

# **Centre d'Accueil Marcelle-Ferron**

CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)



## **Rapport annuel de gestion 2016-2017**

8600 BD MARIE-VICTORIN BROSSARD J4X 1A1 (450 923-1430)  
[WWW.CHSLDMARCELLEFERRON.COM](http://WWW.CHSLDMARCELLEFERRON.COM)

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>DÉCLARATION DE FIABILITÉ.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>RAPPORT DE LA DIRECTION GÉNÉRALE.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....</b>	<b>5</b>
3.1	PHILOSOPHIE DE GESTION.....	6
	LES ORGANIGRAMMES SOUS FORMES TRADITIONNELLE ET INVERSÉE .....	8
3.2	LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ.....	10
<b>4</b>	<b>BILAN DE L'ANNÉE .....</b>	<b>11</b>
4.1	ASSURANCE SALAIRE (AS).....	11
4.2	GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS.....	11
4.3	SERVICE ALIMENTAIRE .....	11
4.4	COACHING CLINIQUE.....	11
4.5	AJOUT DE PERSONNEL CLINIQUE .....	12
4.6	COMITÉ CLINICO-ADMINISTRATIF .....	12
4.7	COMITÉ LEADERSHIP .....	12
4.8	COMITÉ DE DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL DES SOINS (CDOS).....	13
4.9	IMPLANTATION D'UN NOUVEAU LOGICIEL DOSSIER CLIENTÈLE .....	13
<b>5</b>	<b>RÉALISATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>14</b>
5.1	RAPPORT DES RESSOURCES HUMAINES .....	14
<b>6</b>	<b>COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX .....</b>	<b>15</b>
6.1	COMITÉ DE VIGILANCE ET LA QUALITÉ (CVQ) .....	15
6.2	CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) .....	15
6.3	COMITÉ DE LA GESTION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS.....	15
6.4	COMITÉ DE GESTION DES RISQUES .....	17
6.5	COMITÉ SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI).....	19
6.6	COMITÉ SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE .....	19
<b>7</b>	<b>CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS.....</b>	<b>20</b>
<b>8</b>	<b>ANNEXE.....</b>	<b>21</b>

# 1 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 de gestion de l'exercice 2016-2017 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.

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 2017.

## 2 Rapport de la direction générale

Les états financiers du Centre d'Accueil Marcelle-Ferron ont été complétés par la direction des services administratifs qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les recommandations. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public et pour le secteur privé conventionné 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 des services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre d'Accueil Marcelle-Ferron 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 centre d'Accueil. 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 d'audit 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 pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

### 3 Présentation de l'établissement

Le Centre d'Accueil Marcelle-Ferron (CAMF) est un établissement privé conventionné offrant des services de soins de longue durée (mission CHSLD) à 249 adultes en perte d'autonomie. Les services du CAMF sont agréés par Agrément Canada depuis 1987.

Le CAMF est situé dans :

- la région socio-sanitaire de la Montérégie (16);
- le territoire du CISSS de la Montérégie-Centre;
- le territoire-CLSC Brossard - Saint-Lambert (16052);
- la M.R.C de Longueuil (580);
- la circonscription électorale provinciale de La Pinière (203).

Le CAMF compte 25 chambres semi-privées et 200 chambres privées

Le profil de la clientèle hébergée au CAMF est illustré dans le tableau ci-dessous :

**Tableau : profil de la clientèle**

	2014-15	2015-16	2016-17
Âge moyen	83	85	84
Nombre de résidents <65 ans	15	15	17
Durée moyenne de séjour en jours	798	867	926
Nombre sous régime de protection publique	11	6	8
Nombre d'admission	103	85	92

Le processus d'amélioration continue vise à atteindre les 4 enjeux et 6 orientations stratégiques suivants:

#### **ENJEUX**

- 1- Entretenir une culture d'amélioration continue de la qualité / sécurité
- 2- Favoriser un milieu de travail sain et sécuritaire
- 3- Développer un milieu de vie centré sur le résident et sa famille en lien avec la communauté
- 4- Gérer de façon éclairée les ressources limitées pour optimiser le service à la clientèle et la sécurité

#### **ORIENTATIONS**

- 1- Respecter le cadre législatif et réglementaire (notamment : LSSS, MSSS, visites ministérielles, agrément et règles de financement des EPC);
- 2- Standardiser et réduire les gaspillages et les sources de variation des processus;
- 3- Maintenir des ressources humaines compétentes et en nombre suffisant;
- 4- Utiliser des équipements appropriés et en nombre suffisant;
- 5- Intégrer la notion de milieu de vie dans la prestation de services;
- 6- Renforcer l'autonomie des équipes par le coaching et le souci des autres;

### 3.1 Philosophie de gestion

La philosophie de gestion est basée sur l'amélioration continue des services adaptés aux besoins des résidents et des familles. L'amélioration continue est réalisée par les équipes de terrain autonomes et soutenues par l'organisation pour développer et maintenir un milieu de vie sécuritaire et de qualité ainsi qu'un milieu de travail sain, sécuritaire et positif.

