi qu'une technologue en réadaptation physique ont été certifiés par l'ASSTSAS (Association partiaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales) en tant que formateurs ARS (Approche relationnelle de soins).

Dans le cadre du Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-26, nous avons terminé le déploiement de la mesure débutée en 2024-2025 qui consiste à assurer une utilisation optimale des médicaments par l'implantation du programme OPUS-AP. 5 unités ont implanté le programme. Lors de l'admission d'un nouveau résident, la médication est révisée et ajustée au besoin par la pharmacienne.

Dans le cadre de la mesure 25 du Plan d'Action pour l'Hébergement de longue durée 2021-2026, nous avons organisé le 31 mai 2025, une activité festive nommée : Fête champêtre. Cette activité a été offerte à l'ensemble de la clientèle, des proches de nos résidents et même offerte à la clientèle en RPA à proximité. Nous avons profité de cette fête pour faire connaître les soins et services offerts par les différents intervenants du CAMF ainsi que

l'apport de la communauté au soutien des personnes hébergées. Cette activité a été une belle réussite et fut très appréciée par nos résidents et leurs proches. Celle-ci sera reconduite en 2026 sous un nouveau format.

Soins de fin de vie - Application de la politique

Le Centre d'Accueil Marcelle-Ferron poursuit son engagement dans l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie. La politique sur les soins de fin de vie a été mise à jour en 2022. Elle précise notamment les normes juridiques, éthiques et cliniques qui guident ces soins au sein de l'organisation.

Durant l'année 2025-2026, plusieurs initiatives ont été mises de l'avant en soins palliatifs et de fin de vie, tant pour le soutien aux personnes en fin de vie, leurs proches et les équipes que pour la pratique clinique.

- Travaux sur différentes trajectoires en soins palliatifs et de fin de vie ;
- CECII – Discussions sur diverses problématiques soulevées par les équipes de soins en lien avec les soins palliatifs et de fin de vie ;
- Suite à l'obtention d'un financement externe, le projet « Dernier Chapitre » a élargi son champ d'action et permet maintenant d'offrir un accompagnement plus personnalisé pour nos résidents en soins de confort et/ou en fin de vie imminente ainsi qu'à leur famille. (Café et biscuits pour les familles, groupes de soutien au deuil difficile, massothérapie en fin de vie, ensemble « confort » pour les familles passant la nuit au chevet, couverture « cérémoniale » lorsque le corps quitte, etc.)
- Kiosques d'information, pour les résidents, les familles et les employés, sur divers sujets en lien avec les soins de fin de vie. (Soins palliatifs, AMM, DMA, Projets « Dernier Chapitre »)
- Poursuite de la sensibilisation des équipes infirmières à l'identification précoce des résidents présentant des signes de fin de vie via l'utilisation de l'outil prédictif en soins palliatifs « Palliative Performance Scale PPSV2 ». Nous avons noté une augmentation des rencontres avec les familles afin d'aborder les soins de fin de vie (désirs du résident et de sa famille, détermination des besoins d'accompagnement) avant une dégradation importante de la condition de santé du résident.

Également en lien avec les soins de fin de vie, deux chambres privées sont maintenant dédiées aux soins de fin de vie pour les résidents occupant une chambre semi-privée. Cette décision permet d'assurer l'intimité et le calme au résident et ses proches dans les derniers moments de sa vie.

**L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie
(1er avril au 31 mars)**

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	147
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	7
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	4
	Nombre d'aide médicale à mourir administrées	3
	Nombre d'aide médicale à mourir non administrées et motifs*	1

*Motifs des AMM non administrées : Résident décède avant de pouvoir recevoir l'AMM

Milieu de vie

Le Comité de la qualité du milieu de vie (CMV) est un comité consultatif dont l'objectif est de faire du Centre d'Accueil Marcelle-Ferron (CAMF) un milieu de vie substitut où le bien-être du résident est au cœur des décisions, et ce, afin d'améliorer sa qualité de vie en fonction de ses besoins spécifiques.

Durant l'année 2025-2026, le Comité sur la qualité du milieu de vie s'est réuni à trois reprises. Plusieurs réalisations ont été accomplies et différents sujets ont été abordés afin d'améliorer continuellement la qualité de vie des résidents et de leurs proches.

