



# 2006-2007 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes

If you prefer this questionnaire in English please check ☐

Confidentiel une fois rempli

Cette enquête annuelle est menée en vertu de la Loi sur la statistique, Lois révisées du Canada (1985), chapitre S19.

En vertu de la Loi sur la statistique, il est obligatoire de remplir le présent questionnaire.

Corriger au besoin l'adresse postale en remplissant les cases ci-dessous :

513 Nom commercial :	
514 À l'attention de :	
515 Adresse postale :	516 App.
517 Ville :	
518 Province :	519 Code postal :

## Confidentialité:

La loi interdit à Statistique Canada de publier des statistiques recueillies au cours de cette enquête qui permettraient d'identifier une entreprise sans que celle-ci en ait donné l'autorisation par écrit au préalable. Les données déclarées sur ce questionnaire resteront confidentielles. Elles serviront exclusivement à des fins statistiques et elles seront publiées seulement d'une façon agrégée. Les dispositions de la Loi sur la statistique qui traitent de la confidentialité ne sont modifiées d'aucune façon par la Loi sur l'accès à l'information ou toute autre loi.

## Partage des données:

Afin de réduire le fardeau de réponse et améliorer l'uniformité des statistiques, Statistique Canada a conclu, aux termes de l'article 12 de la Loi sur la statistique avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un accord en vue de l'échange des données de la présente enquête. En vertu de l'article 12 de la Loi sur la statistique, vous pouvez refuser de partager vos renseignements avec l'Institut canadien d'information sur la santé en communiquant votre décision par écrit au statisticien en chef, en retournant votre lettre avec le questionnaire rempli dans l'enveloppe de retour ci-jointe.

## Raison sociale

Le nom commercial inscrit sur l'étiquette du questionnaire est celui qui est actuellement inscrit au répertoire de Statistique Canada. Si la raison sociale et le nom commercial sont identiques, veuillez cocher à l'endroit prévu à cette fin ci-dessous; si la raison sociale diffère du nom commercial, veuillez écrire en lettres moulées la **raison sociale** dans l'espace ci-dessous :

021 ☐ Identique au nom commercial OU Raison sociale 022

## Type d'organisme (Cochez UNE seule case) : Voir pages 2 et 3 du guide

031 ☐ 1 ☐ Entreprise à propriétaire unique ☐ 4 ☐ Coopérative ☐ 7 ☐ Organisme gouvernemental  
☐ 2 ☐ Société de personnes ☐ 5 ☐ Coentreprise ☐ 8 ☐ Organisme sans but lucratif  
☐ 3 ☐ Compagnie constituée en personne morale (incorporée) ☐ 6 ☐ Entreprise publique

## Numéro de compte TPS

Veuillez déclarer votre numéro d'inscription aux fins de la TPS (numéro d'entreprise) 041

## Retour du questionnaire : Veuillez le remplir et le retourner dans les 30 jours suivant la réception.

Veuillez remplir un questionnaire pour l'établissement et le lieu indiqués sur l'étiquette. Ne produire une déclaration que pour les opérations situées au Canada. Prière de retourner le questionnaire complété dans l'enveloppe ci-jointe, ou par télécopieur au 1 613 951 0709 ou sans frais au 1 800 755 5514.

Avez-vous des questions ? Avez-vous besoin d'un autre questionnaire ? Pour assistance et information appeler au : 1 888 291 6111

Nom de la personne qui a rempli ce questionnaire:  
(en lettres moulées)

Téléphone

Code régional Numéro

Télécopieur

Code régional Numéro

Titre

Signature

Jour

Mois

Année

J'atteste que les renseignements fournis ici sont, autant que je sache, complets et exacts.

Date complétée

## 2006-2007 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes

Nom de l'établissement	Ville, village, etc.
------------------------	----------------------

### 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 2006 et au plus tard le 31 mars 2007**. Par exemple, si votre exercice financier a pris fin le 31 décembre 2006, veuillez faire rapport pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2006.

011	Du	Jour	Mois	Année	012	Au	Jour	Mois	Année
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### A. Propriété - (Cochez une seule case) - Voir page 3 du guide

	Propriété 102
À but lucratif	<input type="checkbox"/>
Religieux	<input type="checkbox"/>
Laïque (sans but lucratif, associations bénévoles ou sociétés sans but lucratif)	<input type="checkbox"/>
Municipalité	<input type="checkbox"/>
Provincial ou territorial	<input type="checkbox"/>
Fédéral	<input type="checkbox"/>
Autorité, conseil régional, district, corporation de santé	<input type="checkbox"/>

### B. Nombre de lits au dernier jour de l'exercice financier - Voir page 3 du guide

	Autorisés ou approuvés	Dotés de personnel et en activité (occupés ou non)
1. Nombre de lits (incluant les lits de service de relève)	121	122