#### L'amélioration continue

L'amélioration continue est en lien avec les enjeux et orientations stratégiques qui reflètent notre objectif à long terme. Chacune de nos actions doit être en lien avec les enjeux et orientations stratégiques du CAMF. De plus, la philosophie de gestion s'appuie notamment sur le code d'éthique et la politique de tolérance zéro sur la violence du CAMF (disponibles au [chsldmarcellefferron.com](http://chsldmarcellefferron.com)).

L'amélioration continue doit se vivre au quotidien. À tous les jours, il est important de jouer notre rôle et d'assumer nos responsabilités en se demandant comment il est possible d'améliorer la qualité du service à la clientèle et la sécurité pour les résidents et les employés. Il faut être attentif à la 'voix' du client, résidents et familles. Toute amélioration doit être suscitée ou justifiée par les besoins de la clientèle.

Plusieurs éléments favorisent l'amélioration continue, notamment :

- Une préoccupation constante de la sécurité;
- L'établissement de standards qui sont établis par les équipes sur le terrain qui doivent être respectés mais améliorés aussi;
- L'autonomie des équipes;
- La connaissance de la réalité sur le terrain pour prendre des décisions : 1-aller voir, 2- demander pourquoi et 3- être respectueux envers les équipes sur le terrain à qui on demande pourquoi;
- Les routines.

Un des éléments qui a été développé récemment et qui est toujours en développement est la routine de coaching. Dans un réseau de soutien et d'entraide la routine de coaching joue un rôle primordial. Tous peuvent et doivent jouer le rôle de coach sur une base continue ou ponctuelle pour assurer ou améliorer le service à la clientèle et la qualité du milieu de travail.

*Le défi de l'amélioration continue c'est qu'elle provienne de ceux qui sont dans l'action et non pas du coach. Les gens dans l'action doivent prendre les décisions. Nous sommes 'coaches' en posant des questions. La réponse doit venir des équipes.*

Les cinq questions du coach sont :

1. Quelle est la **cible**?
2. Quelle est la **situation actuelle**?
3. Quels **obstacles** vous empêchent d'atteindre la cible. Lequel voulez-vous d'abord aborder (**un seul**)?
4. Quelle est votre **prochaine étape** et **à quoi vous attendez-vous**?
5. Quand pourrons-nous aller voir ce que nous **avons appris** en franchissant cette étape?

La cible du projet doit être alignée sur les enjeux et orientations stratégiques de l'organisation et doit tenir compte de ses ressources limitées. Les cinq questions permettent de définir et régler des problèmes. Un problème est un écart entre la cible visée et la situation actuelle. L'écart doit être défini par un indicateur mesurable. L'amélioration continue est l'application de la méthode scientifique avec un but d'amélioration.

### **Le CAMF : un réseau d'entraide et de soutien**

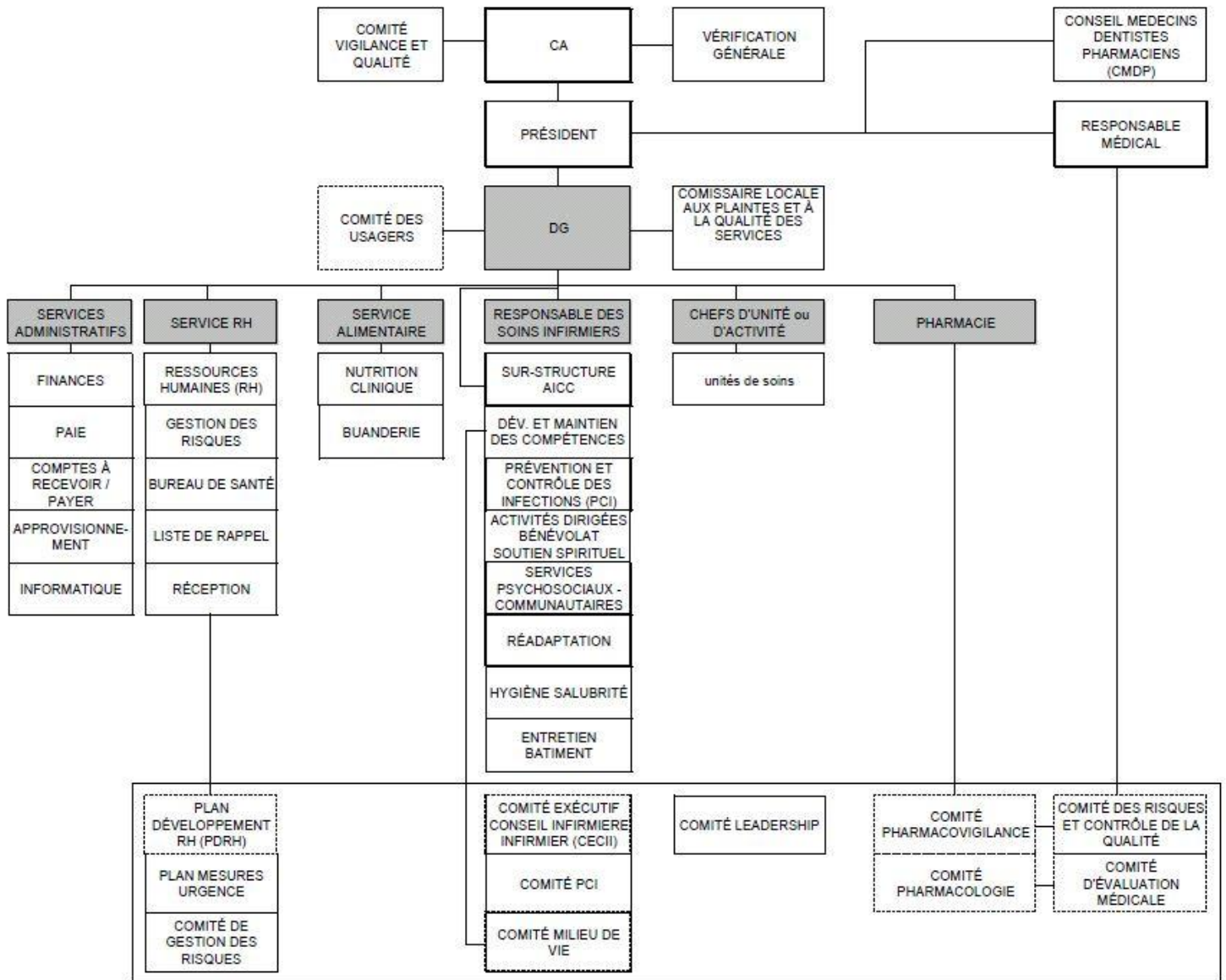
Il est important de se rappeler quotidiennement que nous travaillons dans la maison du résident. Nous tous, employés du CAMF, sommes l'organisation dont l'objectif est de servir les résidents. Deux piliers principaux soutiennent la maison des résidents :

