

**1997 - 1998**

**DIRECTIVES ET DÉFINITIONS**

**CONCERNANT**

**L'ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**  
**POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES**

**FORMULAIRE ABRÉGÉ**

## Table des matières

|  | Page                            |   |
|--|---------------------------------|---|
|  | Directives<br>et<br>définitions | Enquête sur les<br>établissements de soins<br>pour bénéficiaires internes |
| Directives pour remplir le rapport                 | 1                               | –   |
| Dispositions relatives au rapport                  | 1                               | –   |
| Page couverture                                    | 1                               | Page couverture   |
| Couverture intérieure                              | 2                               | Couverture intérieure   |
| Propriété  | 3                               | 1   |
| Nombre de lits – approuvé et doté                  | 3                               | 1   |
| Journées de soins selon le mode de prise en charge | 3                               | 1   |
| Mouvement des bénéficiaires                        | 3                               | 1   |
| Caractéristiques des bénéficiaires                 |                                 |   |
| – par âge et sexe                                  | 4                               | 2   |
| – par types de soins                               | 4                               | 2   |
| – par caractéristiques                             | 5                               | 2   |
| Personnel  |                                 |   |
| – Services de soins directs                        | 6                               | 3   |
| – Services généraux                                | 6                               | 3   |
| Dépenses   |                                 |   |
| – Services de soins directs                        | 6                               | 3   |
| – Services généraux                                | 6                               | 3   |
| Recettes   | 6                               | 3   |
| Annexe 1 – Équivalents des types de soins          | 8                               | –   |

---

## Directives pour remplir le rapport

1. Veuillez lire attentivement toutes les directives et les définitions données dans la présente brochure et dans le questionnaire.
2. Tous les montants d'argent indiqués **doivent être arrondis** en DOLLARS CANADIENS (**\$ CAN**) (p. ex. , 5 400,40 \$ doit être arrondi à 5 400 \$ ).
3. Il n'est **pas** nécessaire que les données financières soient vérifiées.
4. Lorsque vous ne disposez pas de données précises, vos meilleures estimations suffisent.
5. Pour fournir des données qui ne sont pas précisées dans le questionnaire, utilisez les lignes prévues à la rubrique «Autres» et fournissez les renseignements supplémentaires.

## Dispositions relatives au rapport

1. Vous avez reçu deux copies du questionnaire, une que vous pouvez utiliser comme brouillon et l'autre à remplir et à retourner à Statistique Canada. Veuillez conserver le brouillon pour vos propres dossiers.
2. Le personnel préposé aux enquêtes de Statistique Canada se fera un plaisir de discuter de solutions de rechange qui vous permettraient de répondre plus facilement à cette enquête. Les solutions de rechange pourraient inclure :
  - a) fournir une feuille de calcul sur disquette au lieu de remplir le questionnaire papier;
  - b) répondre à l'enquête au téléphone avec l'aide du personnel de Statistique Canada;
  - c) fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier de l'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes.
3. Si vous avez préparé un rapport de données financières et statistiques à l'intention des régies régionales ou des ministères provinciaux, vous pouvez envoyer une copie de ce rapport au lieu de répondre aux mêmes questions de l'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes. Veuillez remplir la page couverture de l'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes et la retourner, avec le rapport, à Statistique Canada.
4. Si votre établissement est administré par un organisme central ou fait partie d'un ensemble d'établissements, veuillez indiquer les dispositions relatives au rapport ainsi que le nom, l'adresse et le nombre de lits de chaque établissement qui fait partie de l'entité administrative. Statistique Canada pourra ainsi modifier l'envoi postal de l'an prochain et, par conséquent, éliminer des rapports en double et épargner un fardeau additionnel aux répondants.

## Page couverture

1. **Exercice financier** – Aux fins de la présente enquête, veuillez fournir des données relatives à l'exercice financier de 12 mois dont le **dernier jour** est survenu au plus tôt le 1<sup>er</sup> avril 1997 et au plus tard le 31 mars 1998. Par exemple, si votre exercice financier a pris fin le 31 décembre 1997, veuillez faire rapport pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 31 décembre 1997.
2. **Raison sociale** – Si la raison sociale et le nom commercial (le nom apparaissant sur l'étiquette du questionnaire) sont identiques, veuillez cocher dans le cercle. En cas contraire, veuillez indiquer la **raison sociale** de votre établissement dans l'espace prévu à cette fin.
3. **Type d'organisme** – Veuillez cocher dans le cercle vis-à-vis de l'option qui décrit le mieux l'organisation juridique de l'entreprise.