### C. Nombre de journées de soins dispensés (selon le mode de prise en charge) - Voir page 4 du guide

	Journées
1. Ministère ou département provincial de santé (Régime provincial d'assurance santé)	131
2. Ministère ou département provincial des services sociaux (Régime provincial de service social)	132
3. Autre ministère ou département provincial (précisez) 520	133
4. Municipalité, administration régionale ou de district	134
5. Tout autre, y compris le paiement par le résident lui-même	135
6. <b>Nombre total de journées (total des cases 131 à 135)</b>	136

### D. Mouvement des bénéficiaires - Voir page 4 du guide

	Résidents
1. Dans l'établissement au <b>premier jour</b> de l'exercice financier	151
2. Admissions au cours de la période de déclaration	152
3. <b>Nombre total des bénéficiaires soignés (cases 151 plus 152)</b>	153
4. Sorties au cours de la période de déclaration	154
5. Décès au cours de la période de déclaration	155
6. <b>Total des radiations (cases 154 plus 155)</b>	156
7. Dans l'établissement au <b>dernier jour</b> de l'exercice financier (cases 153 moins 156)	157 *

\* La case 157 doit concorder avec les cases 221, 240 et 272 de la page 3.

## Bénéficiaires

E. Âge et sexe des bénéficiaires au dernier jour de l'exercice financier -  
(Ne compter chaque personne qu'une seule fois)

Groupes d'âge	Nombre de personnes		Groupes d'âge	Nombre de personnes		
	1 Homme	2 Femme		1 Homme	2 Femme	
1. Moins de 10 ans	201	202	6. De 70 à 74 ans	211	212	
2. De 10 à 17 ans	203	204	7. De 75 à 79 ans	213	214	
3. De 18 à 44 ans	205	206	8. De 80 à 84 ans	215	216	
4. De 45 à 64 ans	207	208	9. 85 ans et plus	217	218	
5. De 65 à 69 ans	209	210	10. <b>Nombre total de bénéficiaires</b> (total des lignes 1 à 9)	219	220	221 *

## F. Types de soins - Voir page 5 et annexe 1 du guide

Répartir tous les bénéficiaires dans l'établissement au dernier jour de l'exercice financier (Ne compter chaque personne qu'une seule fois)	Nombre de personnes
1. Chambre et pension seulement	228
2. Chambre et pension avec conseils pour surmonter des problèmes d'adaptation sociale, d'emploi, de toxicomanie ou pour aider les parents par des conseils spécialisés (maisons de soins pour enfants)	229
3. Chambre et pension et garde et/ou école spéciale, atelier protégé, etc.	230
4. Type I (c.-à-d. surveillance et/ou assistance dans les activités de la vie quotidienne en plus de répondre aux besoins psychosociaux)	232
5. Type II (c.-à-d. sous la surveillance de médecins et d'infirmières, etc.)	234
6. Type III (c.-à-d. réclamant des soins médicaux et des soins infirmiers expérimentés, etc.)	236
7. Type plus élevé	238
8. <b>Nombre total de bénéficiaires</b> (total des cases 228 à 238)	240 *

G. Caractéristiques principales des bénéficiaires dans l'établissement au dernier jour de l'exercice financier -  
Voir page 6 du guide

(Ne compter chaque personne qu'une seule fois)	Nombre de personnes
1. Personnes âgées (60 ans et plus)	261
2. Personnes souffrant d'un handicap et/ou d'une incapacité physique	262
3. Handicapés développementaux	263
4. Personnes souffrant de troubles psychiatriques	264
5. Enfants souffrant de troubles émotifs	265
6. Alcooliques/toxicomanes	266
7. Délinquants/jeunes contrevenants	267
8. Personnes itinérantes	269
9. Autres (précisez) <sup>521</sup>	271
10. <b>Total des bénéficiaires</b> (somme des cases 261 à 271)	272 *

\* Les totaux des cases 157, 221, 240 et 272 doivent concorder.

## Personnel

## H. Soins directs aux bénéficiaires - Voir page 7 du guide

	Personnel employé au dernier jour de l'exercice financier (exclure les contractuels)		Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration (inclure les contractuels)
	Temps plein	Temps partiel	
1. Infirmier(ière)s autorisé(e)s	301	302	303 <i>h</i>
2. Infirmier(ière)s auxiliaires qualifié(e)s et (ou) autorisé(e)s	307	308	309 <i>h</i>
3. Physiothérapeutes/ergothérapeutes	316	317	318 <i>h</i>
4. Autres thérapeutes (précisez)  522	319	320	321 <i>h</i>
5. Personnel affecté aux loisirs et aux activités	322	323	324 <i>h</i>
6. Autres employés des soins directs (précisez)  523	328	329	330 <i>h</i>
7. Total du personnel des soins directs	331	332	333 <i>h</i>

## I. Services généraux - Voir page 8 du guide

	Personnel employé au dernier jour de l'exercice financier (exclure les contractuels)		Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration (inclure les contractuels)
	Temps plein	Temps partiel	
1. Administration	351	352	353 <i>h</i>
2. Diététique (cuisine/services d'alimentation)	354	355	356 <i>h</i>
3. Entretien ménager et buanderie	357	358	359 <i>h</i>
4. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (services de conciergerie)	363	364	365 <i>h</i>
5. Autres (précisez)  524	366	367	368 <i>h</i>
6. Total du personnel des services généraux	369	370	371 <i>h</i>
7. TOTAL DU PERSONNEL (lignes H.7 + I.6)	381	382	383 <i>h</i>

Toute heure indiquée doit correspondre à un montant aux sections J et K.

