

# 2009 - 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 :

Designation sociale : C0001 <input type="text"/>		Nom commercial : C0002 <input type="text"/>	
Adresse postale : C0004 <input type="text"/>		Ville : C0005 <input type="text"/>	
Province/Territoire : C0006 <input type="text"/>	Code postal : C0007 <input type="text"/>	Langue de préférence : C0010 <input type="radio"/> Anglais <sup>2</sup> <input type="radio"/> Français	

## Confidentialité :

La loi interdit à Statistique Canada de publier toute information recueillie au cours de cette enquête qui permettrait d'identifier une personne, entreprise ou organisation à moins d'avoir obtenu l'accord préalable du répondant ou l'autorisation selon les dispositions pertinentes de la *Loi sur la statistique*. Les données recueillies au cours de cette enquête seront traitées dans la stricte confidentialité et utilisées à des seules fins statistiques. Elles ne seront publiées que sous forme agrégée. Les dispositions de la *Loi sur la statistique* qui traitent de la confidentialité ne sont modifiées en aucune façon par la *Loi sur l'accès à l'information* ou par 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 et en retournant votre lettre avec le questionnaire rempli dans l'enveloppe de retour ci-jointe.

## Objectif de l'enquête :

Cette enquête recueille des données financières, sociales et d'exploitation nécessaires à la production de statistiques relatives à votre secteur industriel. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le guide du rapport ci-inclus.

## Couverture :

Veuillez compléter le questionnaire pour la désignation sociale et l'établissement décrits dans la vignette. Veuillez ne répondre que pour les établissements situés au Canada.

## Retour du questionnaire :

Veuillez remplir et retourner le questionnaire dans les 30 jours suivant sa réception. Veuillez noter que cette enquête ne requiert pas la certification comptable des données. Prière de retourner le questionnaire complété dans l'enveloppe ci-jointe, ou par télécopieur sans frais au 1 877 256-2370.

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

## Type d'organisme (Cochez UNE seule case) : Voir cette section dans le guide

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 031 1 <input type="radio"/> Entreprise à propriétaire unique | 3 <input type="radio"/> Compagnie constituée en personne morale (incorporée) | 5 <input type="radio"/> Coentreprise        | 7 <input type="radio"/> Organisme gouvernemental    |
| 2 <input type="radio"/> Société de personnes                 | 4 <input type="radio"/> Coopérative  | 6 <input type="radio"/> Entreprise publique | 8 <input type="radio"/> Organisme sans but lucratif |

## Numéro de compte TPS / Numéro de compte d'entreprise :

Est-ce que votre entreprise a un numéro d'inscription aux fins de la TPS ou un numéro d'inscription d'entreprise?

- 040 1  Oui → Si oui, veuillez déclarer votre numéro d'inscription aux fins de la TPS ou votre numéro d'inscription d'entreprise
- 3  Non
- 041

## Nombre d'établissements déclarants

Faites vous une déclaration pour plus d'un établissement?

- 050 1  Oui → Si oui, veuillez fournir le nombre d'établissements pour lesquels vous rapportez sur ce formulaire
- 3  Non
- 051

**Nom de la personne qui a rempli ce questionnaire :**

**Nom :** (en lettres moulées)

C0054

**Prénom :**

C0013

**Téléphone :**

Code régionale Numéro

C0017

 -  - 

**Poste :**

C0027

**Télécopieur :**

Code régionale Numéro

C0016

 -  - 

**Titre :**

C0014

**Adresse électronique :**

C0018

**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 avril 2009 et au plus tard le 31 mars 2010**. Par exemple, si votre exercice financier a pris fin le 31 décembre 2009, veuillez faire rapport pour la période allant du 1 janvier 2009 au 31 décembre 2009.

011 Année Mois Jour  
Du

011 Année Mois Jour  
Au

**A. Propriété – Voir cette section dans le guide**

(Cochez une seule case)

Propriété

102

À but lucratif

11

Religieux

02

Laïque (p. ex. sans but lucratif, associations bénévoles ou sociétés sans but lucratif)

01

Municipalité

04

Provincial ou territorial

05

Fédéral

12

Autorité, conseil régional, district, corporation de santé

14

**B. Nombre de lits au dernier jour de l'exercice financier – Voir cette section dans le 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 cette section dans le guide**

		Nombre de jours			
1. Ministère ou département provincial de <b>santé</b> (p. ex. Régime provincial d'assurance santé, Office régional de la santé)	131	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Ministère ou département provincial des <b>services sociaux</b> (p. ex. Régime provincial de service social)	132	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Autre ministère ou département provincial ( <i>précisez</i> ) <sup>520</sup> <input type="text"/>	133	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Municipalité, administration régionale ou de district	134	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Tout autre, y compris le gouvernement fédéral et le paiement par le résident lui-même	135	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>6. Nombre total de journées (somme des cases 131 à 135)</b>	136	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**D. Mouvement des bénéficiaires – Voir cette section dans le guide**

