



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



2024-2025

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
Conseils et comités de l'établissement.....	20
1- Conseil d'administration	20
2- Comité des usagers	20
3- Conseils professionnels.....	20
4- Comité de gestion des risques et de la qualité des soins.....	21
5- Comité paritaire de santé et sécurité du travail	21
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	21
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc.	22
Annexe 2 - Organigramme	31

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'année 2024-2025, pour le Centre d'Accueil Marcelle Ferron (CAMF), fut marquée par des projets structurants pour le milieu de vie ainsi que pour l'environnement de travail, notamment :

Milieu de vie

Conventionnement des 24 achats de places : renforcer la qualité et la sécurité des soins

Pour la première fois cette année, le CAMF a pu fonctionner avec un conventionnement selon les règles de financement des établissements privés conventionnés (EPC) pour l'ensemble de ses 273 lits. Le conventionnement des 24 achats de place nous offre les avantages d'avoir une structure clinique bonifiée, d'éliminer les risques financiers reliés à l'exploitation des achats de place, de rehausser notre financement selon les règles de financement des lits conventionnés et non selon l'achat de place dont le financement est moindre et de diminuer la lourdeur administrative autant pour le CAMF que pour notre partenaire, le CISSS de la Montérégie-Centre.

Cependant, le CAMF toujours face à des enjeux importants relativement au financement de la composante fonctionnement. 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 fourniture 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 désinfections sont nécessaires.

Aussi, d'autres points relativement au financement des composantes de fonctionnement et immobilière devront 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.

Un milieu de travail sain, sécuritaire et attractif 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. L'organisation se veut un réseau de soutien qui permet de créer 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 d'amélioration continue. Merci à tous de créer un contexte, centré sur la personne et respectueux :

- Des valeurs
- 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;
- Développant le nouveau rôle de PAB chef d'équipe. Cette création de dix postes à temps complet sur les quarts de jour et de nuit offre un soutien privilégié pour les équipes de travail et facilite l'intégration des nouveaux employés.

De plus, la création du comité multidisciplinaire a permis au CAMF de se démarquer par rapport à d'autres établissements avec mission CHSLD. En effet, le comité multidisciplinaire a été lancé pour permettre à l'ensemble des professionnels de la santé de maximiser leurs champs de compétence et de concrétiser le processus d'amélioration continue lié aux services professionnels.

Merci à tous d'avoir choisi le Centre d'accueil Marcelle-Ferron et de contribuer à en faire un environnement où il fait bon vivre et travailler.

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 2023-2024 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 (CAMF) 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. En plus d'accueillir de nombreux stagiaires, le CAMF a offert plus de 1500 repas, au cours de la dernière année, à des familles qui en ont fait la demande auprès de l'organisme « La cuisine de l'amitié ».

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 processus d'amélioration continue vise à atteindre les 4 orientations stratégiques suivantes:

1. Assurer la gouvernance et le développement organisationnel dans un contexte d'amélioration continue et en lien avec la communauté
2. Développer un milieu de vie centré sur le résident et sa famille en lien avec la communauté
3. Favoriser un milieu de travail sain, positif et sécuritaire
4. Adapter les services d'hôtellerie, d'entretien des installations et administratifs aux besoins de la clientèle (résidents, familles et employés)

L'approche de gestion axée sur une organisation apprenante

On dit d'une organisation apprenante qu'elle est une « organisation qui possède l'aptitude de créer, d'acquérir et de transférer des connaissances, ainsi que celle de modifier son comportement, afin de refléter de nouvelles connaissances et de nouvelles manières de voir les choses ». Il s'agit donc d'une capacité organisationnelle réelle et essentielle : l'entreprise apprend et s'adapte en conséquence.

