

# 2010 - 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 :

Désignation sociale : C0001		Nom commercial : C0002	
Adresse postale : C0004		Ville : C0005	
Province/Territoire : C0006	Code postal : C0007	Langue de préférence : C0010 1 <input type="radio"/> Anglais 2 <input type="radio"/> Français	
Nom de la personne-ressource de l'établissement : C0028		Prénom de la personne-ressource de l'établissement : C0008	
Titre de la personne-ressource de l'établissement : C0021			

## 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 du répondant, Statistique Canada a conclu des ententes de partage de données avec les organismes statistiques provinciaux et territoriaux et d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales, qui doivent garder les données confidentielles et les utiliser uniquement à des fins statistiques. Les renseignements sur les ententes de partage de données et les couples d'enregistrements se trouvent à la première page du guide accompagnant le questionnaire.

## 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.

## 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 1 888 883-7999.

Statistique Canada tient à vous avertir que la transmission de renseignements par télécopieur ou autres modes électroniques peut poser un risque de divulgation. Toutefois, dès la réception de votre document, Statistique Canada fournira le niveau de protection garanti à tous les renseignements recueillis en vertu de la *Loi sur la statistique*.

**Avez-vous des questions? Avez-vous besoin d'un autre questionnaire?**  
Pour assistance et information appeler au : 1 800 565-1685

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

Nom : (en lettres moulées)

C0054

Téléphone :

Code régionale Numéro

C0017

Poste :

C0027

Prénom :

C0013

Télécopieur :

Code régionale Numéro

C0016

Titre :

C0014

Adresse électronique :

C0018



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

8-2300-10.2 : 2011-02-25 SQC/SAN-085-60051

Canada

## Caractéristiques de l'établissement

### Instructions de déclaration:

- Veuillez NE PAS attendre la vérification comptable des états financiers avant de remplir le questionnaire d'enquête.
- Lorsque vous n'avez pas accès à des chiffres précis, veuillez fournir la meilleure estimation possible.
- Veuillez NE PAS utiliser de virgules, de décimales ou de symboles spéciaux (\$,#,%, etc.) dans votre déclaration.
- Veuillez consulter les guides de déclaration à [www.statcan.gc.ca/](http://www.statcan.gc.ca/) pour obtenir de plus amples renseignements.

### A. Caractéristiques administratives

Cette section contient des questions administratives au sujet des déclarations de vos établissements.

#### 1. Veuillez indiquer votre type d'organisme (Cochez **UNE** seule case).

- |     |   |  |   |  |   |   |   |   |
|-----|---|--|---|--|---|---|---|---|
| 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 |

#### 2. 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

#### 3. Faites-vous une déclaration pour plus d'un établissement?

Pour les établissements qui exploitent plus d'un emplacement sous une même entité juridique, mais qui ne produisent qu'un seul état des résultats consolidé, veuillez cocher « Oui » et indiquer le nombre d'emplacements. Si vous faites une déclaration pour un ou plusieurs établissements constituant des entités juridiques distinctes et produisant chacun leur propre état des résultats, veuillez cocher « Non » et répondre individuellement pour chaque établissement. Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez consulter le guide ou communiquer avec nous au 1-800-565-1685.

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

051

#### 4. Veuillez indiquer votre 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 2010 et au plus tard le 31 mars 2011**. Par exemple, si votre exercice financier a pris fin le 31 décembre 2010, veuillez faire rapport pour la période allant du 1 janvier 2010 au 31 décembre 2010.

Du Année Mois Jour

011

Au Année Mois Jour

012

#### 5. Veuillez indiquer votre type de propriété (Cochez une seule case).

- |   |     |                          |
|---|-----|--------------------------|
| À but lucratif  | 102 | <input type="radio"/> 11 |
| Religieux   |     | <input type="radio"/> 02 |
| Laïque (p. ex. sans but lucratif, associations bénévoles ou sociétés sans but lucratif) |     | <input type="radio"/> 01 |
| Municipalité  |     | <input type="radio"/> 04 |
| Provincial ou territorial   |     | <input type="radio"/> 05 |
| Fédérale  |     | <input type="radio"/> 12 |
| Autorité, conseil régional, district, corporation de santé                              |     | <input type="radio"/> 14 |

### B. Nombre de lits au dernier jour de l'exercice financier

#### 6. Veuillez déclarer le nombre de lits autorisés ou approuvés par les autorités provinciales ou municipales et le nombre total de lits dans l'établissement.

