

1 9 9 6 - 1 9 9 7

DIRECTIVES ET DÉFINITIONS

CONCERNANT

L'ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS
POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

FORMULAIRE ABRÉGÉ

Table des matières

	Page	
	Directives et définitions	Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes
Directives générales	–	–
Propriété	7	1
Nombre de lits – approuvés et dotés	7	1
Journées d’hébergement selon le mode de prise en charge	7	1
Mouvement des bénéficiaires	7	1
Caractéristiques des bénéficiaires	8	2
– par âge et sexe	8	2
– par types de soins	8	2
– par caractéristiques	9	2
Personnel		
– Services de soins directs	10	3
– Services généraux	10	3
Dépenses		
– Services de soins directs	10	3
– Services généraux	10	3
Recettes	10	3
Annexe 1 – Équivalents des types de soins	12	–
Annexe 2 – Codes des programmes	13	–

Directives générales

1. Lire attentivement toutes les directives et définitions contenues dans la présente brochure et sur le questionnaire.
2. La période de déclaration demandée est la période de douze (12) mois qui prend fin le 31 mars **1997**. Si votre exercice financier se termine avant cette date, indiquer les dates employées.
3. Lorsque les postes ne sont pas précisés, utiliser les lignes portant la mention «autre» et donner des renseignements complémentaires.
4. Utiliser le brouillon pour préparer le rapport. Conserver le brouillon dans vos dossiers et nous envoyer l'exemplaire portant une étiquette.
5. Il **n'est pas** nécessaire de fournir des données vérifiées.
6. L'adresse inscrite sur l'étiquette fixée sur la page couverture du questionnaire est celle qui figure au répertoire de Statistique Canada. Indiquer tout changement à apporter à cette adresse dans l'espace prévu à cette fin au verso de la page couverture du formulaire.

Signaler sur la page couverture du questionnaire tout changement concernant le nombre de lits, les caractéristiques principales et les programmes. Consulter la présente brochure pour les définitions.

7. Si l'établissement est administré par un organisme central ou s'il s'agit d'une organisation à établissements multiples, indiquer la méthode de déclaration ainsi que les noms, l'adresse, le nombre de lits, la propriété, la couverture du programme et le type de soins de tous les établissements qui constituent l'entité administrative. Statistique Canada pourra ainsi modifier ses listes d'envoi de l'an prochain et, par conséquent, éliminer les doubles déclarations et alléger le fardeau des déclarants.

Directives pour la page 1

- A. Propriété** – il s'agit de la personne, du groupe de personnes, de l'organisme ou de la personne morale qui est le propriétaire autorisé en vertu du contrat.

À but lucratif – s'applique à un établissement qu'exploite un particulier, un organisme privé ou une société à but lucratif.

Religieux – s'applique à un établissement sans but lucratif qu'exploite une congrégation religieuse.

Laique – s'applique à un établissement sans but lucratif qu'exploite un organisme bénévole laïque. Cette catégorie exclut les établissements administrés par des sociétés industrielles ou commerciales (voir établissement à but lucratif).

Municipal – désigne un établissement qu'exploite une ville, un village, un comté, une municipalité ou toute autre administrateur municipale, ou toute autre personne morale autorisée à percevoir des impôts ou à agir comme une municipalité.

Provincial (territorial) – s'applique à un établissement qu'exploite une direction, une division, un organisme ou un ministère d'un gouvernement provincial ou territorial.

Fédéral – s'applique à un établissement qu'exploite un ministère ou un organisme du gouvernement du Canada, par exemple les Affaires des anciens combattants, Santé Canada ou la Défense nationale.

- B. Nombre de lits**

Complément approuvé – nombre de lits qui ont été autorisés ou approuvés par les autorités provinciales ou municipales. Indiquer tous les lits, même ceux qui ne sont pas utilisés à l'heure actuelle.

Dotés de personnel et en activité – n'indiquer que le nombre de lits disponibles. Inclure les lits occupés et les lits pour lesquels vous pourriez admettre des bénéficiaires aujourd'hui. Ce chiffre ne correspond pas nécessairement au nombre de lits approuvés.