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 :

- **Diversification du menu** : Une 5e semaine a été ajoutée au cycle des menus, accompagnée de nouvelles recettes végétariennes.
- **Adaptation des textures** : Des plats de meilleure qualité ont été développés pour les résidents nécessitant une alimentation à texture modifiée, incluant l'ajout de desserts en purée.
- **Suivi nutritionnel renforcé** : La fréquence des visites aux résidents a été augmentée (à l'admission, après 10 semaines et à 6 mois) pour assurer un meilleur suivi.
- **Optimisation du formulaire d'admission** : Le formulaire de recueil des goûts et aversions a été bonifié afin de mieux cerner les préférences alimentaires des résidents dès leur arrivée.
- **Amélioration de l'offre à la cafétéria** : L'offre alimentaire a été enrichie et les prix ont été ajustés.
- **Respect des normes professionnelles** : Les permissions et restrictions des textures ont été mises à jour selon les lignes directrices de l'ODNQ.
- **Menus de phases révisés** : Les protocoles pour les régimes spécifiques en cas de troubles gastriques ont été actualisés, incluant les solutions d'hydratation.
- **Mesure en cas d'hypoglycémie** : Une collation spécialement conçue pour les résidents à texture épaissie est désormais disponible.
- **Communication interdisciplinaire améliorée** : L'outil de signalement dans Gustav permet désormais un meilleur échange entre les équipes de soins et les techniciennes en diététique.
- **Renforcement de l'équipe** : Une agente de coordination en diététique (ACT) a été ajoutée afin de bonifier l'encadrement et la qualité des services offerts.

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

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

- **Renforcement des effectifs** : Le nombre de préposés de jour et de soir a été augmenté afin de garantir un service continu.
- **Produits adaptés aux normes PCI** : Les désinfectants ont été remplacés ou ajustés pour répondre aux exigences de prévention et de contrôle des infections.
- **Intensification du nettoyage** : La fréquence de désinfection des surfaces à fort contact et des aires communes (salons, cuisines, salles de bains) a été augmentée.
- **Formation structurée** : Une formation spécifique a été instaurée pour doter les préposés des compétences nécessaires à leurs fonctions.
- **Audits de qualité** : Des audits réguliers des processus d'entretien ont été mis en place pour assurer le respect des protocoles.
- **Mise à jour des procédures** : Les protocoles de désinfection en cas de virus ou d'infections ont été révisés et renforcés.

BUANDERIE

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

- **Augmentation de la literie disponible** : Pour répondre aux besoins quotidiens des résidents sans interruption.
- **Optimisation de la gestion des culottes d'incontinence** : Amélioration du système de distribution et de commande.

ENTRETIEN DES BÂTIMENTS

Malgré un budget restreint, plusieurs actions essentielles ont été réalisées pour maintenir les infrastructures en bon état :

- **Plomberie** : Des interventions ciblées ont permis de conserver le bon fonctionnement des installations sanitaires.
- **Électricité** : Des vérifications et réparations ont été effectuées pour garantir la sécurité et la stabilité du réseau.
- **Bâtiments** : Des travaux de maintenance préventive (réfection de toitures, peinture, petites réparations) ont été réalisés pour préserver l'intégrité des lieux.
- **Contrôle des accès** : Le système a été renforcé afin d'assurer la sécurité des entrées et sorties, conformément aux normes en vigueur.

PROJET TECHNOLOGIQUE – REMPLACEMENT DU SERVEUR INFORMATIQUE

Un investissement stratégique a permis de moderniser l'infrastructure numérique :

- **Performance accrue** : Le nouveau serveur assurera une meilleure rapidité et stabilité des systèmes utilisés, notamment pour la gestion des dossiers résidents et la communication interne.
- **Sécurité renforcée** : La cybersécurité a été améliorée, réduisant les risques de pertes de données ou d'attaques.
- **Compatibilité et évolutivité** : L'équipement est désormais adapté aux logiciels récents et peut accompagner la croissance des besoins numériques de l'établissement.