- Un milieu de vie de qualité et sécuritaire où la prestation de services atteint l'excellence avec la participation des résidents et des familles;
- Un milieu de travail sain, positif et sécuritaire.

L'organisation forme donc un réseau de soutien et d'entraide entre employés qui est au service des résidents.

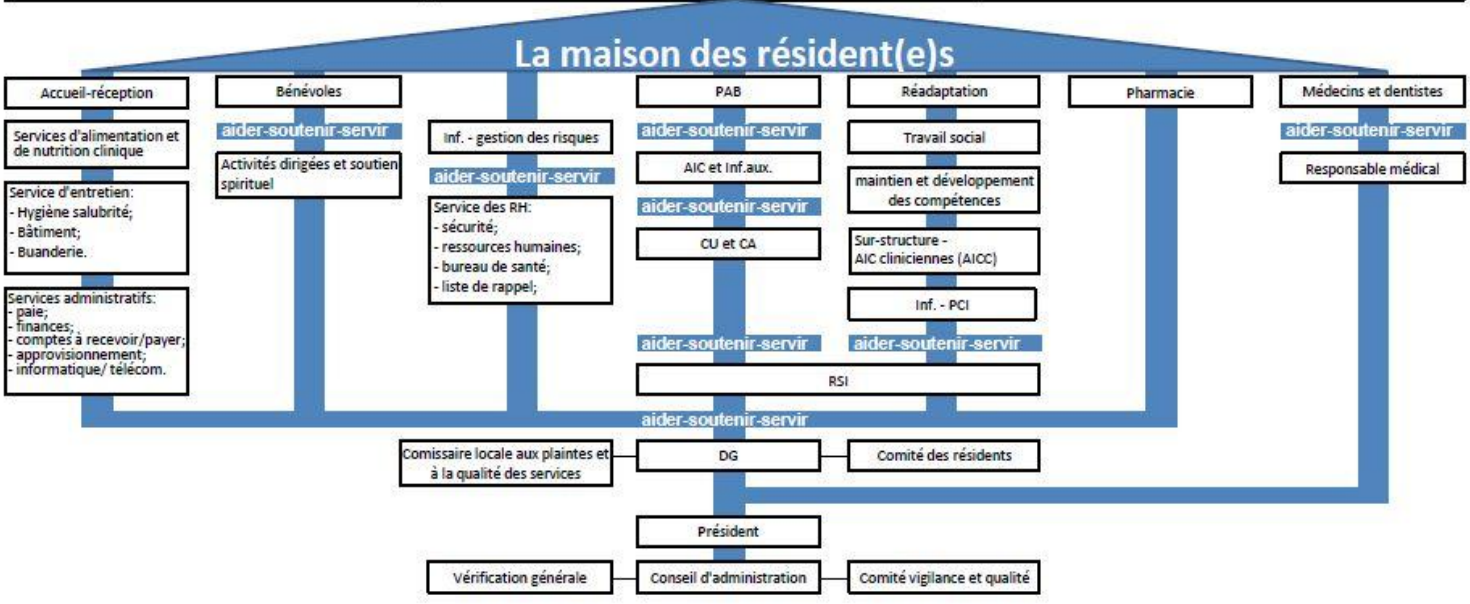
L'organigramme traditionnel de l'organisation a été inversé pour mieux représenter la philosophie de gestion. L'organigramme inversé représente la maison des résidents dans laquelle l'équipe du CAMF sert les résidents. L'organisation y est représentée sous la forme d'un réseau de soutien et d'entraide du conseil d'administration jusqu'aux clients, les résidents. Il est important de souligner que le soutien et l'entraide qui s'effectuent entre les membres de l'équipe du CAMF aident chacun de nous à jouer notre rôle et assumer nos responsabilités au service des résidents.