4. **Numéro de compte TPS** – Veuillez fournir les neuf (9) premiers chiffres du numéro d’inscription aux fins de la TPS (également connu sous l’appellation numéro d’entreprise) de l’établissement.

Le numéro d’inscription aux fins de la TPS servira à vérifier les renseignements relatifs à l’établissement qui figurent dans la liste centrale des entreprises de Statistique Canada.

## Couverture intérieure

1. Veuillez corriger le nom commercial, l’adresse, le nom du contact ainsi que le numéro de téléphone figurant sur l’étiquette pré-imprimée dans les cases correspondantes, à l’intérieur de la page couverture.
2. L’étiquette pré-imprimée de la page couverture renferme des codes correspondant aux renseignements actuellement inscrits dans le répertoire de Statistique Canada. Vous trouverez dans le tableau ci-dessous une liste des codes et leurs définitions. Vos réponses au présent questionnaire serviront à mettre à jour les renseignements.

| TEXTE DE L'ÉTIQUETTE | PRINC CHAR.  | TYPE CARE  | OWN   |
|----------------------|--|--|---|
| DESCRIPTION          | Principale caractéristique des bénéficiaires de l'établissement  | Type de soins (prédominant)  | Propriété   |
| <b>CODES</b>         | 14 - Alcooliques/toxicomanes<br>15 - Personnes âgées<br>16 - Enfants souffrant de troubles émotifs<br>18 - Handicapés développementaux<br>22 - Handicapés physiques<br>24 - Handicapés psychiatriques<br>25 - Délinquants<br>27 - Personnes itinérantes<br>28 - Autres | 1 – Chambre et pension seulement<br>2 – Chambre et pension avec conseils<br>3 – Chambre et pension et garde<br>4 – Type I<br>5 – Type II<br>6 – Type III<br>7 – Type plus élevé<br><br>L'Annexe 1 renferme les équivalents provinciaux | 01 - Laïque<br>02 - Religieuse<br>03 - Autre<br>04 - Municipale<br>05 - Provinciale<br>06 - Anciens combattants Canada<br>07 - Défense nationale<br>08 - Santé Canada<br>09 - État<br>10 - Gouvernement territorial<br>11 - À but lucratif<br>12 - Fédérale (autre) |

## 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).

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

**Provincial ou 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.

**Doté 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 de soins 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 de soins est le nombre de journées de soins 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 de soins serait de  $(4 \times 365) = 1\,460$ . Un établissement de quatre lits dont un des lits serait inoccupé pendant 31 jours

déclarerait un nombre total de journées de soins de 1 429, selon le calcul suivant :  $(4 \times 365) - 31$  ou si l'on compte chaque lit occupé chaque jour,  $(1 \times 365) + (1 \times 365) + (1 \times 365) + (1 \times 334)$ . 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<sup>er</sup> avril 1997** – nombre total de bénéficiaires à qui un lit a été assigné à 00h01, le 1<sup>er</sup> 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. **Admissions** – 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<sup>er</sup> avril et de toutes les admissions faites au cours de l'année.

Ligne 4. **Sorties** – nombre de bénéficiaires vivants ayant officiellement quitté l'établissement.

## D. Mouvement des bénéficiaires – fin

- 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 1998** – 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 1998).

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 1998. 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 et 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 psychosociaux. 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 psychiatriques** – 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. **Personnes itinérantes** – 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 conseil sont inclus dans l'Enquête sur les 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.
- Personnel employé au 31 mars 1998 – 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 comme dépense à la section I.
- Colonnes 1 et 2
- Il peut arriver que le propriétaire exploitant un établissement soit la seule personne qui travaille à temps plein. Dans ce cas, inscrire 1 dans la colonne à temps plein à la ligne H.1. Les heures doivent être divisées de manière à refléter le nombre approximatif d'heures consacrées à la prestation 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 temps plein** – 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 temps plein» 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 jours de vacances et autres congés payés pour toutes les catégories de personnel.
- H. Personnel** – fin
- OMETTRE LES FRACTIONS ET ARRONDIR AU NOMBRE ENTIER.
- Services de soins directs** – 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 infirmier(ière)s auxiliaires, les thérapeutes, les

## Directives pour la page 3

### H. Personnel

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. N'inscrire que les renseignements concernant le personnel exécutant ces fonctions aux établissements de soins pour bénéficiaires internes.