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

Au cours de l'année 2024-2025, plusieurs projets se sont actualisés dans tous les secteurs de la direction afin de faire face à la rareté de la main-d'œuvre, diminuer le recours à la main-d'œuvre indépendante et favoriser la rétention et le bien-être des personnes, dont les principaux sont :

- **Dotation externe** : L'embauche de plus de 120 nouveaux employés, dont plusieurs provenant d'agence de placement qui ont pris la décision de réintégrer le réseau de la santé. Ces nouvelles embauches nous ont permis de pourvoir plusieurs postes vacants et de diminuer drastiquement l'utilisation de la MOI.
- **Portrait de main-d'œuvre issu de l'immigration temporaire** : Depuis les dernières années, nous embauchons de plus en plus d'employés issus de l'immigration dont leur statut au Canada est temporaire. Avec maintenant plus de 60 employés détenteurs de permis de travail, nous avons fait face à des enjeux afin de comprendre leur réalité et s'assurer que leurs statuts leur permettent de travailler légalement au Canada. Pour s'outiller, une firme d'avocats spécialisée en immigration et en recrutement international à former notre équipe de recrutement et des relations de travail sur les meilleures pratique concernant la gestion des permis de travail et des différents statuts possibles. Partageant la même réalité, nous avons invité nos collègues des autres établissements privés conventionnés à cette formation qui fût très pertinente, riche en informations et très appréciée de tous les participants.
- **Programme de célébration organisationnel** : Le programme de célébration a été officiellement lancé au cours de l'hiver 2025 suite à un processus de consultation

des employés, des syndicats et des gestionnaires. Il a été conçu pour encadrer l'organisation des événements de reconnaissances tout au long de l'année, mais surtout pour permettre aux gestionnaires d'exercer une reconnaissance de proximité et spécifique, selon les goûts des membres de leur équipe, des événements qui peuvent traverser et faire rayonner leurs bons coups.

- **Prévention du harcèlement psychologique et de la violence au travail :** Notre politique de prévention a complètement été revue afin de répondre à nos obligations légales, mais surtout, dans un objectif de simplifier l'information s'y retrouvant et faciliter la dénonciation des situations conflictuelles, d'incivilités ou de violence au travail. Des membres de la direction des ressources humaines ont visité chaque équipe sur tous les quarts de travail afin de faire la sensibilisation sur la prévention des situations conflictuelles et promouvoir l'importance de maintenir des relations harmonieuses et un climat de travail sain.
- **Bonification du Programme d'aide aux employés :** Nous avons bonifié les services du programme d'aide aux employés en nous basant sur les besoins réels de nos employés et non en fonction d'un nombre limité de séances. Cette différence fait en sorte que si un employé traverse une ou plusieurs périodes difficiles dans l'année, il peut compter sur les services gratuits du programme en fonction de ses besoins ne se limitant pas à six séances par année comme c'était le cas auparavant.
- **Application des nouvelles règles des conventions collectives :** Toute l'équipe de la direction a été mise à contribution afin de concrétiser et mettre en application les différentes règles négociées dans les conventions collectives nationales.

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 2024-2025, plus d'une quinzaine de stages variés se sont déroulés dans notre établissement.

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 2024-2025, 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 cadre d'une journée de reconnaissance des professionnels, une conférence a été présentée à l'ensemble des professionnels le 18 février 2025. La conférence présentée s'intitule : Prendre soins des soignants, gérer le stress et la fatigue de compassion et fut très appréciée.

Dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées le 15 juin 2024, un kiosque de sensibilisation avec activités et tirage a été tenu par les professionnels des Services sociaux à l'entrée de l'établissement. Ce kiosque s'adressait aux proches aidants ainsi qu'au personnel.

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 une (1) reprise en février 2025. Durant cette rencontre, des solutions ont été choisies pour des problématiques en lien avec la prévention des chutes, les soins de fin de vie, ainsi que l'administration sécuritaire des médicaments. Les solutions ont été appliquées.