# Les organigrammes sous formes traditionnelle et inversée



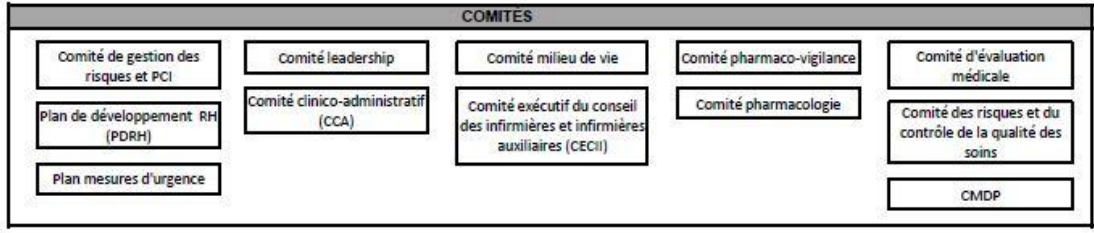


Maintenir et développer un milieu de travail sain, positif et sécuritaire	<h1>Servir les résident(e)s</h1>	Offrir un milieu de vie de qualité et sécuritaire où la prestation de soins et services atteint l'excellence avec la participation des résidents et des familles
---	----------------------------------	--



**Le CAMF est la maison des résident(e)s dans laquelle nous travaillons pour :**

- Servir les résident(e)s;
- Offrir un milieu de vie de qualité et sécuritaire où la prestation de soins et services atteint l'excellence avec la participation des résidents et des familles;
- Maintenir et développer un milieu de travail sain, positif et sécuritaire.





### **3.2 Liens avec la communauté**

Le CAMF est au service de la communauté. Il est donc primordial d'être sensible à ses besoins. La mission du CAMF fait en sorte que ses liens avec la communauté sont nombreux.

La communauté que le CAMF dessert comprend les deux territoires suivants :

- la Montérégie-Centre (anciennement Champlain) – 383 000 habitants;
- la Montérégie-Ouest (anciennement Jardins-Roussillon) – 423 065 habitants;

Sur les 249 lits du CAMF 219 sont dédiés à la population de la Montérégie-Centre et 30 sont attribués à la population de la Montérégie-Ouest.

Le CAMF entretient des liens ou partenariats avec plusieurs organismes ou personnes de la communauté, notamment:

- Le comité CISSS-établissements privés conventionnés -établissements privés;
- La commissaire aux plaintes qui fait la promotion de ses services auprès de la clientèle;
- Les mécanismes d'accès à l'hébergement des 2 territoires desservis;
- Le regroupement d'Approvisionnement commun – Approvisionnement Montérégie;
- la circonscription électorale provinciale de La Pinière;
- La circonscription électorale fédérale de La Prairie;
- La Ville de Brossard;
- La bibliothèque de la ville de Brossard;
- Des écoles (ententes de stages pour étudiants en pharmacie, ergothérapie, en soins infirmiers et d'assistance ainsi qu'en hygiène et salubrité);
- L'Institut Nazareth et Louis Braille;
- Environ 70 bénévoles participent aux activités dirigées;
- La cuisine de l'amitié à qui nous offrons plus de 4 000 repas par année;
- Les filles d'Isabelle;
- Le Centre Montérégien de Réadaptation (CMR);
- Le Groupe Biomédical de la Montérégie (GBM);
- Le Centre de Réadaptation – Constance Lethbridge;
- des chorales et des musiciens locaux;

De plus afin de faciliter l'intégration des nouveaux résidents, des visites du CAMF sont réalisées par la travailleuse sociale pour faciliter l'intégration des futurs résidents et leurs familles.

## **4 Bilan de l'année**

### **4.1 Assurance salaire (AS)**

En 2016-17, le taux d'AS a diminué de 9,4% à 7,8% alors que la cible est de 5,9%.

Le processus lié à la gestion de l'AS du CAMF a été audité par l'association des établissements privés conventionnés (AEPC). Suite aux recommandations des auditeurs de l'AEPC, les améliorations ont été apportées et sont en vigueur.

La réduction de l'AS est une priorité pour le MSSS et fait l'objet d'une entente avec l'AEPC.