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

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

**Caractéristiques des Bénéficiaires**

**E. Âge et sexe des bénéficiaires au dernier jour de l'exercice financier – Voir cette section dans le guide**

Groupes d'âge (Ne compter chaque personne qu'une seule fois)	Nombre de personnes		Groupes d'âge (Ne compter chaque personne qu'une seule fois)	Nombre de personnes		
	Homme	Femme		Homme	Femme	
1. Moins de 10 ans	201	<input type="text"/>	<input type="text"/>	202	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. De 10 à 17 ans	203	<input type="text"/>	<input type="text"/>	204	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. De 18 à 44 ans	205	<input type="text"/>	<input type="text"/>	206	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. De 45 à 64 ans	207	<input type="text"/>	<input type="text"/>	208	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. De 65 à 69 ans	209	<input type="text"/>	<input type="text"/>	210	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			6. De 70 à 74 ans	211	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			7. De 75 à 79 ans	213	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			8. De 80 à 84 ans	215	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			9. 85 ans et plus	217	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<b>10. Nombre total de bénéficiaires (somme des lignes 1 à 9)</b>	219	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Grand total de bénéficiaires</b>				221	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**F. Types de soins – Voir cette section dans le 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	<input type="text"/>
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 (p. ex. maisons de soins pour enfants)	229	<input type="text"/>
3. Chambre et pension et garde et/ou école spéciale, atelier protégé, etc.	230	<input type="text"/>
4. Type I (p. ex. surveillance et/ou assistance dans les activités de la vie quotidienne en plus de répondre aux besoins psychosociaux)	232	<input type="text"/>
5. Type II (p. ex. sous la surveillance de médecins et d'infirmières, etc.)	234	<input type="text"/>
6. Type III (p. ex. réclamant des soins médicaux et des soins infirmiers expérimentés, etc.)	236	<input type="text"/>
7. Type plus élevé	238	<input type="text"/>
<b>8. Nombre total de bénéficiaires (somme des cases 228 à 238)</b>	<b>240</b>	<input type="text"/> *

**G. Caractéristiques principales des bénéficiaires dans l'établissement au dernier jour de l'exercice financier – Voir cette section dans le guide**

(Ne compter chaque personne qu'une seule fois)

		Nombre de personnes
1. Personnes âgées (65 ans et plus)	261	<input type="text"/>
2. Personnes souffrant d'un handicap et/ou d'une incapacité physique	262	<input type="text"/>
3. Handicapés développementaux	263	<input type="text"/>
4. Personnes souffrant de troubles psychiatriques	264	<input type="text"/>
5. Enfants souffrant de troubles émotifs	265	<input type="text"/>
6. Les dépendances	266	<input type="text"/>
7. Personnes itinérantes	269	<input type="text"/>
8. Autres (précisez) <sup>521</sup> <input type="text"/>	271	<input type="text"/>
<b>9. Total des bénéficiaires (somme des cases 261 à 271)</b>	<b>272</b>	<input type="text"/> *

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

**Personnel** – Ne pas inclure les employés contractuels ou professionnels payés par une source externe.

**H. Soins directs aux bénéficiaires** – Voir cette section dans le guide

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

**I. Services généraux** – Voir cette section dans le guide

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

Toute heure indiquée doit correspondre à un montant pour les salaires et traitements dans les sections J et K.

**Dépenses** – Vous pouvez fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier. Assurez-vous d'avoir complété les pages 1, 2, 3, 4 et 5.

**J. Soins directs aux bénéficiaires** – Voir cette section dans le guide

Veuillez déclarer les renseignements financiers pour l'exercice le plus récent ayant pris fin entre le 1 avril 2009 et le 31 mars 2010.  
(Arrondir au dollar près)

	Salaires et traitements	Toute autre dépense	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) <sup>525</sup>	414	415	416
5. Personnel affecté aux loisirs et aux activités	417	418	419
6. Autres employés des soins directs (précisez) <sup>526</sup>	423	424	425
7. Médicaments (inclure l'oxygène/gaz médicaux)		426	427
8. Fournitures médicales et chirurgicales		428	429
9. Autres fournitures (précisez) <sup>527</sup>		430	431
	432	433	434
<b>10. Total - dépenses des soins directs (lignes J.1 à J.9)</b>			

**K. Services généraux** – Voir cette section dans le guide

1. Administration (inclure tous les avantages sociaux dans la case 442)	441	442	443
2. Diététique (p. ex. cuisine/services d'alimentation)	444	445	446
3. Entretien ménager et buanderie	449	450	451
4. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (p. ex. services de conciergerie/services publics)	455	456	457
5. Autres (précisez) <sup>528</sup>	458	459	460
	461	462	463
<b>6. Total - dépenses des services généraux (lignes K.1 à K.5)</b>			

**L. Autres dépenses** – Voir cette section dans le guide

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

Tout montant indiqué pour les salaires et traitements doit correspondre à des heures déclarées aux sections H et I.

NOTA : La vérification comptable des données n'est pas requise.

**Revenus** – Vous pouvez fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier. Assurez-vous d'avoir complété les pages 1, 2, 3, 4 et 5.

**M. Source des revenus** – Voir cette section dans le guide

Veillez déclarer les renseignements financiers pour l'exercice le plus récent ayant pris fin entre le 1<sup>er</sup> avril 2009 et le 31 mars 2010. (Arrondir au dollar près)

**Hébergement**

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

**NOTA :** La vérification comptable des données n'est pas requise.

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 serions reconnaissant de nous faire part de vos commentaires et d'autres sujets d'intérêt général :

9920 \_\_\_\_\_  
 9913 \_\_\_\_\_  
 9914 \_\_\_\_\_  
 9915 \_\_\_\_\_

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

**Signature:**

**Date:**

Année

Mois

Jour

C0015

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

Veillez nous téléphoner au 1 888 291-6111 ou nous joindre par télécopieur au 1 877 256-2370.

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

POUR INFORMATION SEULEMENT