Les principaux risques d'incidents et d'accidents

Pour l'année 2024-2025, 1 641 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 18.8 par 1000 jours présence en (2023-2024) à 16.68 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, qu'il n'y a pas de conséquence et que le plan d'intervention a été respecté.

Nature des principaux types d'incidents pour 2024-2025

Indice de gravité A et B

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents
Médicaments	132	66.3%
Autres types	53	26.6%
Liés aux effets personnels	14	7.0%

Nature des principaux types d'incidents pour 2024-2025

Indice de gravité C à I

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	719	49.7%
Autres types	505	35.0 %
Médication	218	15.1%

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.

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. En 2024-2025 la mise en place de plusieurs actions s'est poursuivie, notamment la révision des différentes politiques et procédures et la révision de l'administration sécuritaire des médicaments lors de l'accueil. De plus, suite à l'analyse des erreurs liées à la médication, la décision pour l'ajout d'une application prescripteur électronique et FADM électronique a été prise. Ceci sera implanté en 2025-2026.

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. Les chutes sont analysées et des interventions sont mises en place afin de tenter d'en diminuer la fréquence. Face à l'analyse de 2024-2025 :

- La formation lors de l'accueil du nouveau personnel a été mise à jour;
- Une nouvelle formation en prévention des chutes a été instaurée et doit être complétée par tout le personnel en contact avec les résidents dans l'exécution de leurs tâches;
- Une surveillance accrue a été instaurée lors des changements de quart du personnel
- Des suivis sont réalisés aux unités de vie en lien avec les chutes et les interventions mises en place ou à mettre en place;
- Des audits sont réalisés afin de s'assurer que tous les documents de la trajectoire de chute ont bien été complétés;
- Le renforcement de la complétion de la grille d'observation par les PABs lors d'une chute et la remise aux infirmières, initié en 2023-2024. Se poursuit cette année.

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, plusieurs membres du personnel soignant ont assisté à une présentation offerte par une représentante des produits TENA sur la bonne utilisation des produits d'hygiène corporelle afin de diminuer les rougeurs et le développement de plaies. L'expérience sera renouvelée en 2025-2026. Une formation sur les plaies pour les infirmières est aussi actuellement en déploiement en externe.

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

L'année 2024-2025 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 1.64%.	Taux d'utilisation à 1.42%.
Isolement en PCI ou autre raison.	539 interventions activées dans le plan de soins.	154 interventions « isolement » activées dans le plan de soins.

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 2024-2025, 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 2024-2025, aucun rapport du coroner, avec recommandations n'a été émis l'établissement.

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Nous avons mis en place les recommandations émises par le MSSS lors d'une visite sur la qualité du milieu de vie. Ces recommandations étaient en lien avec l'aménagement physique des lieux, la mise en place d'un PAB accompagnateur pour chaque résident, l'ambiance qui règne lors des repas et l'offre d'activité 7 jours/7.

Un plan d'action avait été déposé suivant les recommandations et la totalité de celles-ci est en voie d'être corrigée par la mise en place du PAB accompagnateur, des travaux d'aménagement des unités de vie, la création d'audits de qualité sur le moment du repas et la bonification de l'offre d'activités offertes aux résidents 7 jours sur 7.

Un poste de PAB loisirs a été créé afin d'offrir des activités de loisirs personnalisées à la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle, troubles graves du comportement ou pour les gens isolés, sans visite, et pour qui, il serait difficile de participer aux activités de groupes.

De plus, un projet PAB chef d'équipe a été déployé à chaque unité de vie de jour et de soir. Au total, 10 postes de PAB chef d'équipe ont été créés afin de soutenir les équipes soignantes et assurer la communication aux unités de vie. Ces PAB chefs d'équipe procèdent également à des audits de qualité et assurent l'intégration du nouveau personnel.

Dans le cadre du Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-26, nous continuons 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. 3 unités ont implanté le programme. Cette mesure sera déployée à toutes les unités en 2025.