## 2006-2007 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes - suite

**Dépenses** - Vous pouvez fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier. *Assurez-vous d'avoir complété les pages 2, 3 et 4.*

### J. Soins directs aux bénéficiaires - Voir page 8 du guide

Veillez déclarer les renseignements financiers pour l'exercice le plus récent ayant pris fin entre le 1<sup>er</sup> avril 2006 et le 31 mars 2007. (Arrondir au dollar près)

	1 Salaires et traitements	2 Toute autre dépense	3 Total
1. Infirmier(ière)s autorisé(e)s	401		402
2. Infirmier(ière)s auxiliaires qualifié(e)s et (ou) autorisé(e)s	405		406
3. Physiothérapeutes/ergothérapeutes	411	412	413
4. Autres thérapeutes (précisez)   525	414	415	416
5. Personnel affecté aux loisirs et aux activités	417	418	419
6. Autres employés des soins directs (précisez)   526	423	424	425
7. Médicaments		426	427
8. Fournitures médicales et chirurgicales		428	429
9. Autres fournitures (précisez)   527		430	431
10. Total - dépenses des soins directs (lignes J.1 à J.9)	432	433	434

### K. Services généraux - Voir page 9 du guide

1. Administration (inclure les avantages sociaux dans la case 412)	441	442	443
2. Diététique (cuisine/services d'alimentation)	444	445	446
3. Entretien ménager et buanderie	449	450	451
4. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (services de conciergerie)	455	456	457
5. Autres (précisez)   428	458	459	460
6. Total - dépenses des services généraux (lignes K.1 à K.5)	461	462	463

### L. Autres - Voir page 9 du guide

1. Autres (intérêts, loyer, taxes, frais généraux (bureau principal), amortissement, etc.)		483	484
2. TOTAL DES DÉPENSES (lignes J.10 + K.6 + L.1)	495	496	497

Tout montant indiqué doit correspondre aux heures aux sections H et I.

NOTA : Données vérifiées non nécessaires

## 2006-2007 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes - fin

**Revenus** - Vous pouvez fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier. *Assurez-vous d'avoir complété les pages 2, 3 et 4.*

### M. Source des revenus

Veillez déclarer les renseignements financiers pour l'exercice le plus récent ayant pris fin entre le 1<sup>er</sup> avril 2006 et le 31 mars 2007. (*Arrondir au dollar près*)

	Montant
1. Ministère ou département provincial de santé (Régime provincial d'assurance santé)	501
2. Ministère ou département provincial des services sociaux (Régime provincial de service social)	502
3. Autre ministère ou département provincial ( <i>précisez</i> )   529	503
4. Municipalité, administration régionale ou de district	504
5. Tous les autres	505
6. Coassurance ou paiement par les bénéficiaires eux-mêmes	506
7. Suppléments pour chambres «privées» ou «semi-privées»	507
8. <b>Total des revenus au titre de l'hébergement</b> ( <i>total des cases 501 à 507</i> )	508
9. Revenus divers	509
10. <b>TOTAL DES REVENUS</b> ( <i>total des cases 508 et 509</i> )	510
<b>Excédent</b> ( <i>case 510 moins case 497</i> )	511
<b>Déficit</b> ( <i>case 497 moins case 510</i> )	512

**NOTA :** Données vérifiées **non** nécessaires

1. Combien de temps avez-vous mis pour recueillir les données et remplir le présent questionnaire ? 9910 \_\_\_\_\_ heures 9909 \_\_\_\_\_ minutes

#### 2. Commentaires :

Nous vous invitons à nous aider à améliorer notre programme d'enquêtes auprès des entreprises. À cette fin, nous vous saurions reconnaissant de nous faire part de vos commentaires sur les questions qui suivent ou d'autres sujets d'intérêt général :

9920 \_\_\_\_\_

9913 \_\_\_\_\_

9914 \_\_\_\_\_

9915 \_\_\_\_\_

- contenu du questionnaire
- nouvelles questions d'intérêt pour votre industrie
- langue du questionnaire
- utilisation de la terminologie propre au domaine
- compréhension des questions (à l'aide des définitions, exemples d'inclusion et d'exclusion, feuilles de codes, directives, guides de réponse, etc.)
- ordre et enchaînement des questions
- date de réception du questionnaire et temps alloué pour répondre
- autres sources de données à utiliser pour simplifier la tâche des répondants
- possibilité de déclaration électronique
- logiciels de gestion généraux (non exclusifs) utilisés.

**Avez-vous perdu l'enveloppe affranchie ?**

Veillez nous téléphoner au 1 888 291 6111 ou nous joindre par télécopieur au 1 800 755 5514.



**Merci d'avoir rempli ce questionnaire.**