Parmi les principaux projets et réalisations, notons :

- Organisation de la fête champêtre 2025, un événement très apprécié des résidents et des familles, ayant favorisé la participation sociale, les activités intergénérationnelles et le sentiment de communauté.
- Mise en place et développement du projet « Le dernier chapitre », visant à offrir des moments de détente et d'accompagnement de fin de vie grâce à des massages, de la musique et des interventions favorisant le bien-être des résidents.
- Implantation progressive des cahiers de communication des PAB accompagnateurs et collaborateurs afin d'améliorer la continuité des soins et la communication avec les résidents et leurs proches.
- Projet pilote puis déploiement des chauffe-serviettes dans les unités de vie afin d'améliorer le confort et l'expérience des résidents lors des bains.

- Réalisation d'activités de sensibilisation à la bientraitance à la diversité et à l'émergence LGBTQ+, incluant des kiosques et des ateliers de discussion interactifs auprès des équipes.
- Des ateliers de réflexion portant sur la bientraitance, intitulés « La bientraitance au cœur de nos pratiques », ont été réalisés en collaboration avec le département du service social. Ces rencontres privilégiées ont permis des échanges avec les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires ainsi que les AIC. Cette démarche se poursuivra afin de permettre à l'ensemble du personnel des unités de soins, tant de jour que de nuit, de participer à cet atelier de réflexion.
- Implantation du Spotify dans toutes les salles à manger des unités afin de créer une ambiance plus chaleureuse et agréable lors des repas.
- Création de rencontres mensuelles d'accueil pour les nouvelles familles afin de favoriser l'intégration, répondre aux questions et mieux faire connaître les ressources et services du milieu de vie.
- Mise en place des postes de PAB chefs d'équipe et déploiement de la formation ARS (Approche relationnelle de soins), visant l'amélioration des interventions auprès des résidents présentant des troubles cognitifs ou des comportements complexes.
- Suivi rigoureux des indicateurs de qualité avec amélioration notable de plusieurs résultats:
 - diminution des chutes;
 - diminution importante des lésions de pression;
 - amélioration continue de l'hygiène des mains;
 - maintien d'un bon taux de satisfaction globale des résidents et proches aidants.
- Réalisation d'activités de sensibilisation sur l'hygiène des mains à l'aide d'outils interactifs (lampe UV) afin de renforcer les bonnes pratiques cliniques.
- Amélioration de l'expérience repas grâce à l'ajout de musique dans les salles à manger et sensibilisation des équipes à l'importance de socialiser et nommer les menus aux résidents durant les repas.
- Mise en place de réflexions et d'actions visant une meilleure diffusion des calendriers d'activités afin de favoriser l'accès aux loisirs et la participation des résidents.
- Développement de projets visant à améliorer l'environnement physique et le sentiment d'accueil :
 - Projet d'affiches murales apaisantes dans les chambres doubles;
 - Réflexion sur la création de sacs cadeaux de bienvenue pour les nouveaux résidents;

- Projet de jardin intérieur Eldergrow avec démarches entreprises afin d'obtenir une subvention pour offrir des activités de jardinage intérieur adaptées aux résidents.
- Maintien d'une approche participative favorisant l'implication des résidents, des familles et des proches aidants dans les discussions et projets d'amélioration du milieu de vie.

Prévention et contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections (PCI) assurent un rôle d'expertise et de vigie. La mise en œuvre des pratiques et des lignes directrices en PCI se poursuit par le biais d'activités de formation, d'audits ainsi que d'actions de sensibilisation auprès du personnel.

Dans cette optique, les audits d'hygiène des mains réalisés par les chefs d'équipe PAB ont été rehaussés, ils visent à évaluer la contribution des équipes et à analyser le lien entre l'observance de l'hygiène des mains et la survenue d'éclosions afin de prévenir le déconditionnement chez les résidents en isolement préventif, un résumé du guide du MSSS « Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021) a été élaboré par l'AICC-PCI. Ce document, intégré au système numérique et accessible aux assistant(e)s infirmier(ère)s-chef, constitue un outil particulièrement pertinent en contexte d'éclosion, en facilitant l'élaboration de plans de soins personnalisés pour chaque résident et en contribuant à limiter les impacts de l'isolement.