Nombre de lits (incluant les lits de service de relève)

	Autorisés ou approuvés	Dotés de personnel et en activité (occupés ou non)
121	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	122 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Caractéristiques des bénéficiaires

### C. Nombre de journées de soins dispensés (selon le mode de prise en charge)

#### 7. Veuillez déclarer le nombre de journées de soins selon le mode de prise en charge.

Nombre de jours

a. Ministère ou département provincial de **santé** (p. ex. Régime provincial d'assurance santé, Office régional de la santé)

131

b. Ministère ou département provincial des **services sociaux** (p. ex. Régime provincial de service social)

132

c. Autre ministère ou département provincial (*précisez*)

520

133

d. Municipalité, administration régionale ou de district

134

e. Tout autre, y compris le gouvernement fédéral et le paiement par le résident lui-même

135

f. **Nombre total de journées (somme des cases 131 à 135)**

136

### D. Mouvement des bénéficiaires

#### 8. Veuillez déclarer le nombre de bénéficiaires pour chacune des catégories suivantes.

Nombre de personnes

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

151

b. Admissions au cours de la période de déclaration

152

c. **Nombre total des bénéficiaires soignés (case 151 plus 152)**

153

d. Sorties au cours de la période de déclaration

154

e. Décès au cours de la période de déclaration

155

f. **Total des radiations (case 154 plus 155)**

156

g. Dans l'établissement au **dernier jour** de l'exercice financier (*case 153 moins 156*)

157

\*

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

### E. Âge et sexe des bénéficiaires au dernier jour de l'exercice financier

#### 9. Veuillez déclarer le nombre de bénéficiaires pour chacun des groupes d'âge et selon le sexe.

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
a. Moins de 10 ans	201	202	g. De 75 à 79 ans	213	214
b. De 10 à 17 ans	203	204	h. De 80 à 84 ans	215	216
c. De 18 à 44 ans	205	206	i. 85 ans et plus	217	218
d. De 45 à 64 ans	207	208	j. <b>Nombre total de bénéficiaires</b>	(somme des lignes pour les hommes)	
e. De 65 à 69 ans	209	210		219	(somme des lignes pour les femmes)
f. De 70 à 74 ans	211	212	220		
				10. <b>Grand total de bénéficiaires</b>	
				221	*

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

## F. Types de soins

11. Veuillez déclarer le nombre de bénéficiaires par type de soins dispensés au dernier jour de l'exercice financier. (Ne compter chaque personne qu'une seule fois)

	Nombre de personnes
a. Chambre et pension seulement	228 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Chambre et pension et garde et/ou école spéciale, atelier protégé, etc.	230 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. Type II (p. ex. sous la surveillance de médecins et d'infirmières, etc.)	234 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
f. Type III (p. ex. réclamant des soins médicaux et des soins infirmiers expérimentés, etc.)	236 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
g. Type plus élevé	238 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>h. Nombre total de bénéficiaires (somme des cases 228 à 238)</b>	240 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *

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

## G. Caractéristiques principales des bénéficiaires dans l'établissement au dernier jour de l'exercice financier

12. Veuillez déclarer le nombre de bénéficiaires en fonction de la caractéristique principale la plus appropriée. (Ne compter chaque personne qu'une seule fois)

	Nombre de personnes
a. Personnes âgées (65 ans et plus)	261 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b. Personnes souffrant d'un handicap et/ou d'une incapacité physique	262 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c. Handicapés développementaux	263 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d. Personnes souffrant de troubles psychiatriques	264 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e. Enfants souffrant de troubles émotif	265 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
f. Les dépendances	266 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
g. Personnes itinérantes	269 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
h. Autres (précisez) <sup>521</sup> <input type="text"/>	271 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>i. Total des bénéficiaires (somme des cases 261 à 271)</b>	272 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *

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

## H. Soins directs aux bénéficiaires

**13. Veuillez déclarer tous les membres du personnel dont le temps est principalement consacré à la prestation de soins directs aux bénéficiaires pour les catégories suivantes.**

*Les heures déclarées pour les salaires et les traitements doivent correspondre aux montants déclarés à la section J.*

**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

a. Infirmier(ière)s autorisé(e)s

301

302

303

h

b. Infirmier(ière)s auxiliaires qualifié(e)s et (ou) autorisé(e)s

307

308

309

h

c. Physiothérapeutes/ergothérapeutes

316

317

318

h

d. Autres thérapeutes (précisez)

522

319

320

321

h

e. Personnel affecté aux loisirs et aux activités

322

323

324

h

f. Autres employés des soins directs (précisez)

523

328

329

330

h

**g. Total du personnel des soins directs (somme des lignes a. à f.)**

331

332

333

h

## I. Services généraux

**14. Veuillez déclarer tous les membres du personnel qui fournissent des services généraux pour les catégories suivantes.**

