

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 remplaçant les cases ci-dessous :

Désignation sociale :

C0001

Adresse postale :

C0004

Province/Territoire :

C0006

Code postal :

C0007

Nom commercial :

C0002

Ville :

C0005

Langue de préférence :

C0010

1 Anglais 2 Français

Nom de la personne-reponsable de l'établissement :

C0028

Prénom de la personne-reponsable de l'établissement :

C0008

Titre de la personne-reponsable 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 pas 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 couplages 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

Prénom :

C0013

Téléphone :

Code régionale Numéro

C0017

Poste :

C0027

Télécopieur :

Code régionale Numéro

C0016

Titre :

C0014

Adresse électronique :

C0018



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 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	<input type="text"/>
-----	--

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 raportezez sur ce formulaire
3 Non

051	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	--

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

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

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

- a. Ministère ou département provincial de **santé** (p. ex. Régime provincial d'assurance santé, Office régional de la santé)
- b. Ministère ou département provincial des **services sociaux** (p. ex. Régime provincial de service social)

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

d. Municipalité, administration régionale ou de district

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

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

Nombre de jours	
131	<input type="text"/>
132	<input type="text"/>
133	<input type="text"/>
134	<input type="text"/>
135	<input type="text"/>
136	<input type="text"/>

D. Mouvement des bénéficiaires

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

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

b. Admissions au cours de la période de déclaration

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

d. Sorties au cours de la période de déclaration

e. Décès au cours de la période de déclaration

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

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

Nombre de personnes	
151	<input type="text"/>
152	<input type="text"/>
153	<input type="text"/>
154	<input type="text"/>
155	<input type="text"/>
156	<input type="text"/>
157	<input type="text"/> *

* 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	
	Homme	Femme
a. Moins de 10 ans	201 <input type="text"/>	202 <input type="text"/>
b. De 10 à 17 ans	203 <input type="text"/>	204 <input type="text"/>
c. De 18 à 44 ans	205 <input type="text"/>	206 <input type="text"/>
d. De 45 à 64 ans	207 <input type="text"/>	208 <input type="text"/>
e. De 65 à 69 ans	209 <input type="text"/>	210 <input type="text"/>
f. De 70 à 74 ans	211 <input type="text"/>	212 <input type="text"/>

Groupes d'âge (Ne compter chaque personne qu'une seule fois)	Nombre de personnes	
	Homme	Femme
g. De 75 à 79 ans	213 <input type="text"/>	214 <input type="text"/>
h. De 80 à 84 ans	215 <input type="text"/>	216 <input type="text"/>
i. 85 ans et plus	217 <input type="text"/>	218 <input type="text"/>
j. Nombre total de bénéficiaires	(somme des lignes pour les hommes)	(somme des lignes pour les femmes)
	219 <input type="text"/>	220 <input type="text"/>

10. Grand total de bénéficiaires

221 <input type="text"/>	*
--------------------------	---

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

Caractéristiques des bénéficiaires

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)

- a. Chambre et pension seulement 228
- 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
- c. Chambre et pension et garde et/ou école spéciale, atelier protégé, etc. 230
- d. Type I (p. ex. surveillance et/ou assistance dans les activités de la vie quotidienne en plus de répondre aux besoins psychosociaux) 221
- e. Type II (p. ex. sous la surveillance de médecins et d'infirmières, etc.) 234
- f. Type III (p. ex. réclamant des soins médicaux et des soins infirmiers expérimentés, etc.) 236
- g. Type plus élevé 238
- h. Nombre total de bénéficiaires (somme des cases 228 à 238)** 240 *

* 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)

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

* 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 <input type="text"/>	302 <input type="text"/>	303 <input type="text"/> h
b. Infirmier(ière)s auxiliaires qualifié(e)s et (ou) autorisé(e)s	307 <input type="text"/>	308 <input type="text"/>	309 <input type="text"/> h
c. Physiothérapeutes/ergothérapeutes	316 <input type="text"/>	317 <input type="text"/>	318 <input type="text"/> h
d. Autres thérapeutes (<i>précisez</i>)	522 <input type="text"/>	319 <input type="text"/>	320 <input type="text"/> 321 <input type="text"/> h
e. Personnel affecté aux loisirs et aux activités	322 <input type="text"/>	323 <input type="text"/>	324 <input type="text"/> h
f. Autres employés des soins directs (<i>précisez</i>)	523 <input type="text"/>	328 <input type="text"/> 329 <input type="text"/>	330 <input type="text"/> h
g. Total du personnel des soins directs (somme des lignes a. à f.)	331 <input type="text"/>	332 <input type="text"/>	333 <input type="text"/> 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 <input type="text"/>	352 <input type="text"/> 353 <input type="text"/> h
b. Diététique (p. ex. cuisine, services d'alimentation)	354 <input type="text"/>	355 <input type="text"/> 356 <input type="text"/> h
c. Entretien ménager et buanderie	357 <input type="text"/>	358 <input type="text"/> 359 <input type="text"/> h
d. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (p. ex. services de conciergerie)	363 <input type="text"/>	364 <input type="text"/> 365 <input type="text"/> h
e. Autre personnel des services généraux (<i>précisez</i>)	524 <input type="text"/>	366 <input type="text"/> 367 <input type="text"/> 368 <input type="text"/> h
f. Total du personnel des services généraux (somme des lignes a. à e.)	369 <input type="text"/>	370 <input type="text"/> 371 <input type="text"/> h
g. TOTAL DU PERSONNEL (somme des lignes 13.g. et 14.f.)	381 <input type="text"/>	382 <input type="text"/> 383 <input type="text"/> 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^{er} 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	403
b. Infirmier(ière)s auxiliaires qualifié(e)s et (ou) autorisé(e)s	405	406	407
c. Physiothérapeutes/ergothérapeutes	411	412	413
d. Autres thérapeutes (<i>précisez</i>)	414	415	416
e. Personnel affecté aux loisirs et aux activités	417	418	419
f. Autres employés des soins directs (<i>précisez</i>)	423	424	425
526			
g. Médicaments (inclure l'oxygène/gaz médicaux)	426		427
h. Fournitures médicales et chirurgicales	428		429
527			
i. Autres fournitures (<i>précisez</i>)	430		431
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 services sociaux dans la case 442)	441	442	443
b. Diététique (p. ex. cuisine/service d'alimentation)	444	445	446
c. Entretien ménager et bureau	449	450	451
d. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (p. ex. services de conciergerie/services publics)	455	456	457
528			
e. Autres (<i>précisez</i>)	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. TOTAL DES DÉPENSES (somme des lignes 15.j. + 16.f. + 17.a.)	495	496

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

c. Autre ministère ou département provincial (précisez)

d. Municipalité, administration régionale ou de district

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

f. Coassurance ou paiement par les bénéficiaires eux-mêmes

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

b. Total des revenus au titre de l'hébergement (somme des cases 101 à 507)

i. Autres revenus divers

i. TOTAL DES BEVENUS (case 508 plus 509)

k. Excédent (*case 510 moins 497*)

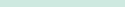
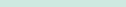
I Déficit (*case 497 moins 510*)

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

Signature:

Date:	Année	Mois	Jour
C0015	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 proposons

9920

9913

9914

9915

9910 heures 9909 minutes

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