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 2024-2025, 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.

- Massothérapie en fin de vie ;
- 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 ;
- Projet « Dernier Chapitre » consistant comme une offre d'accompagnement personnalisé aux personnes ayant fait une demande d'aide médicale à mourir. Démarche de recherche de financement entamée afin d'élargir la clientèle visée par le projet.
- 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 »)
- 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 ». Le but est de réaliser des rencontres avec les familles afin d'aborder les soins de fin de vie (désir 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, une chambre privée est maintenant dédiée 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	108
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	7
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	3
	Nombre d'aide médicale à mourir administrées	2
	Nombre d'aide médicale à mourir non administrées et motifs*	1

*Motifs des AMM non administrées : Impossibilité d'ouvrir un accès veineux et non-disponibilité du Service de radiologie de HCLM en raison d'un congé férié.

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 2024-2025, le comité sur la qualité du milieu de vie s'est réuni à 3 reprises et les sujets suivants ont été abordés :

- Implantation et déploiement de la démarche provinciale OPUS-AP PEPS ;
- Promotion du comité via kiosques ;
- Droits des résidents, promotion du Comité des résidents ;
- Recrutement des bénévoles, partenariats externes ;
- Décoration des aires communes, des unités et des salles à manger ;
- Offre de services alimentaire : Température des repas, choix des menus, menus ; alternatifs, portion des repas, diffusion et affichage des menus, sondage sur le choix des menus auprès des résidents/familles/représentants légaux ;
- Soins d'hygiène buccodentaire, hygiène des mains pour les résidents avant et après les repas, propreté des lieux, odeurs nauséabondes dans les corridors et méthodes pour y remédier ;
- Kiosques de sensibilisation à la maltraitance 2x/année avec comme invitée la commissaire locale aux plaintes et prix de participation ;
- Formation LGBTQ+ en lien avec prévention de la maltraitance ;

- Normes et fréquence des formations PDSP (déplacement sécuritaire de la personne), ARS (approche relationnelle de soins) et SCPD (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) pour les PABs ;
- Utilisation du cellulaire personnel des PABs VS les cellulaires Gustav qui contiennent les plans de travail ;
- Utilisation de la langue française aux unités, vouvoiement des résidents ;
- Installation à venir d'un toit fixe à l'arrière de l'établissement qui sera financé par la Fondation Marcelle-Ferron, qui permettra à un plus grand volume de résidents de profiter du terrain extérieur, achat de bancs extérieurs financé par la fondation ;
- Discussion sur les recommandations du MSSS lors de leur visite et les actions mises en place pour le plan d'amélioration ;
- Utilisation des ½ portes et des mesures alternatives pour remplacer cette option ;
- Sécurité et accès au CHSLD ;
- Projet « le dernier chapitre » qui permet d'offrir un dernier rituel aux résidents en fin de vie ou qui vont bénéficier de l'aide médicale à mourir. Cela vise à réaliser un dernier souhait pour le résident tel qu'un dernier repas, un souhait, moment particulier financé par la fondation. Ce projet a aussi été diffusé par le président du comité des résidents lors de la tenue d'un kiosque le 25 novembre 2024 ;
- Massages offerts aux résidents en fin de vie et défrayés par la fondation ;
- Installation d'un tableau vitré sur toutes les unités de vie, afin que les informations reliées au Comité des résidents, les droits des résidents et du commissariat aux plaintes et à la qualité des services soient accessibles à tous ;
- Installation d'un tableau vitré au rez-de-chaussée à côté de l'ascenseur, afin qu'il y soit diffusé les informations sur les rencontres, conférences, activités et loisirs à venir, pour aviser les familles/visiteurs/proches aidants pour qu'ils aient la possibilité de s'inscrire et y participer ;
- Implantation du PAB accompagnateur et collaborateur ;
- Implantation, modalités et entrée en poste des PABs chef d'équipe ;
- Réactivation d'une page Facebook au CAMF ;
- Affichage des noms des membres du personnel sur les unités, afin que les visiteurs puissent identifier le personnel attribué aux résidents qu'ils viennent visiter ;
- Suivi des éclosions sur les étages au besoin ;
- Installation de stations musicales utilisant Spotify à venir dans chaque salle à manger des étages, afin de bonifier l'offre de service musicale pour les résidents lors des repas ;
- Stabilité des équipes permettant une meilleure approche personnalisée aux résidents ;
- Présentation des nouveaux membres embauchés et nominations au CAMF, tels que professionnels, chef d'unité, etc. ;
- Uniformisation des activités dirigées aux 5 unités de vie ;
- Lorsque les familles ou visiteurs voient une situation particulière, ils sont invités à le mentionner à l'AIC ou le Chef d'unité. Aucune représaille ne seront tolérées si les gens dénoncent une situation inappropriée et des actions seront prises rapidement ;