- C. Nombre de journées de soins dispensés pendant la période de déclaration selon le mode de prise en charge.**

Une journée d'hébergement est la période pendant laquelle des services sont fournis à un bénéficiaire entre les heures du recensement, sur deux jours consécutifs. Le nombre total de journées d'hébergement est le nombre de journées d'hébergement dans l'établissement au cours de la période visée par la déclaration ou de l'année. Pour un établissement de quatre lits dont le taux d'occupation serait de 100 %, le nombre total de journées d'hébergement serait de 1,460 (4 X 365). Un établissement de quatre lits dont un des lits serait inoccupé pendant 31 jours déclarerait un

nombre total de journées d'hébergement de 1,429, selon le calcul suivant : (4 X 365)-31 ou si l'on compte chaque lit, occupé chaque jour, (1 X 365) + (1 X 365) + (1 X 365) + (1 X 334). S'il n'est pas possible de faire une ventilation, indiquer le nombre de jours sous le principal mode de prise en charge.

Ligne 1. Concerne les journées débitées au programme ou ministère de santé du gouvernement provincial ou territorial.

Ligne 2. Concerne les journées débitées à tout programme ou ministère de service social du gouvernement provincial ou territorial.

Ligne 3. Concerne les journées débitées à tout ministère provincial ou territorial autre que le ministère de la Santé ou des Services sociaux, p. ex. aux organismes d'État comme les commissions de lutte contre l'alcoolisme et autres toxicomanies.

Ligne 4. Concerne les journées débitées à une municipalité, à une administration régionale ou de district.

Ligne 5. Concerne toutes les journées non déclarées ci-dessus, y compris celles payées par les bénéficiaires (soit directement, soit par un régime d'assurance privé), la Commission des accidents du travail, le ministère des Affaires des anciens combattants, etc.

- D. Mouvement des bénéficiaires**

Ligne 1. **Dans l'établissement au 1^{er} avril 1996** – nombre total de bénéficiaires à qui un lit a été assigné à 00h01, le 1^{er} avril. Inclure tous les bénéficiaires absents temporairement de l'établissement, c.-à-d. en congé de visite chez des parents, transférés dans un autre établissement, tel un hôpital, mais non officiellement sortis de l'établissement.

Ligne 2. **Admission** – inscription officielle d'un bénéficiaire dans un établissement. L'admission comprend l'attribution d'un lit à un bénéficiaire. Une admission est inscrite chaque fois qu'une personne est admise officiellement.

Ligne 3. **Nombre total des bénéficiaires soignés** – nombre total de bénéficiaires inscrits au 1^{er} avril et de toutes les admissions faites au cours de l'année.

D. Mouvement des bénéficiaires – fin

- Ligne 4. **Sorties** – nombre de bénéficiaires vivants ayant officiellement quitté l'établissement.
- Ligne 5. **Décès** – décès d'un bénéficiaire après son admission à l'établissement et avant sa sortie.
- Ligne 6. **Total des radiations** – nombre total des sorties et des décès.
- Ligne 7. **Dans l'établissement au 31 mars 1997** – nombre total de bénéficiaires inscrits à l'établissement à 24 heures, le 31 mars; comprend les bénéficiaires temporairement absents de l'établissement mais qui n'ont pas reçu officiellement leur congé.

Directives pour la page 2

Caractéristiques des bénéficiaires

Les questions de la page 2 (sections E, F et G) servent à recueillir des données sur les caractéristiques des bénéficiaires à une date précise de l'année (le 31 mars 1997).

Bien que des bénéficiaires à qui on a assigné un lit pourraient être absents à cette date, tenir compte de toutes les personnes inscrites au registre de l'établissement pour répondre aux questions.

E. Âge et sexe des bénéficiaires - lignes 1 à 10

Compter chaque bénéficiaire une seule fois et le classer sous la colonne appropriée selon le groupe d'âge et le sexe.