L'AS et plus largement l'absentéisme sont gérés par le bureau de santé et le personnel d'encadrement. Le bureau de santé soutient les employés de façon à les aider à revenir au travail le plus rapidement possible et contribue aux efforts nécessaires au maintien d'un environnement de travail sain, positif et sécuritaire.

### **4.2 Gestion et contrôle des effectifs**

Une des priorités du CAMF est de réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) et du temps supplémentaire (TS). Cette priorité est reliée à l'orientation stratégique suivante : 3- Maintenir des ressources humaines compétentes et en nombre suffisant.

Un problème en Montérégie est la difficulté de recruter et retenir des infirmières (AIC). Des efforts accrus seront mis en œuvre pour pallier ce problème de recrutement et rétention des infirmières.

### **4.3 Service Alimentaire**

Suite au sondage dans le cadre d'Agrément Canada, l'équipe du département de service alimentaire du CAMF ont travaillé de concert avec les autres départements dans le but d'améliorer et de conserver la température des aliments qui sont acheminés aux résidents sur les différentes unités. Le département de service alimentaire a atteint l'objectif fixé pour le bien-être des résidents.

L'équipe du service alimentaire a également établi une production étalée sur 7 jours versus 5 jours afin d'optimiser la qualité au travail et d'aider à la rétention du personnel et des cuisiniers. Cette méthode a permis de bonifier la qualité des repas servis toujours dans une optique d'amélioration continue.

### **4.4 Coaching clinique**

La routine de coaching clinique a été renforcée cette année. En effet, en plus des chefs d'unité et de la coordonnatrice de soir, deux assistantes infirmières chef cliniciennes (AICC) assument les responsabilités suivantes :

- Agir à titre de soutien clinique sur les unités;
- Agir de façon transversale pour certains mandats en lien avec la sécurité et la qualité des soins (formation, soins de plaies, soins de fin de vie, etc.);

- Animer les sessions d'accueil et d'intégration du nouveau personnel en soins infirmiers pour l'établissement;
- Accompagner de façon plus soutenue 2 unités de vie afin d'assurer une prestation de soins sécuritaires et de qualité;
- Assurer le rôle de préceptrice pour le personnel de soins infirmiers pour l'établissement;
- Veiller à l'implantation et à l'évaluation des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins;
- Soutenir, pour l'établissement, le personnel infirmier qui fait l'objet d'un plan d'amélioration de sa pratique professionnelle.

Le coaching clinique, en plus de contribuer à l'amélioration de la prestation sécuritaire des soins de qualité, permet d'aider à la rétention de nouveau personnel en soins infirmiers.

#### **4.5 Ajout de personnel clinique**

Suite à l'annonce du Ministre de la Santé, d'ajouter du personnel en CHSLD selon les critères 'Voyer', la structure clinique du CAMF a été bonifiée de 13 nouveaux postes par rapport à l'année précédente. Le personnel clinique additionnel se répartit comme suit : 6 préposés aux bénéficiaires, 4 infirmières auxiliaires et une infirmière.

#### **4.6 Comité Clinico-Administratif**

Le Comité Clinico-Administratif a été créé cette année par l'initiative de la responsable des soins du CAMF. Ce comité est animé par la directrice des ressources humaines et la responsable des soins infirmiers et les membres se rencontrent aux 3 semaines. Les membres sont composés des chefs d'unités de vie, de la conseillère en soins, de la clinicienne en gestion des risques et de la qualité, des assistantes infirmière-chef cliniques (AICC).

Ce comité a pour mandat de permettre à l'ensemble du personnel des soins de pouvoir partager des informations d'ordre clinique et administratif ayant pour objet l'amélioration des processus, la fluidité des échanges, le consensus dans les prises de décisions ainsi que de s'assurer de la cohérence dans leurs applications. Les professionnels des différentes disciplines peuvent se joindre au comité, de manière ad hoc, afin de partager leur expertise en lien avec des problématiques cliniques ou des projets pour ainsi obtenir une analyse globale d'une situation ou d'une décision.

#### **4.7 Comité Leadership**

En 2017, un nouveau comité est fondé par le directeur général du CAMF. Le comité est formé par le personnel d'encadrement de tous les échelons de l'établissement. Son mandat est de continuer de chercher à atteindre l'excellence en matière de leadership en démontrant un engagement véritable à l'égard des soins centrés sur l'utilisateur et la famille.

L'équipe s'appuie sur la recherche et les meilleures pratiques pour préciser quelles sont les exigences nécessaires pour assurer l'efficacité des mécanismes de gestion du rendement et des opérations, des structures décisionnelles et de l'infrastructure nécessaire pour susciter l'excellence et l'amélioration de la qualité, tout en insistant sur la création d'une culture axée sur les soins centrés sur les résidents et leurs proches.

## **4.8 Comité de Développement Organisationnel des Soins (CDOS)**

Dans une optique d'amélioration continue, le comité CDOS a été fondé afin que le personnel soit heureux au travail et disponible psychologiquement et émotionnellement aux besoins de la clientèle.