- Suivi des mises en nuit sur le quart de soir de tous les étages, afin que l'histoire de vie soit respectée en ce qui a trait aux heures de coucher désirées des résidents.

Prévention et contrôle des infections

Un plan d'allègements des mesures de prévention et contrôle des infections à virus respiratoire a été présenté au CISSSMC en 2024. Ce plan a été proposé afin de contrer les effets de l'isolement et les entraves à la libre circulation des résidents non affectés par l'infection qui ont des conséquences négatives sur les résidents et contribuent à augmenter l'agitation, l'agressivité, l'anxiété, la colère, la solitude ainsi que le déconditionnement physique. Après une évaluation approfondie de la situation actuelle et en tenant compte des retours d'expérience de notre personnel, des résidents et des proches aidants, nous avons révisé certaines mesures mises en place.

Ces mesures ont été discutées en comité de travail avec l'équipe médicale, les IPS ainsi qu'avec les gestionnaires d'unité de vie. Cette proposition a été rediscutée en comité supervisé par une éthicienne, assurant ainsi que toutes les considérations éthiques ont été dûment prises en compte. Le président du comité des usagers a également participé aux discussions.

Les mesures adaptées mises en place sont :

- Présences de deux symptômes avant de procéder à un dépistage ;
- Selon le cas, ouvrir les portes entre les ailes AB et CD de l'unité lors d'éclosion ;
- Laisser la porte ouverte de la chambre lorsque le résident est en isolement ;
- Les résidents asymptomatiques de l'unité en éclosion peuvent continuer de fréquenter la cafétéria et participer aux activités de loisirs ;
- Lever l'isolement SAG lors d'un multiplex + négatif et absence de fièvre depuis 48 heures et amélioration clinique depuis 24h ;
- Ne plus déclarer d'éclosion SAG ;
- Mettre fin à la désinfection complète de la chambre pour les isolements SAG.

Nous croyons fermement que ces ajustements contribueront à améliorer la qualité de vie de nos résidents tout en maintenant un niveau de sécurité approprié.

Vaccination

En 2024-2025, nous avons organisé deux campagnes de vaccination (Covid-19, Influenza, Pneumocoque, Zona) pour les résidents et une campagne de vaccination (Covid-19 et Influenza) pour les employés. Près de 194 résidents ont reçu le vaccin contre la Covid-19 et 62 contre le zona en mars 2025 et près de 100 employés ont profité de la clinique de vaccination contre la Covid-19 et/ou l'influenza en octobre 2024.

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. Notamment, dans l'exercice financier, le comité a débuté ses travaux en lien avec la *Loi modernisant le régime de santé et sécurité au travail*. Des formations sont à prévoir pour le comité et le représentant en santé et sécurité au travail.