F. Types de soins – colonne 2

En ne comptant chaque personne qu'une seule fois, classer tous les bénéficiaires inscrits en fonction des types de soins énumérés ci-dessous, selon les services que le bénéficiaire reçoit (dans l'établissement) au 31 mars 1997. Pour les résidents qui sont temporairement absents, indiquer le type de soins qu'ils reçoivent habituellement au sein de cet établissement.

- Ligne 1. **Chambre et pension seulement** – bénéficiaire ne payant que pour l'utilisation d'une chambre et qui ne reçoit aucun service ou type de soins.
- Ligne 2. **Chambre et pension avec conseils** – bénéficiaire qui reçoit le minimum de soins possible dans un établissement. Il s'agit habituellement de conseils et d'aide pour surmonter des problèmes d'adaptation sociale. La plupart des établissements pour enfants et de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie entrent dans cette catégorie.
- Ligne 3. **Chambre, pension et garde** – bénéficiaire qui ne requiert que peu de surveillance.

Ligne 4. **Soins de type I** – soins que requiert un malade non alité et/ou qui peut se déplacer sans aide, dont les facultés physiques ou mentales sont affaiblies, et qui a essentiellement besoin de surveillance et/ou d'aide dans les activités de la vie quotidienne en plus de services sociaux et récréatifs pour répondre à ses besoins psycho-sociaux. La période pendant laquelle ces soins sont requis est indéterminée et relative à l'état du malade, mais est inférieure à 90 minutes par jour.

Ligne 5. **Soins de type II** – soins que requiert un malade souffrant d'une maladie chronique (physique ou mentale) relativement stabilisée ou d'une incapacité fonctionnelle qui paraît avoir atteint la limite de son rétablissement et dont l'état ne devrait pas changer dans un avenir prochain; ce malade a un besoin relativement restreint des services de diagnostic et de thérapeutique d'un hôpital, mais doit pouvoir compter chaque jour sur des soins personnels, pendant une heure et demie à deux heures et demie, sous la surveillance de médecins et d'infirmières ainsi que sur des services satisfaisant à ses besoins psychologiques et sociaux.

Ligne 6. **Soins de type III** – soins que requiert une personne atteinte d'une maladie chronique et/ou d'une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale), qui a dépassé la phase aiguë de sa maladie, dont les fonctions vitales peuvent être stables ou non, dont les possibilités de réadaptation peuvent être restreintes, et qui réclame une gamme de services thérapeutiques, d'attention médicale et de soins infirmiers expérimentés, sans oublier des services pour pourvoir à ses besoins psychologiques et sociaux. Les soins personnels ou thérapeutiques et/ou les soins médicaux sont requis pendant deux heures et demie au moins chaque jour.

Ligne 7. **Soins de type plus élevé** – indiquer ici les personnes qui ont besoin de soins infirmiers et/ou médicaux plus élaborés que ceux décrits ci-dessus. Il est probable que très peu de bénéficiaires reçoivent ce type de soins. Les soins des catégories supérieures au type III sont habituellement donnés dans des hôpitaux.

L'annexe 1 présente une liste des équivalents provinciaux des types de soins.

G. Caractéristiques principales des bénéficiaires

Ne compter chaque personne qu'une seule fois, en faisant le groupement d'après la caractéristique principale.