Mandat :

- Identifier les problématiques et irritants auxquels font face actuellement le personnel des unités;
- Clarifier les rôles et les responsabilités du personnel des unités de soins de façon à réduire les malentendus et ainsi valoriser leur contribution;
- S'assurer de la continuité des services (Jour/Soir/Nuit) afin de revaloriser le travail d'équipe;
- Déterminer les priorités en terme d'irritants et des processus de travail à réviser;
- Revoir certains aspects de l'organisation du travail afin que la circulation de l'information soit optimale au quotidien;
- S'inspirer des meilleures pratiques dans la recherche de solution;
- Évaluer l'impact des changements proposés;
- Assurer le suivi du plan d'action en matière de soutien à sa mise-en-place.

## **4.9 Implantation d'un nouveau logiciel dossier clientèle**

Un changement de logiciel informatique pour la gestion du dossier clientèle a été effectué cette année.

Des séances d'information et des formations ont été réalisées avec les groupes concernés. Les dossiers des clients hébergés ont tous été créés et les données de soins infirmiers ajoutées afin que le 1<sup>er</sup> avril 2017, la migration vers le nouveau logiciel soit effectuée.

Pendant la prochaine année, d'autres étapes d'implantation sont prévues afin de maximiser le potentiel de l'application.

## 5 Réalisations de l'établissement

### 5.1 Rapport des ressources humaines

Les statistiques suivantes regroupent l'information en lien avec les ressources humaines. Le défi principal se situe au niveau de la main d'œuvre indépendante (M.O.I.). À cette fin, des stratégies sont élaborées dans le but de réduire ce taux.

Une diminution du ratio de l'assurance-salaire et du TS demeure également une priorité pour notre établissement afin de maintenir les efforts d'amélioration continue des soins et du service à la clientèle.

**Tableau : performance du CAMF par rapport aux cibles**

<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		<b>Cible 2015-2020</b>	<b>2014-2015</b>	<b>2015-2016</b>	<b>2016-2017</b>
Indicateur 3.1	Ratio Assurance-salaire	5.90%	11.82%	9.39%	7.80%
Indicateur 3.2	Heures supplémentaires (Inf. + Inf. A. + PAB)	3.00%	3.55%	2.97%	2.71%
Indicateur 3.3	Recours à la M.O.I. (Inf. + Inf. A. + PAB)	2.25%	1.97%	2.91%	5.31%

**Tableau : équivalents temps complets et partiels**

<b>Statuts</b>	<b>31 mars 2015</b>	<b>31 mars 2016</b>	<b>31 mars 2017</b>
T. complet permanent	99	95	105
T. complet temporaire	6	1	3
T. partiel permanent	132	133	116
T. partiel temporaire	14	15	12
Occ. liste de rappel	90	88	112
Total	341	332	348

## **6 Comités créés en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux**

### **6.1 Comité de vigilance et la qualité (CVQ)**

Le mandat du CVQ consiste à être responsable principalement :

- d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers;
- veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Le commissariat aux plaintes a pour rôle l'examen des plaintes et de la qualité des services du Centre d'accueil Marcelle-Ferron. Ce régime d'examen de plaintes est un service prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le bilan des activités de la Commissaire aux plaintes est disponible sur le site web du CAMF pour plus d'informations ([www.chsldmarcelleferron.com](http://www.chsldmarcelleferron.com)).

### **6.2 Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP)**

Le mandat du CMDP est la responsabilité envers le conseil d'administration de :

- contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre;
- évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre;
- faire les recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste ou d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;
- donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
- faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique.

### **6.3 Comité de la gestion sécuritaire des médicaments**

#### **Comité de pharmacologie**

Le mandat du comité consiste en la responsabilité de l'évaluation de la pharmacothérapie et substances connexe utilisées au CAMF et ce, de la façon suivante :

- Mise à jour du formulaire par ajout ou retrait et ce, après évaluation appropriée
- Par l'étude des réactions adverses
- Par l'étude des erreurs d'administration
- Par la mise-à-jour des substances au commun
- Par l'évaluation des produits de nettoyage, de désinfection et de stérilisation.



Les réalisations du comité de pharmacologie en 2016-2017 sont :

- Bonne intégration des nouveaux médecins aux politiques et procédures du CHSLD CA MACELLE-FERRON (Agrément Canada, lignes directrices, etc.);
- Revue des lignes directrices MPOC, DIABETE, RUSHGQ, SUIVI COUMADIN DE L'INESSS etc.;
- Présentation de cas;
- Révision des opinions pharmaceutiques;
- 8 stagiaires pharmaciens au courant de l'année;
- Maintient des statistiques de consommation à moins de 10 PA/personne;
- Révision des politiques et procédures en continu ainsi que des ordonnances collectives;
- Sélection des médicaments appropriés en gériatrie et application des guides des meilleures pratiques et lignes directrices du Canada.

