



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 remplaçant
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 de 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 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 <input type="radio"/> Entreprise à propriété unique | 4 <input type="radio"/> Coopérative | 7 <input type="radio"/> Organisme gouvernemental |
| 2 <input type="radio"/> Société de personnes | 5 <input type="radio"/> Coentreprise | 8 <input type="radio"/> Organisme sans but lucratif |
| 3 <input type="radio"/> Compagnie constituée en personne morale (incorporée) | 6 <input type="radio"/> 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



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

Jour _____ Mois _____ Année _____

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^{er} 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^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006.

011 Du Jour Mois Année

012 Au Jour Mois Année

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

Propriété
102

À but lucratif

Religieux

Laïque (sans but lucratif, associations bénévoles ou sociétés sans but lucratif)

Municipalité

Provincial ou territorial

Fédéral

Autorité, conseil régional, district, corporation de santé

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) 1520

133

4. Municipalité, administration régionale ou de district

134

5. Tout autre, y compris le paiement par le résident lui-même

135

6. Nombre total de journées (total des cases 131 à 135)

136

D. Mouvement des bénéficiaires - Voir page 4 du guide

Résidents

1. Dans l'établissement au **premier jour** de l'exercice financier

151

2. Admissions au cours de la période de déclaration

152

3. **Nombre total des bénéficiaires soignés** (cases 151 plus 152)

153

4. Sorties au cours de la période de déclaration

154

5. Décès au cours de la période de déclaration

155

6. **Total des radiations** (cases 154 plus 155)

156

7. Dans l'établissement au **dernier jour** 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. Nombre total de bénéficiaires (total des lignes 1 à 9)	219	220
					221 *

F. Types de soins - Voir page 5 et annexe 1 du guideRépartir 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 pré-égréé, 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. Nombre total de bénéficiaires (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 (65 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) 521	271
10. Total des bénéficiaires (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)	Temps plein	Temps partiel	Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration (inclure les contractuels)
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 (<i>précisez</i>) 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 (<i>précisez</i>) 523	328	3.9		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)	Temps plein	Temps partiel	Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration (inclure les contractuels)
1. Administration	351	352		353 <i>h</i>
2. Diététique (cuisine/serv. des aliments)	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 (<i>précisez</i>) 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

Veuillez déclarer les renseignements financiers pour l'exercice le plus récent ayant pris fin entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007. (Arrondir au dollar près)

1. Infirmier(ière)s autorisé(e)s
2. Infirmier(ière)s auxiliaires qualifié(e)s et (ou) autorisé(e)s
3. Physiothérapeutes/ergothérapeutes
4. Autres thérapeutes (précisez) | 525
5. Personnel affecté aux loisirs et aux activités
6. Autres employés des soins directs (précisez) | 526
7. Médicaments
8. Fournitures médicales et chirurgicales
9. Autres fournitures (précisez) | 527
10. **Total - dépenses des soins directs (lignes J.1 à J. 9)**

	1 Salaires et traitements	2 Toute autre dépense	3 Total
401			402
405			406
411	412		413
414	415		416
417	418		419
423	424		425
	426		427
	428		429
	430		431
432	433		434

K. Services généraux - Voir page 9 du guide

- Administration
 1. (inclure les avantages sociaux dans la case 4 '2)
2. Diététique (cuisine/services d'alimentation)
3. Entretien ménager et buanderie
4. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (services de conciergerie,)
5. Autres (précisez) | 528
6. **Total - dépenses des services généraux (lignes K.1 à K.5)**

441	442	443
444	445	446
449	450	451
455	456	457
458	459	460
461	462	463

L. Autres - Voir page 9 du guide

1. Autres (honoraires, loyer, taxes, frais généraux (bureau principal), amortissement, etc.)
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

Veuillez déclarer les renseignements financiers pour l'exercice le plus récent ayant pris fin entre le 1 ^{er} 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>) <u>529</u>	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.	Total des revenus au titre de l'hébergement (total des cases 501 à 507)	508
9.	Revenus divers	509
10.	TOTAL DES REVENUS (total des cases 508 et 509)	510
Excédent (case 510 moins case 497)		511
Déficit (case 497 moins case 510)		512

NOTA : Données vérifiées **non** nécessaires

- | | | |
|---|--------|---------|
| 1. Combien de temps avez-vous mis pour recueillir les données et remplir le présent questionnaire ? | 9910 | 9909 |
| | heures | 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 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 ?

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

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.