- Ligne 1. **Personnes âgées** – bénéficiaires qui ont besoin de soins en raison surtout du vieillissement (65 ans et +). Ces personnes peuvent présenter certaines autres incapacités associées au vieillissement, mais pour les besoins de l'enquête, considérer l'âge comme la principale caractéristique.
- Ligne 2. **Personnes souffrant d'un handicap ou d'une incapacité physique** – bénéficiaires souffrant d'une incapacité physique (p.ex. les personnes aveugles, sourdes, amputées, etc.).
- Ligne 3. **Handicapés développementaux** – bénéficiaires dont le développement intellectuel ou émotionnel ou les progrès scolaires sont lents ou limités.
- Ligne 4. **Personnes souffrant de troubles psychiques** – comprend les anciens patients psychiatriques, les personnes qui souffrent d'une maladie mentale chronique ou celles qui achèvent de se rétablir d'une maladie mentale.
- Ligne 5. **Enfants souffrant de troubles émotifs** – enfants ayant des troubles de comportement qui nécessitent un traitement spécialisé.
- Ligne 6. **Alcooliques/toxicomanes** – bénéficiaires qui ont besoin d'un traitement pour surmonter des problèmes de dépendance envers l'alcool ou la toxicomanie.
- Ligne 7. **Délinquants/jeunes contrevenants** – jeunes personnes qui commettent une infraction à la loi. (Problèmes qui découlent davantage de l'inadaptation sociale que de l'intention criminelle.)
- Ligne 8. **Itinérants** – Personnes nécessitant des soins de relève à court terme qui sont sans abri en raison d'une urgence ou d'une situation continue.
- Nota** – Seuls les centres pour itinérants qui dispensent au moins des services de counseling sont inclus dans le Rapport des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Les centres qui fournissent seulement chambre et pension ne devraient pas être inclus. Si votre établissement se classe dans cette catégorie, veuillez l'indiquer sur la page couverture et retourner le questionnaire.
- Ligne 9. **Autres** – comprend les bénéficiaires qui n'entrent pas dans les autres catégories, p. ex., les mères célibataires, les enfants qui ont besoin d'hébergement mais ne sont pas inclus dans les autres catégories, etc.
- Personnes employées au 31 mars **1997** – personnes figurant sur le bordereau de paye de l'établissement au 31 mars.
- Exclure les travailleurs bénévoles non rémunérés. Exclure également les personnes rémunérées à l'acte (médecins ou dentistes de garde, etc.). Indiquer cette rémunération dans la section des dépenses, à la section I.
- Colonnes 1 et 2
- Il peut arriver que le propriétaire exploitant un établissement soit la seule personne qui travaille à plein temps. Dans ce cas, inscrire 1 dans la colonne à plein temps à la ligne H.1. Les heures doivent être divisées de manière à refléter le nombre approximatif d'heures consacrées à la prestation de services de soins directs aux bénéficiaires, ligne H.1 et de services généraux, ligne H.2. Indiquer la rémunération à la ligne I.1.
- Ne déclarer qu'une fois un employé qui occupe plus d'un poste, soit dans la catégorie de l'emploi auquel il consacre la plus grande partie de son temps.
- À plein temps** – personnes employées régulièrement pendant toute la semaine de travail.
- À temps partiel** – personnes employées régulièrement certains jours ou certaines parties de journée au cours de la semaine de travail.
- N'indiquer que le nombre d'employés «à plein temps» et «à temps partiel». Ne pas utiliser les équivalents en temps plein à moins que les chiffres réels ne soient disponibles. Exclure les employés occasionnels dans les deux premières colonnes. Les employés occasionnels sont des personnes employées à intervalles irréguliers pour remplacer temporairement des employés en vacances ou en congé de maladie ou qui sont employées temporairement pour remplir certaines fonctions ou exécuter certains travaux comme le déneigement ou du travail de bureau lors d'une surcharge de travail, etc.
- Colonne 3
- Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration** – indiquer le total des heures rémunérées des employés à temps plein, à temps partiel et occasionnels qui ont reçu un salaire de l'établissement. Inclure les heures correspondant aux
- H. Personnel** – fin
- jours de vacances et autres congés payés pour toutes les catégories de personnel. OMETTRE LES FRACTIONS ET ARRONDIR AU NOMBRE ENTIER.

Soins directs aux bénéficiaires – Ligne 1 – indiquer ici toutes les personnes qui consacrent la majeure partie de leur temps à aider, à conseiller, à donner des soins infirmiers aux bénéficiaires ou à s'occuper personnellement d'eux de toutes sortes de façons. Inclure les infirmier(ière)s autorisé(e)s, les

Directives pour la page 3

H. Personnel

infirmier(ière)s, les aides soignantes, les conseillers, les éducateurs spécialisés, les préposés aux soins, les travailleurs sociaux, les infirmier(ière)s diplômé(e)s, etc.