Par ailleurs, le cadre de référence en PCI a été révisé et corrigé. L'ensemble des procédures du centre en lien avec la PCI a également été mis à jour afin d'assurer leur conformité aux pratiques exemplaires et aux exigences en vigueur.

Enfin, à l'occasion de la Journée mondiale de l'hygiène des mains, un concours inter unités a été mis en place. Celui-ci consistait en un questionnaire de 10 questions portant sur l'hygiène des mains, adaptées aux titres d'emploi de PAB, IA et AIC.

Le personnel a démontré une participation et un engagement très positifs. Le quiz a suscité la curiosité des employés et a donné lieu à plusieurs échanges, discussions et analyses en lien avec les réponses, favorisant ainsi une réflexion collective sur le sujet, tout en contribuant à l'apprentissage et au renforcement des connaissances. En raison de ce succès, le concours sera reconduit annuellement.

Un trophée est remis à l'unité ayant obtenu le meilleur taux de participation et de bonnes réponses.

Vaccination

En 2025-2026, 2 campagnes de vaccination ont été organisées. Une en automne, soit octobre 2025. Dans celle-ci, **99 employés** ont été vaccinés à raison de 63 contre la covid-19 et 94 contre l'influenza, **208 Résidents** ont été vaccinés contre (Covid-19, Influenza, Pneumocoque, Zona).

En avril 2026, la 2^e campagne de vaccination a permis de vacciner **242 résidents** dont 219 résidents ont reçu le vaccin contre la Covid-19, 56 contre le VRS, 32 contre l'Influenza, 69 pour 1^{re} dose contre le Zona et 27 pour 2^e dose contre le Zona, 16 contre le pneumocoque.

CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

1- Conseil d'administration

Le mandat du conseil d'administration est de veiller sur les pratiques de gestion et de la gouvernance de l'organisation. Il agit en conformité avec la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

2- Comité des usagers

Le comité des usagers est constitué en vertu de la Loi sur les Services de santé et des services sociaux. Le comité des usagers est composé de quatre membres qui assurent les responsabilités suivantes :

- Renseigner les résidents sur leurs droits ainsi que sur leurs obligations ;
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des services et des conditions de vie des résidents ;
- Évaluer la satisfaction des résidents à l'égard des services et soins obtenus ;
- Défendre les droits collectifs et individuels des résidents.

3- Conseils professionnels

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (médecins spécialistes) – CMDP

Le conseil assume les responsabilités suivantes envers le conseil d'administration :

- Contrôler, apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- Évaluer et assurer le maintien des compétences de ses membres;
- Émettre des recommandations quant aux qualifications, aux compétences, au statut, aux obligations rattachées aux privilèges de pratique et aux mesures disciplinaires de ses membres;
- Émettre des recommandations quant aux règles de soins médicaux et dentaires et aux règles d'utilisation des médicaments;
- Adopter les ordonnances collectives nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement;
- Élaborer un système de garde assurant la permanence des médecins, dentistes et pharmaciens en fonction des besoins de l'établissement.

4- Comité de gestion des risques et de la qualité des soins

Le comité sur la gestion des risques et de la qualité assure au conseil d'administration que les obligations de l'établissement en ce qui concerne la sécurité non seulement des résidents, mais aussi celle des employés, des médecins et des tiers sont remplis, que des mécanismes sont en place pour diminuer les risques d'accident causant des dommages et pour protéger les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles de l'établissement. Ainsi, il s'assure de la mise en place en application des meilleures pratiques.

5- Comité paritaire de santé et sécurité du travail

Le comité se réunit minimalement aux 6 semaines ou davantage selon les enjeux vécus. Il analyse les accidents et incidents avec et sans perte de temps et met en œuvre des projets liés à la prévention des accidents.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Aucune situation ou allégation de comportement susceptible d'être dérogatoire au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc. (CAMF) n'a été rapportée, soumise ou n'a été traitée au cours de l'exercice financier écoulé se terminant le 31 mars 2026. Le code d'éthique est présenté en annexe 1.

ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE D'ACCUEIL MARCELLE-FERRON INC.

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LE 23 JUILLET 2001.

TABLE DES MATIÈRES DU CODE D'ÉTHIQUE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	2
DEVOIRS ET OBLIGATIONS.....	2
MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION DES INTÉRÊTS	2
IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS	3
PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION	3
DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT	4
MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE.....	4
MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION	5
ANNEXE 1– DÉCLARATION D'INTÉRÊTS	6
ANNEXE 2 – ACCEPTATION ET ENGAGEMENT	7
ANNEXE 3 - RECONNAISSANCE ET ENGAGEMENT	8

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration du Centre d'Accueil Marcelle-Ferron inc. (ci-après désigné le CAMF) reliés à ou découlant de l'exercice de leurs fonctions.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

(Article 3.0.4, 2e alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

- 1- Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
- 2- Le membre du conseil d'administration doit agir avec impartialité dans l'établissement des priorités et des orientations générales du CAMF, et doit participer dans un esprit de concertation à leur mise en œuvre.
- 3- Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil et prendre une part active à ses délibérations.
- 4- Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif, les règlements et le présent code lui imposent (Article 321 du Code civil du Québec).
- 5- Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- 6- Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence, honnêteté, indépendance et loyauté (Articles 321 et 322 du Code civil du Québec).
- 7- Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux.
- 8- La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération et de dignité.
- 9- Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des renseignements, débats, échanges et discussions dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

(Article 3.0.4, 2^e alinéa, paragraphe 1, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

- 1- Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
- 2- Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve à l'occasion de représentations publiques. Il doit à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales du CAMF. S'il émet un point de vue personnel, il doit le préciser et éviter tous commentaires susceptibles de porter atteinte à l'intégrité du CAMF.
- 3- Tout membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une autre entreprise qui met en conflit ou est susceptible de mettre en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou du CAMF doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.
- 4- Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent à la bourse et si le membre en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières.
- 5- Tout membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans toute personne morale, société ou entreprise ayant conclu ou susceptibles de conclure un contrat avec le CAMF.
- 6- De la même manière, tout membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant la liste des personnes morales, sociétés ou entreprises au sein desquelles il agit à titre d'administrateur, et ayant conclu ou susceptible de conclure un contrat avec le CAMF (voir Annexe 1 jointe au présent code).

IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

(Article 3.0.4, 2^e alinéa, paragraphe 2, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

- 1- Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, professionnelles ou d'affaires, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.

- 2- Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- 3- Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- 4- Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration est en conflit d'intérêts lors de toute situation où les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés.
- 5- Le membre du conseil d'administration ne peut confondre les biens du CAMF avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CAMF ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur (Article 323 du Code civil du Québec).

PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

(Article 3.0.4, 2^e alinéa, paragraphe 3, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

- 1- Un membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou ce bénéfice est destiné à ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 2- Notamment sont considérés un avantage prohibé toute somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude du membre du conseil d'administration à prendre des décisions justes et objectives.
- 3- Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser, ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 4- Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu. (Article 3.0.6, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

(Article 3.0.4, 2^e alinéa, paragraphe 4, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

- 1- Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions.
- 2- Le membre du conseil d'administration doit se comporter 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 ou nuire aux intérêts du CAMF.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

- 1- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- 2- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le président.
- 3- Le président du conseil d'administration ou le président, selon le cas, désigne une personne pour faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements d'un membre du conseil d'administration susceptible(s) d'être dérogatoire(s) au présent code.
- 4- L'enquête doit être conduite de manière diligente et confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne faisant l'objet de l'enquête.
- 5- Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne chargée de l'enquête à moins que celle-ci n'initie une telle communication.
- 6- Au terme de son enquête, la personne qui en a été chargée doit adresser un rapport d'enquête au président du conseil ou au président, selon le cas.
- 7- En tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête, le président du conseil d'administration ou le président peut, selon le cas, fermer le dossier, auquel cas il en fait rapport au conseil d'administration le plus tôt possible, ou constituer un comité formé de lui-même ainsi que de deux (2) administrateurs qu'il désigne (ci-après désigné le Comité).
- 8- Le Comité notifie au membre du conseil d'administration concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions, législatives, réglementaires ou du présent code, pertinentes. Cette notification informe le membre du conseil d'administration concerné qu'il peut, dans les trente (30) jours, fournir par écrit ses observations au Comité et/ou demander à être entendu par celui-ci, faire témoigner toute personne de son choix et déposer tout document qu'il juge pertinent.