### **Comité de pharmacovigilance**

Le mandat du comité est de :

- Promouvoir les pratiques exemplaires, les normes de qualité et de sécurité concernant la gestion et l'administration des médicaments et assurer leurs mises en application au CAMF;
- Promouvoir la mise en place d'activités de sensibilisation et de formation afin de développer les compétences des intervenants et d'en suivre le développement;
- Analyser, en collaboration avec la gestionnaire des risques, les rapports trimestriels AH-223 ou les situations particulières et proposer des pistes d'amélioration;
- Réviser tous les processus liés au circuit du médicament au regard des normes, des pratiques organisationnelles requises (POR) et des recommandations d'Agrément Canada;
- Prendre connaissance des rapports du coroner déposés par la gestionnaire de risques et évaluer le besoin d'actualiser les recommandations au CAMF;
- Émettre des recommandations au CMDP pour toutes problématiques au niveau de l'ordonnance.

Les réalisations du comité de pharmacovigilance en 2016-2017 sont :

- Kiosque de sensibilisation pour éviter les événements thérapeutiques de type OMISSION (sept. 2016), avec invitation à compléter des questionnaires spécifiques pour plusieurs types d'employés et visiteurs (administration, visiteurs, soins infirmiers, etc.);
- Production d'une vidéo pour aider à la distribution sécuritaire des médicaments;
- Production d'une vidéo pour aider à relever une ordonnance et démontrer la bonne procédure pour la gestion des pharmacartes;
- Ajout d'une affiche «besoin de concentration» aux postes des unités et aux chariots à médicaments;
- Communiquer aux membres du syndicat et du personnel infirmier les statistiques des événements thérapeutiques;
- Plusieurs audits ont été réalisés sur la qualité des réserves des médicaments, les signatures de registre des narcotiques, sur la qualité de l'administration sécuritaire des médicaments;
- D'autres audits et conséquemment des plans d'action ont été réalisés sur l'utilisation des abréviations à ne pas utiliser afin de rencontrer la norme d'Agrément Canada;
- Élaboration de politiques (gestion des échantillons médicaux) et des mises à jour de politiques et procédures. La réalisation d'un programme d'automédication des médicaments;
- Formation aux infirmières, par la pharmacienne, a été réalisée sur plusieurs sujets dont l'Agrément Canada et les normes 2016-2017, les listes de médicaments de niveau d'alerte élevé, présentation d'un protocole de référence au pharmacien, le suivi du Coumadin et les facteurs de variation du RIN;

- lancement du Compte-rendu d'événements thérapeutiques en novembre 2016;
- Amélioration du délai pour la prise de connaissance des statistiques des événements thérapeutiques.

En conclusion, le nombre d'événements des médicaments s'est stabilisé et est revenu dans un processus d'amélioration continu, à la moyenne nationale.

#### 6.4 Comité de gestion des risques

Le but du comité est d'assurer au conseil d'administration que les obligations de l'établissement en ce qui concerne la sécurité non seulement des usagers, mais aussi celle des employés, des médecins et des tiers sont remplies, 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.

Le mandat est détaillé dans le tableau suivant :

<b>MANDATS :</b> <b>Rechercher, développer et promouvoir des moyens</b> visant à *:	Activités au CAMF
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;</b></li> </ul>	Déclaration des événements via le AH-223 + analyses sommaires, analyse de cause approfondie. Suivi des éclosions, BMR, porteur de sondes, vaccination, etc.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;</b></li> </ul>	Divulgarion, suivi, support
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assurer la mise en place d'un système de surveillance comprenant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et des accidents;</b></li> </ul>	Registre local en place Analyse sommaire réalisée à 100% Présentation et/ou diffusion de statistiques trimestrielles: <ul style="list-style-type: none"> <li>• comité clinique de gestion des risques,</li> <li>• comité de gestion des soins infirmiers,</li> <li>• comité pharmaco,</li> <li>• comité pharmacovigilance,</li> <li>• comité prévention des chutes</li> <li>• comité de gestion des risques,</li> <li>• comité de vigilance,</li> <li>• conseil d'administration,</li> <li>• tout du personnel</li> </ul> Transmission des données au SSSS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu</b></li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Également :</b> <b>Veiller à l'atteinte d'un niveau de conformité aux POR liés à la culture de sécurité soit :</b></li> <li>a) <b>la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique;</b></li> <li>b) <b>les rapports trimestriels au conseil d'administration;</b></li> <li>c) <b>les mécanismes de déclaration des événements indésirables;</b></li> <li>d) <b>les politiques et processus de déclaration des événements indésirables;</b></li> <li>e) <b>l'analyse prospective;</b></li> <li>f) <b>promotion d'une culture de sécurité</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Politiques, procédures, documentation, objectifs stratégiques, points de forme dans les différents comités</li> <li>b) Rapports statistiques sont présentés au CA</li> <li>c) Programme d'orientation, formation, promotion, capsules et rappels</li> <li>d) Programme de gestion des risques 2013 en révision</li> <li>e) Annuel : 2016 Piégeage de lit</li> <li>f) Notion de non blâme, semaine nationale de la sécurité des résidents, liste des réalisations liés à la sécurité</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Évaluation de risques pour l'ensemble de l'établissement</b></li> </ul>	<p>Cadre de gestion intégré des risques et de la qualité, cartographie, objectifs stratégiques</p>