*Les heures déclarées pour les salaires et les traitements doivent correspondre aux montants déclarés à la section K.*

**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

a. Administration (Inclure les commis d'unités)

351

352

353

h

b. Diététique (p. ex. cuisine, services d'alimentation)

354

355

356

h

c. Entretien ménager et buanderie

357

358

359

h

d. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (p. ex. services de conciergerie)

363

364

365

h

e. Autre personnel des services généraux (précisez)

524

366

367

368

h

**f. Total du personnel des services généraux (somme des lignes a. à e.)**

369

370

371

h

**g. TOTAL DU PERSONNEL (somme des lignes 13.g. et 14.f.)**

381

382

383

h

**Dépenses** – Vous pouvez fournir vos états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier. Veuillez transcrire votre numéro d'identification du questionnaire sur vos états financiers. Assurez-vous d'avoir complété les pages 1, 2, 3, 4 et 5.

## J. Soins directs aux bénéficiaires

15. Veuillez déclarer les coûts de fonctionnement et les frais d'entretien de l'établissement qui sont attribuables aux soins directs aux bénéficiaires pour les catégories suivantes.

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

Veuillez déclarer les renseignements financiers pour le plus récent exercice ayant pris fin entre le 1<sup>er</sup> avril 2010 et le 31 mars 2011. (Arrondir au dollar près.)

Lorsque vous n'avez pas accès à des chiffres précis, veuillez fournir la meilleure estimation possible.

	Salaires et traitements	Toutes autres dépenses	Total
a. Infirmier(ière)s autorisé(e)s	401		402
b. Infirmier(ière)s auxiliaires qualifié(e)s et (ou) autorisé(e)s	405		406
c. Physiothérapeutes/ergothérapeutes	411	412	413
d. Autres thérapeutes (précisez) <sup>525</sup>	414	415	416
e. Personnel affecté aux loisirs et aux activités	417	418	419
f. Autres employés des soins directs (précisez) <sup>526</sup>	423	424	425
		426	427
g. Médicaments (inclure l'oxygène/gaz médicaux)		428	429
h. Fournitures médicales et chirurgicales		430	431
i. Autres fournitures (précisez) <sup>527</sup>			
j. Total - dépenses des soins directs (somme des lignes a. à i.)	432	433	434

## K. Services généraux

16. Veuillez déclarer les coûts de fonctionnement et les frais d'entretien de l'établissement qui sont attribuables aux services généraux pour les catégories suivantes.

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

## L. Autres dépenses

17. Veuillez déclarer toute autre dépense, par exemple les intérêts et les taxes.

a. Autres (intérêts, loyer, taxes, frais généraux (bureau principal), amortissement, etc.)	483	484	
<b>b. TOTAL DES DÉPENSES</b> (somme des lignes 15.j. + 16.f. + 17.a.)	495	496	497

**Revenus** – Vous pouvez fournir vos états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier. Veuillez transcrire votre numéro d'identification du questionnaire sur vos états financiers. Assurez-vous d'avoir complété les pages 1, 2, 3, 4 et 5.

## M. Source des revenus

### 18. Veuillez déclarer les revenus selon leur source.

Veuillez déclarer les renseignements financiers pour le plus récent exercice ayant pris fin entre le 1er avril 2010 et le 31 mars 2011. (Arrondir au dollar près.)

Lorsque vous n'avez pas accès à des chiffres précis, veuillez fournir la meilleure estimation possible.

#### Hébergement

a. Ministère ou département provincial de **santé** (p. ex. Régime provincial d'assurance santé, Office régional de la santé)

501

b. Ministère ou département provincial des **services sociaux** (p. ex. Régime provincial de service social)

502

c. Autre ministère ou département provincial (*précisez*)

529

503

d. Municipalité, administration régionale ou de district

504

e. Tous les autres (p. ex. gouvernement fédéral, la Commission des accidents du travail)

505

f. Coassurance ou paiement par les bénéficiaires eux-mêmes

506

g. Suppléments pour chambres «privées» ou «semi-privées»

507

h. Total des revenus au titre de l'hébergement (*somme des cases 501 à 507*)

508

i. Autres revenus divers

509

j. TOTAL DES REVENUS (*case 508 plus 509*)

510

k. Excédent (*case 510 moins 497*)

511

l. Déficit (*case 497 moins 510*)

512

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

Signature:

Date:

Année

Mois

Jour

C0015

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

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

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

Veuillez nous téléphoner au 1 800 565-1685 ou nous joindre par télécopieur au 1 888 883-7999.

POUR INFORMATION SEULEMENT