- 9- Après avoir entendu le membre du conseil d'administration concerné ou à l'expiration du délai indiqué à l'article précédent si ce dernier n'a pas demandé à être entendu, le Comité doit faire rapport au conseil d'administration de ses conclusions et des motifs à leur soutien. Si la conclusion du Comité est à l'effet que le membre du conseil d'administration concerné a contrevenu à la loi, aux règlements ou au présent code, le Comité doit recommander au conseil d'administration l'imposition d'une sanction.
- 10- Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer au membre du conseil d'administration concerné. 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.
- 11- 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. Le membre du conseil d'administration est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.
- 12- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, la personne qui effectue une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions. (Article 3.0.5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).
- 13- La personne qui effectue les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues à la confidentialité et elles doivent, avant d'exercer de telles fonctions, signer un engagement de confidentialité selon la formule jointe en Annexe 2 au présent code.

MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION

(Article 3.0.4, 3e et 4e alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

- 1- Le présent code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration du CAMF.
- 2- Chaque membre du conseil d'administration doit signer l'engagement contenu à l'Annexe 3 ci-jointe dans les quinze (15) jours de l'entrée en vigueur du présent code et chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les trente (30) jours de son entrée en fonction.
- 3- Un exemplaire du présent code est accessible au public et disponible sur simple demande adressée au directeur général du CAMF.
- 4- Le présent code doit être inclus au rapport annuel du CAMF, lequel rapport doit également faire état pour l'année concernée: du nombre de cas traités et de leur suivi;
- 5- Des manquements constatés, des décisions prises et des sanctions imposées par le Comité; et du nom des personnes révoquées ou suspendues.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Je, le (la) soussigné(e), membre du conseil d'administration du **CENTRE D'ACCUEIL MARCELLE-FERRON INC.** (ci-après désigné **CAMF**), déclare ce qui suit :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés et/ou entreprises identifiées ci-dessous, lesquelles ont conclu ou sont susceptibles de conclure un contrat avec le **CAMF** :
2. J'agis à titre d'administrateur des personnes morales, des sociétés et/ou des entreprises identifiées ci-dessous, lesquelles ont conclu ou sont susceptibles de conclure un contrat avec le **CAMF** :

EN FOI DE QUOI, j'ai signé à _____, ce _____ième jour de _____

Signature

ACCEPTATION ET ENGAGEMENT

Je, le (la) soussigné(e), ayant été désigné(e) le ____ième jour de _____ pour faire enquête en vertu de l'article 26 ou pour faire partie du Comité constitué en vertu de l'article 30 du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du **CENTRE D'ACCUEIL MARCELLE-FERRON INC.** (ci-après désigné le Code), **accepte** d'exécuter ce mandat conformément aux dispositions applicables du Code **et m'engage** à ne pas révéler ou faire connaître à quelque tierce personne que ce soit, à moins d'y être contraint par les lois en vigueur, quoique ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exécution dudit mandat ou à l'occasion de son exécution.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé à _____, ce ____ième jour de _____.