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 2024. 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

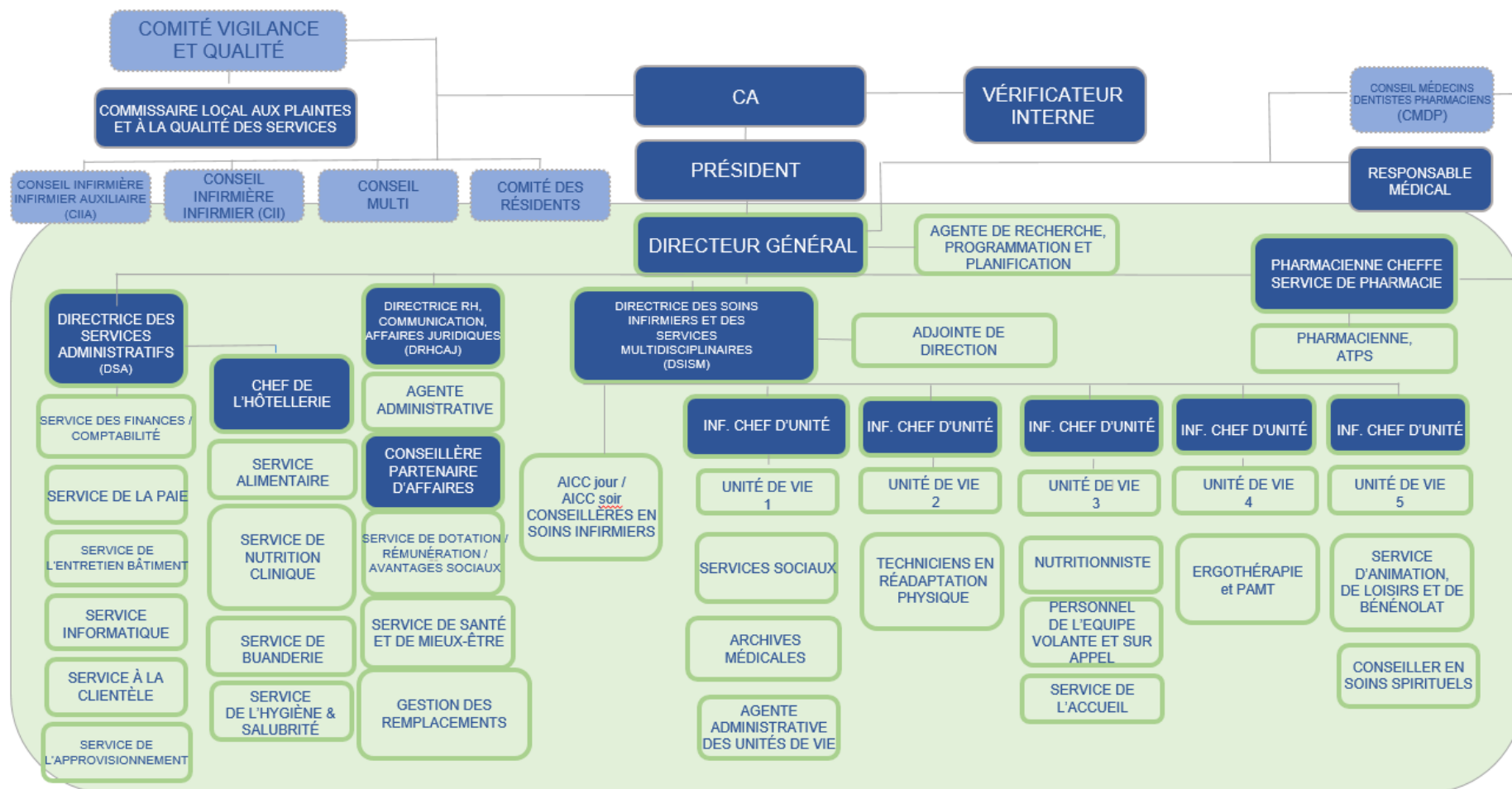
RECONNAISSANCE ET ENGAGEMENT

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