Services généraux – Ligne 2 – donner ici les renseignements concernant tous les autres employés de l'établissement qui fournissent des services indirects et qui ne figurent pas à la ligne précédente.

Inclure les employés chargés de l'administration de l'établissement, des services de diététique et d'alimentation, de l'entretien ménager et de la buanderie, de l'entretien et de la sécurité des installations matérielles, ainsi que les travailleurs employés par l'établissement qui fournissent des services à l'extérieur de l'établissement dans la localité.

Ne pas inscrire les renseignements concernant le personnel exécutant pour vous certaines de ces fonctions au siège social, dans un autre établissement connexe, un bureau municipal ou dans un bureau du gouvernement provincial.

I. Dépenses

Donner en détail dans cette section les coûts d'exploitation et d'entretien de l'établissement pour les douze (12) mois terminés le 31 mars **1997**. Exclure les coûts en capital.

ARRONDIR AU DOLLAR PRÈS

Soins directs aux bénéficiaires – Ligne 1 (colonne 1) – correspond aux détails donnés à la section H sur le personnel et sur les heures rémunérées.

Colonne 2

Déclarer toutes les dépenses, autres que les salaires, relatives à un secteur ou à un département précis. Inclure les paiements à l'acte (médecins qui ne font pas partie du personnel, etc.). Inclure aussi les médicaments, les fournitures médicales et chirurgicales et le coût total des autres services et fournitures nécessaires à la prestation de soins directs aux bénéficiaires.

Services généraux – Ligne 2

La colonne 1 correspond aux détails donnés à la section H.

Colonne 2

Inclure les dépenses relatives à l'administration (y compris les avantages sociaux des employés), à l'entretien ménager, à la buanderie, à l'entretien et à la sécurité des installations matérielles et tous les autres frais de service indirects qui ne peuvent pas être imputés aux soins directs aux bénéficiaires.

Si l'établissement utilise un service, par exemple de diététique, d'entretien ménager ou d'entretien des installations matérielles, assuré par une société indépendante en vertu d'une entente d'«achat de services», inscrire le coût total à la colonne 2; ne pas

déclarer la rémunération pour ce service. Veuillez noter cet «achat de services» à la page «Renseignements supplémentaires».

Autres dépenses – Ligne 3

- Déclarer les intérêts de prêts, les effets à payer, les hypothèques, etc.
- Taxes d'affaires et taxes foncières, etc. (EXCLURE l'impôt sur le revenu).
- Frais généraux imputés à l'établissement pour l'administration du siège social.
- Amortissement, pour la période de douze (12) mois, des édifices, des fournitures et du matériel, des améliorations des terrains, des automobiles, etc.
- Coûts de location des édifices et/ou du matériel.
- Primes d'assurances, permis et droits payés au gouvernement ou à d'autres organismes de règlement, etc.

J. Recettes

Inscrire dans cette section le total des recettes de l'établissement pour l'année se terminant le 31 mars **1997**.

Puisque la base habituelle des recettes est un tarif fixe par salle commune, cette somme représente la plus grande partie des recettes.

ARRONDIR AU DOLLAR PRÈS

Ligne 1. **Régime provincial d'assurance-santé** – lorsque l'assurance-maladie provinciale couvre les frais de salle commune pour une personne admissible, déclarer le montant obtenu de ce régime, p. ex. ministère de la Santé ou Long Term Care.

Ligne 2. **Régime provincial de service social** – déclarer tous les montants obtenus des organismes ou des programmes d'aide sociale du gouvernement provincial, p. ex. ministère des Services sociaux, Department of Social Services and Community Health (Alberta), Services sociaux et communautaires (Ontario), Community Services and Corrections (Manitoba), etc.

J. Recettes – fin

Ligne 3. **Autre ministère ou organisme provincial** – déclarer les montants obtenus d'un ministère ou organisme provincial autre que le ministère de la Santé ou de l'Aide sociale, p. ex. les organismes d'État, comme les omissions de lutte contre l'abus de l'alcool et des stupéfiants.