Inclure aussi les travailleurs employés par l'établissement qui fournissent des services à l'extérieur de l'établissement dans la localité.

## 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 1998. Exclure les coûts en capital.

### ARRONDIR AU DOLLAR PRÈS

**Services de soins directs**– Ligne 1 (colonne 1) correspond aux détails donnés à la ligne 1 de la section H sur le personnel et sur les heures rémunérées; toute heure indiquée à la ligne 1 de la section H doit correspondre à un montant à la ligne 1 de la section I et vice versa.

#### 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 ligne 2 de la section H sur le personnel et sur les heures rémunérées.

#### Colonne 2

Inclure les dépenses relatives à l'administration (y compris les **avantages sociaux** des employés), au service de diététique, 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 à la colonne 1 «Salaires et traitements». 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 1998.

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

### ARRONDIR AU DOLLAR PRÈS

Ligne 1. **Régime provincial d'assurance-santé** – lorsque l'assurance-santé 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 de Soins de longue durée.

## J. Recettes – fin

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), Ministère des Services sociaux et communautaires (Ontario), Community Services and Corrections (Manitoba), etc.

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 des Services sociaux, p. ex. les organismes d'état, comme les Commissions de lutte contre l'abus de l'alcool et des stupéfiants.

Ligne 4. **Municipalité, administration régionale ou de district** – déclarer tous les montants versés par les municipalités, les régions ou les districts pour les bénéficiaires.