\*NB :  
**Attention :** rechercher, développer et promouvoir des moyens n'est pas synonyme d'utiliser ces moyens.  
 Le comité n'a pas à se substituer aux gestionnaires et à intervenir dans les opérations ou les activités quotidiennes de l'établissement.  
 Il doit :

- s'assurer que tout est en place pour répondre aux obligations de la loi;
- évaluer le résultat des actions posées et les moyens mis en œuvre pour éviter la récurrence des événements;
- faire, s'il y a lieu, des recommandations au conseil d'administration.

2016-2017 FR

Cette année, le comité de gestion des risques a tenu deux rencontres et une autre rencontre a été annulée, le comité clinique de gestion des risques et de la qualité a tenu également deux rencontres pendant cette période.

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont les chutes à 50% (une baisse de 3% par rapport à l'année dernière) suivis des incidents/accidents en lien avec la médication à 22% (une baisse de 4% par rapport à l'année dernière), les événements «autres» sont à 21% ceux-ci ont eu malheureusement une augmentation de 7%.

Le CAMF a balisé depuis plusieurs années l'utilisation des mesures de contrôle par la mise en place d'un protocole sur l'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substance chimique.

L'établissement poursuit sa démarche pour une réduction maximale de ces mesures voire ultimement l'élimination et réaffirme ainsi l'importance de privilégier les mesures de remplacement et de se conformer aux orientations ministérielles.

Au 31 mars 2017, 4,4% de la clientèle avait une mesure de contrôle comparativement à 6,8% pour la même période en 2016.

Le comité a fait une recommandation cette année : «S'assurer que l'on respecte les bonnes pratiques de surveillance de la clientèle lors d'activité relié à l'alimentation».

## **6.5 Comité sur la prévention et le contrôle des infections (PCI)**

Le mandat du comité PCI est de réaliser les objectifs suivants :

- Protéger les clients, patients et résidents contre les IASS et ainsi améliorer les taux de survie, réduire la morbidité liée aux infections, abréger les séjours à l'hôpital et permettre un retour plus rapide à la santé;
- Prévenir la transmission des infections entre patients, des patients aux fournisseurs de soins, des fournisseurs de soins aux patients, entre fournisseurs de soins, ainsi qu'aux visiteurs et autres personnes présentes dans le lieu de soins.

## **6.6 Comité Soins palliatifs de fin de vie**

Ce comité est institué pour se conformer à la législation provinciale de la loi concernant les soins de fin de vie. Le mandat du comité est d'atteindre ses objectifs et les objectifs de ce comité sont de mettre en œuvre les différentes composantes de cette Loi et de consolider l'offre de services des soins palliatifs et de fin de vie au CAMF.

Nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs de fin de vie	34
Nombre de sédations palliatives continues administrées	0
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	0
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	0

## **7 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 2017.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est présenté en annexe.

## 8 Annexe



***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.**

## 9 TABLE DES MATIÈRES DU CODE D'ÉTHIQUE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
DEVOIRS ET OBLIGATIONS.....	3
MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION DES INTÉRÊTS.....	4
IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	5
PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION.....	5
DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT.....	6
MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE.....	6
MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION.....	8
ANNEXE 1– DÉCLARATION D'INTÉRÊTS.....	9
ANNEXE 2 – ACCEPTATION ET ENGAGEMENT.....	10
ANNEXE 3 - RECONNAISSANCE ET ENGAGEMENT.....	11

## **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<sup>o</sup> alinéa, paragraphe 1, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

- 10- 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.
- 11- 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.
- 12- 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.

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.

- 13- 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 susceptible de conclure un contrat avec le CAMF.

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 susceptibles de conclure un contrat avec le CAMF (Voir Annexe 1 jointe au présent code).

10 **IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS** (Article 3.0.4, 2<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 2, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

- 14- 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.
- 15- 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.
- 16- 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.
- 17- 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.
- 18- 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<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 3, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

- 19- 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.

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.

- 20- 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.
- 21- 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<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 4, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

- 22- 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.
- 23- 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, 2<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

- 24- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu(e) par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.



- 25- 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.
- 26- 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.
- 27- 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.
- 28- 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.
- 29- 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.
- 30- 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).
- 31- 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.
- 32- 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.

- 33- 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.
- 34- 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.
- 35- 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).
- 36- 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, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

- 37- Le présent code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration du CAMF.
- 38- 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.
- 39- Un exemplaire du présent code est accessible au public et disponible sur simple demande adressée au directeur général du CAMF.
- 40- 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;
  - des manquements constatés, des décisions prises et des sanctions imposées par le Comité;et
  - du nom des personnes révoquées ou suspendues.

## ANNEXE 1

### 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

## ANNEXE 2

### 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

## ANNEXE 3

### 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