Ligne 4. **Municipalités, administrations régionales ou de districts** – déclarer tous les montants versés par les municipalités, les régions ou les districts pour les bénéficiaires.

Ligne 5. **Autres organismes** – déclarer tous les montants reçus pour l'hébergement provenant de sources autres que celles décrites aux lignes 1 à 4, notamment des organismes d'État, de la Commission des accidents du travail, du ministère des Affaires des anciens combattants, etc. Inclure également toutes les subventions et tous les dons reçus par l'établissement.

Ligne 6. **Co-assurance ou paiement par les bénéficiaires eux-mêmes** – déclarer tous les montants à percevoir des bénéficiaires, soit directement, soit par l'intermédiaire de compagnies d'assurances privées, représentant leur part du tarif de salle commune.

Ligne 7. **Suppléments pour chambre «privées» ou «semi-privées»** – déclarer tous les montants provenant des personnes qui occupent des chambres privées ou semi-privées pour lesquelles des frais supplémentaires au tarif de salle commune sont perçus.

Ligne 9. **Gains divers** – inscrire tous les autres revenus non attribuables à l'hébergement, ceci comprend (s'il y a lieu) :

Thérapie par exercices physiques
Fonctions spéciales d'infirmières
Services de coiffeurs ou de barbiers
Buanderie, nettoyage à sec
Repas pour employés ou invités
Distributeurs automatiques, téléphones
Garderie
Vente d'artisanat.