Ligne 5. **Tous les autres** – 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 chambres «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. **Revenus 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  |  |
|-----------------------------|--|--|--|
| CHAMBRE ET PENSION ET GARDE | <p>LE BÉNÉFICIAIRE REQUIERT UN MILIEU FAVORABLE ET PEU DE SURVEILLANCE</p> <p>NIVEAU : SOINS PERSONNELS D'AU PLUS ½ HEURE CHAQUE JOUR</p>  | <p>COLOMBIE-BRITANNIQUE<br/>ALBERTA<br/>SASKATCHEWAN<br/>MANITOBA</p> <p>ONTARIO<br/>QUÉBEC<br/>NOUVEAU-BRUNSWICK<br/>NOUVELLE-ÉCOSSE<br/>Î.-P.-É.<br/>TERRE-NEUVE<br/>T.N.-O.<br/>YUKON</p> | <p>AUCUN ÉQUIVALENT OFFICIEL<br/>TYPE 1 (FOYERS POUR PERSONNES ÂGÉES)<br/>NIVEAU 1 (SURVEILLANCE)<br/>AUCUN ÉQUIVALENT OFFICIEL (FOYERS DE GROUPES POUR CLIENTÈLE VARIÉE)<br/>TYPE 0 (FOYERS SATELLITES ET FOYERS NOURRICIERS)<br/>INCONNU<br/>NIVEAU 1 (SURVEILLANCE)<br/>TYPE 0 (SURVEILLANCE)<br/>TYPE 0<br/>TYPE 0<br/>NIVEAU 1 (SURVEILLANCE)<br/>AUCUN ÉQUIVALENT OFFICIEL</p>   |
| TYPE I                      | <p>LE BÉNÉFICIAIRE PEUT SE DÉPLACER SANS AIDE (PEUT MARCHER OU UTILISER DES AIDES OU UN FAUTEUIL ROULANT DE FAÇON AUTONOME) ; A BESOIN DE SURVEILLANCE ET D'AIDE DANS LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE ; LES SOINS MÉDICAUX OU INFIRMIERS, AU BESOIN, SONT NORMALISÉS</p> <p>NIVEAU : SOINS PERSONNELS VARIANT ENTRE ½ HEURE ET AU PLUS 1 ½ HEURE CHAQUE JOUR</p> | <p>COLOMBIE-BRITANNIQUE<br/>ALBERTA<br/>SASKATCHEWAN<br/>MANITOBA</p> <p>ONTARIO<br/>QUÉBEC<br/>NOUVEAU-BRUNSWICK<br/>NOUVELLE ÉCOSSE<br/>Î.-P.-É.<br/>TERRE-NEUVE<br/>T.N.-O.<br/>YUKON</p> | <p>TYPE 1 (SOINS PERSONNELS)<br/>TYPE 1 (MAISON DE SOINS INFIRMIERS)<br/>NIVEAU 2 (SOINS PERSONNELS)<br/>NIVEAU 1 (SOINS DISPENSÉS DANS DES FOYERS OU CENTRES POUR ITINÉRANTS)<br/>TYPE 1 (SOINS INSTITUTIONNELS)<br/>INCONNU<br/>NIVEAU 2 (SOINS PERSONNELS DE DURÉE LIMITÉE)<br/>TYPE 1 (SOINS PERSONNELS DE DURÉE LIMITÉE)<br/>TYPE 1<br/>TYPE 1<br/>NIVEAU II (SOINS PERSONNELS)<br/>TYPE 1</p>  |
| TYPE II                     | <p>LE BÉNÉFICIAIRE REQUIERT DES SOINS PERSONNELS OFFERTS 24 HEURES SUR 24 ; SURVEILLANCE PAR DES MÉDECINS ET/OU UN PERSONNEL INFIRMIER NÉCESSAIRE</p> <p>NIVEAU : SOINS PERSONNELS PENDANT 1 ½ HEURE À 2 ½ HEURES AU PLUS CHAQUE JOUR</p>  | <p>COLOMBIE-BRITANNIQUE<br/>ALBERTA<br/>SASKATCHEWAN<br/>MANITOBA<br/>ONTARIO<br/>QUÉBEC<br/>NOUVEAU-BRUNSWICK<br/>NOUVELLE ÉCOSSE</p> <p>Î.-P.-É.<br/>TERRE-NEUVE<br/>T.N.-O.<br/>YUKON</p> | <p>TYPE 2 (SOINS INTERMÉDIAIRES NIVEAUX I ET II)<br/>TYPE 2 (MAISONS DE SOINS INFIRMIERS)<br/>NIVEAU 3 (SOINS PERSONNELS OU INFIRMIERS INTENSIFS)<br/>NIVEAU 2 (SOINS PERSONNELS)<br/>TYPE 2 (SOINS PROLONGÉS)<br/>INCONNU<br/>NIVEAU 3 (SOINS PERSONNELS OU INFIRMIERS INTENSIFS)<br/>TYPE 2 (SOINS PERSONNELS INTENSIFS SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE)<br/>TYPE 2<br/>TYPE 2<br/>NIVEAU III (SOINS PERSONNELS OU INFIRMIERS INTENSIFS)<br/>TYPE 2</p> |
| TYPE III                    | <p>LE BÉNÉFICIAIRE REQUIERT UNE SURVEILLANCE ET DES SOINS PAR UN PERSONNEL INFIRMIER OFFERTS 24 HEURES SUR 24 ; ATTENTION MÉDICALE ET/OU SOINS THÉRAPEUTIQUES NÉCESSAIRES</p> <p>NIVEAU : SOINS PERSONNELS PENDANT AU MOINS 2 ½ HEURES CHAQUE JOUR</p>   | <p>COLOMBIE-BRITANNIQUE<br/>ALBERTA<br/>SASKATCHEWAN<br/>MANITOBA</p> <p>ONTARIO<br/>QUÉBEC<br/>NOUVEAU-BRUNSWICK<br/>NOUVELLE-ÉCOSSE<br/>Î.-P.-É.<br/>TERRE-NEUVE<br/>T.N.-O.<br/>YUKON</p> | <p>TYPE 2 (SOINS INTERMÉDIAIRES NIVEAU III)<br/>TYPE 3 (HÔPITAUX DE SOINS PROLONGÉS)<br/>NIVEAU 4 (SOINS PROLONGÉS)<br/>NIVEAU 4 (SOINS PROLONGÉS)<br/>NIVEAU 3 (SOINS PROLONGÉS)<br/>TYPE 3 (SOINS PROLONGÉS)<br/>INCONNU<br/>NIVEAU 4<br/>TYPE 3 (SOINS HOSPITALIERS PROLONGÉS)<br/>TYPE 3<br/>TYPE 3<br/>NIVEAU IV (SOINS À LONG TERME PALLIATIFS OU DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE)<br/>TYPE 3</p>  |
| TYPE PLUS ÉLEVÉ             | <p>LE BÉNÉFICIAIRE A BESOIN D'UNE SURVEILLANCE 24 HEURES SUR 24 PAR UN PERSONNEL INFIRMIER, MAIS NE REQUIERT PAS TOUTES LES RESSOURCES D'UN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE COURTE DURÉE</p>  |  |  |