Signature

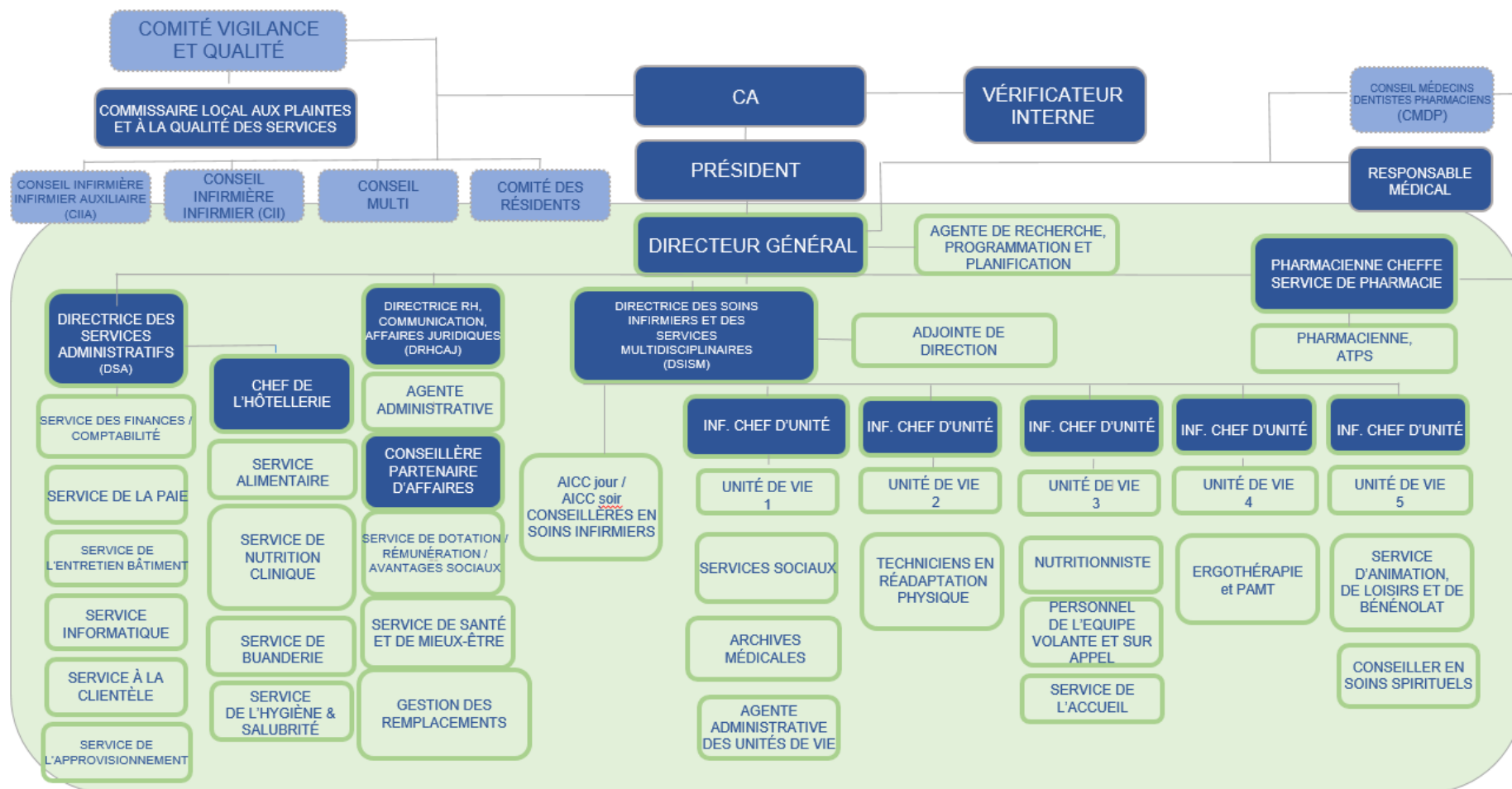
RECONNAISSANCE ET ENGAGEMENT

Je, le (la) soussigné(e), membre du conseil d'administration du **CENTRE D'ACCUEIL MARCELLE-FERRON INC.** (ci-après désigné **CAMF**), **reconnaît** par les présentes avoir reçu un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie régissant les membres du conseil d'administration du **CAMF**, avoir pris connaissance des dispositions qui y sont contenues et **m'engage** à m'y conformer.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé à _____, ce ____ième jour de _____.

Signature

ANNEXE 2 - ORGANIGRAMME





CENTRE D'ACCUEIL MARCELLE-FERRON INC. (CHSLD)

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Sécurité - Hébergement - Assistance - Surveillance - Services de réadaptation
Soins infirmiers - Soutien psychologique - Pharmacie - Loisirs