ANNEXE 1 – ÉQUIVALENTS DES TYPES DE SOINS

TYPE DE SOINS	DESCRIPTION	ÉQUIVALENTS PROVINCIAUX	
III	PERSONNES AYANT BESOIN CHAQUE JOUR D'AU MOINS DEUX HEURES ET DEMIE DE SOINS PERSONNELS OU THÉRAPEUTIQUES SOUS LA SURVEILLANCE DE MÉDECINS ET D'INFIRMIERS(ÈRE)S	COLOMBIE-BRITANNIQUE ALBERTA SASKATCHEWAN MANITOBA ONTARIO QUÉBEC NOUVEAU-BRUNSWICK NOUVELLE-ÉCOSSE Î.-P.-É. TERRE-NEUVE T.N.-O. YUKON	TYPE 2 (SOINS PROLONGÉS) TYPE 3 (HÔPITAUX DE SOINS PROLONGÉS) NIVEAU 4 (SOINS PROLONGÉS) NIVEAU 4 (SOINS PROLONGÉS) NIVEAU 3 (SOINS PROLONGÉS) TYPE 3 (SOINS PROLONGÉS) INCONNU NIVEAU 4 TYPE 3 (SOINS HOSPITALIERS PROLONGÉS) TYPE 3 TYPE 3 NIVEAU IV (SOINS DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE OU PALLIATIFS À LONG TERME) TYPE 3
II	PERSONNES AYANT BESOIN CHAQUE JOUR D'UNE HEURE ET DEMIE À DEUX HEURES ET DEMIE DE SOINS THÉRAPEUTIQUES ET/OU PERSONNELS SOUS LA SURVEILLANCE DE MÉDECINS ET D'INFIRMIER(IÈRE)S	COLOMBIE-BRITANNIQUE ALBERTA SASKATCHEWAN MANITOBA ONTARIO QUÉBEC NOUVEAU-BRUNSWICK NOUVELLE ÉCOSSE Î.-P.-É. TERRE-NEUVE T.N.-O YUKON	TYPE 2 (SOINS INTERMÉDIAIRES NIVEAUX II ET III) TYPE 2 (MAISONS DE SOINS INFIRMIERS) NIVEAU 3 (SOINS PERSONNELS OU INFIRMIERS INTENSIFS) NIVEAU 2 (SOINS PERSONNELS) TYPE 2 (SOINS PROLONGÉS) INCONNU NIVEAU 3 (SOINS PERSONNELS OU INFIRMIERS INTENSIFS) TYPE 2 (SOINS PERSONNELS INTENSIFS SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE) TYPE 2 TYPE 2 NIVEAU IIII (SOINS PERSONNELS OU INFIRMIERS INTENSIFS) TYPE 2
I	PERSONNES AYANT BESOIN CHAQUE JOUR D'UNE DEMI-HEURE À UNE HEURE ET DEMIE DE SOINS THÉRAPEUTIQUES ET/OU PERSONNELS SOUS LA SURVEILLANCE DE MÉDECINS ET D'INFIRMIER(IÈRE)S	COLOMBIE-BRITANNIQUE ALBERTA SASKATCHEWAN MANITOBA ONTARIO QUÉBEC NOUVEAU-BRUNSWICK NOUVELLE ÉCOSSE Î.-P.-É. TERRE-NEUVE T.N.-O. YUKON	TYPE 1 (SOINS PERSONNELS) TYPE 1 (MAISON DE SOINS INFIRMIERS) NIVEAU 2 (SOINS PERSONNELS) NIVEAU 1 (SOINS DISPENSÉS DANS DES FOYERS OU CENTRES POUR ITINÉRANTS) TYPE 1 (SOINS INSTITUTIONNELS) INCONNU NIVEAU 2 (SOINS PERSONNELS DE DURÉE LIMITÉE) TYPE 1 (SOINS PERSONNELS DE DURÉE LIMITÉE) TYPE 1 TYPE 1 NIVEAU II (SOINS PERSONNELS) TYPE 1
CHAMBRE ET PENSION AVEC SOINS EN MILIEU SURVEILLÉ	PERSONNES AYANT BESOIN D'ASSISTANCE DANS LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE : SOINS PERSONNELS, SURVEILLANCE ET/OU SERVICES SOCIAUX, PENDANT AU PLUS UNE DEMI-HEURE CHAQUE JOUR	COLOMBIE-BRITANNIQUE ALBERTA SASKATCHEWAN MANITOBA ONTARIO QUÉBEC NOUVEAU-BRUNSWICK NOUVELLE-ÉCOSSE Î.-P.-É. TERRE-NEUVE T.N.-O. YUKON	AUCUN ÉQUIVALENT OFFICIEL TYPE 1 (FOYERS POUR PERSONNES ÂGÉES) NIVEAU 1 (SURVEILLANCE) AUCUN ÉQUIVALENT OFFICIEL (FOYERS DE GROUPES POUR CLIENTÈLE VARIÉE) TYPE 0 (FOYERS-SATELLITES ET FOYERS NOURRICIERS) INCONNU NIVEAU 1 (SURVEILLANCE) TYPE 0 (SURVEILLANCE) TYPE 0 TYPE 0 NIVEAU 1 (SURVEILLANCE) AUCUN ÉQUIVALENT OFFICIEL

ANNEXE 2

CODES DES PROGRAMMES

TERRE-NEUVE

- 1 – Foyers autorisés (min. de la Santé)
- 2 – Services de réadaptation (min. des Services sociaux)
- 3 – Services de réadaptation (min. des Services sociaux)
- 4 – Aide sociale à l'enfance (min. des Services sociaux)
- 5 – Service d'éducation surveillée (min. des Services sociaux)
- 6 – Alcoolisme et toxicomanies (min. de la Santé)
- 7 – Waterford Hospital (min. de la Santé)
- 8 – Western Memorial (min. de la Santé)
- 9 – Services aux personnes âgées (maisons de soins infirmiers) (min. de la Santé)
- 10 – Ministère de la Justice - Service d'éducation surveillée pour adulte
- 14 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

- 1 – Santé et Services sociaux
- 2 – Organismes d'État (alcoolisme et toxicomanies)
- 3 – Autres (organismes religieux) (Bureau des services catholiques)
- 5 – Services résidentiels de la Région de Charlottetown
- 6 – Foyers privés

NOUVELLE-ÉCOSSE

- 1 – Alcoolisme et toxicomanies
- 2 – Établissements de soins pour bénéficiaires internes
- 3 – Maisons de soins infirmiers autorisés (min. des Services sociaux)
- 4 – Foyers pour personnes âgées exploités par les municipalités (min. des Services sociaux)
- 5 – Foyers privés pour personnes exploités par des particuliers (min. des Services sociaux)
- 7 – Centres régionaux de réadaptation (min. des Services sociaux)
- 8 – Établissements pour enfants
- 10 – Autres
- 14 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

NOUVEAU-BRUNSWICK

- 1 – Maisons de soins infirmiers
- 2 – Ministère de la Santé et des Services communautaires (Maisons de soins spécialisés)
- 3 – Alcoolisme et toxicomanies
- 4 – Autres
- 6 – Ministère de la Santé et des Services communautaires (Résidences communautaires)
- 14 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

ALBERTA

QUÉBEC

- 1 – Hébergement (min. de la Santé et des Services sociaux)
- 2 – Réadaptation (min. de la Santé et des Services sociaux)
- 3 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones
- 4 – Autres

ONTARIO

- 1 – Maisons de soins infirmiers (min. de la Santé)
- 2 – Foyers de soins spécialisés (min. de la Santé)
- 3 – Maisons de transition et foyers de groupes
- 8 – Service d'hébergement pour adultes souffrant de retards intellectuels (min. des Services sociaux et communautaires)
- 9 – Foyers pour personnes âgées (min. des Services sociaux et communautaires)
- 10 – Établissements provinciaux pour déficients mentaux (min. des Services sociaux et communautaires)
- 11 – Sociétés d'aide à l'enfance, foyers pour enfants
- 12 – Foyers privés, sans but lucratif non inclus ailleurs, autres
- 13 – Foyers pour handicapés physiques (min. des Services sociaux et communautaires)
- 14 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

MANITOBA

- 1 – Maisons de soins personnels (Commission du Manitoba des services de la santé)
- 2 – Accréditation des établissements de soins pour bénéficiaires internes
- 3 – Alcoolisme et toxicomanies
- 5 – Autres (mères célibataires)
- 7 – Centres psychiatriques (min. de la Santé et min. des Services communautaires)
- 14 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

SASKATCHEWAN

- 1 – Maisons de soins spécialisés (min. de la Santé)
- 2 – Aide à l'enfance (min. des Services sociaux)
- 3 – Services d'éducation surveillée (min. des Services sociaux)
- 4 – Services communautaires (min. des Services sociaux)
- 5 – Alcoolisme et toxicomanies
- 6 – Autres (min. des Affaires des anciens combattants)
- 14 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

YUKON

- 1 – Maisons de soins infirmiers (min. des Hôpitaux et des Soins médicaux)
- 2 – Programmes des foyers de l'Alberta, Division des affaires municipales
- 3 – Ministère des Services sociaux des familles de l'Alberta - Foyer (adulte et enfant)
- 5 – Ministère des Services sociaux des familles de l'Alberta - Foyer (enfant et famille)
- 6 – Solliciteur général
- 8 – Alcoolisme et toxicomanies (AADAC)
- 9 – Autres, foyers privés
- 10 – Foyers spécialisés
- 14 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

COLOMBIE-BRITANNIQUE

- 1 – Soins personnels
- 2 – Soins intermédiaires
- 3 – Soins institutionnels spécialisés pour les adultes
- 4 – Services de réadaptation (alcoolisme et toxicomanies)
- 5 – Centres pour personnes itinérantes
- 6 – Foyers pour enfants
- 7 – Soins institutionnels spécialisés pour enfants, adultes, et autres
- 8 – Autres (mères célibataires, foyers provinciaux, foyers privés)
- 9 – Hôpitaux privés
- 14 – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

- 1 – Établissements de soins pour bénéficiaires internes (personnes âgées)
- 2 – Services de lutte contre l'abus des alcools et des drogues
- 3 – Programme d'aide sociale à l'enfance

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

- 1 – Services d'aide à l'enfance (min. des Services sociaux)
- 2 – Services d'éducation surveillée (min. des Services sociaux)
- 3 – Ministère de la Santé
- 4 – Ministère des Services sociaux
- 5 – Ministère de la Justice