



1997-1998 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes

If you prefer this questionnaire in English please check

Confidentiel une fois rempli

Autorisation:

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.

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 chef et en retournant votre lettre avec le questionnaire rempli dans l'enveloppe de retour ci-jointe.

Exercice financier

Veillez inscrire les dates de début et de fin de l'exercice financier de 12 mois de votre entreprise. Déclarez toutes les données se rapportant à l'exercice financier de 12 mois qui s'est terminé le, ou entre le **1er avril 1997 et le 31 mars 1998**. Par exemple, si l'exercice financier de votre entreprise s'est terminé le 31 décembre 1997, veuillez déclarer les renseignements relatifs à la période allant du 1er janvier 1997 au 31 décembre 1997.

011 Jour Mois Année 012 Jour Mois Année

Du Au

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 (cocher **UNE** seule case) :

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

041

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

Téléphone

Code régional Numéro

Titre

Signature

Date complétée

Jour Mois Année

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

Corrigez au besoin les renseignements apparaissant sur l'étiquette préimprimée dans les cases ci-dessous :

Nom commercial				
À l'attention de				
Adresse				
Ville	Province		Code postal	
Contact	Téléphone	À compter de Jour	Mois Année	

Retour du questionnaire :

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.

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

Renseignements supplémentaires (note explicative spéciale sur les changements importants survenus durant la période de déclaration)

1997-1998 — ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

Nom de l'établissement		Ville, village, etc.	
A. Propriété (cochez une seule case)			
			Propriété 102
À but lucratif			<input checked="" type="checkbox"/>
Religieux			<input checked="" type="checkbox"/>
Laique (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"/>
B. Nombre de lits (au 31 mars 1998)		Complément approuvé	Doté de personnel et en activité
1. Nombre de lits		121	122
C. Nombre de journées de soins dispensés pendant la période de déclaration selon le mode de prise en charge			
			Journées
1. Régime provincial d'assurance-santé			131
2. Régime provincial de service social			132
3. Autre ministère ou département provincial (précisez)			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			
			Résidents
1. Dans l'établissement au 1 ^{er} avril 1997.....			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 31 mars 1998 (cases 153 moins 156)			157 *

* La case 157 doit concorder avec les cases 221, 240 et 272 de la page 2.

1997-1998 — ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

E. Âge et sexe des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 1998 (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 les directives et les définitions)

Répartir tous les bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 1998 (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. Nombre total de bénéficiaires (total des cases 228 à 238)	240 *

G. Caractéristiques principales des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 1998 (ne compter chaque personne qu'une seule fois)

1. Personnes âgées	261	6. Alcooliques/toxicomanes	266
2. Personnes souffrant d'un handicap et/ou d'une incapacité physique	262	7. Délinquants/jeunes contrevenants	267
3. Handicapés développementaux	263	8. Personnes itinérantes	269
4. Personnes souffrant de troubles psychiatriques	264	9. Autres précisez	271
5. Enfants souffrant de troubles émotifs	265	10. Total des bénéficiaires (somme des cases 261 à 271)	272 *

* Les totaux doivent concorder

PERSONNEL

H. Soins directs aux bénéficiaires	Personnel employé au 31 mars 1998		Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration
	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)	319	320	321
5. Personnel affecté aux loisirs et aux activités.....	322	323	324
6. Autres employés des soins directs (précisez)	328	329	330
7. Total du personnel des soins directs	331	332	333
I. Services généraux	351	352	353
1. Administration.....	354	355	356
2. Diététique (cuisine/services d'alimentation)	357	358	359
3. Entretien ménager et buanderie	363	364	365
4. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (services de conciergerie)	366	367	368
5. Autres (précisez)	369	370	371
6. Total du personnel des services généraux	381	382	383
TOTAL DU PERSONNEL (lignes H.7 + I.6)			

DÉPENSES			
Pour les 12 mois se terminant le 31 mars 1998 (arrondir au dollar près)	1	2	3
	Salaires et traitements	Toute autre dépense	Total
J. Soins directs aux bénéficiaires	401		402
1. Infirmier(ière)s autorisé(e)s	405		406
2. Infirmier(ière)s auxiliaires qualifié(e)s et (ou) autorisé(e)s	411	412	413
3. Physiothérapeutes/ergothérapeutes.....	414	415	416
4. Autres thérapeutes (précisez)	417	418	419
5. Personnel affecté aux loisirs et aux activités.....	423	424	425
6. Autres employés des soins directs (précisez)		426	427
7. Médicaments		428	429
8. Fournitures médicales et chirurgicales.....		430	431
9. Autres fournitures (précisez).....	432	433	434
10. Total — dépenses des soins directs →	441	442	443
K. Services généraux	444	445	446
1. Administration.....	449	450	451
2. Diététique (cuisine/services d'alimentation)	455	456	457
3. Entretien ménager et buanderie.....	458	459	460
4. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (services de conciergerie)	461	462	463
5. Autres (précisez)		483	484
6. Total — dépenses des services généraux →	495	496	497
L. 1. Autres (intérêts, loyer, taxes, frais généraux (bureau principal), amortissement, etc.)		483	484
TOTAL DES DÉPENSES (ligne J.10 + K.6 + L.1) ▶	495	496	497

NOTA : Données vérifiées non nécessaires

RECETTES

M. Pour les 12 mois se terminant le 31 mars 1998
(arrondir au dollar près)

Source des revenus au titre de l'hébergement (cases 501 à 507)

- 1. Régime provincial d'assurance-santé (Ministère ou département)
- 2. Régime provincial de service social (Ministère ou département)
- 3. Autre ministère ou département provincial (précisez)
- 4. Municipalité, administration régionale ou de district
- 5. Tous les autres
- 6. Co-assurance ou paiement par les bénéficiaires eux-mêmes
- 7. Suppléments pour chambres «privées» ou «semi-privées»
- 8. Total des revenus (total des cases 501 à 507)
- 9. Revenus divers
- 10. Total des recettes (total des cases 508 et 509)
- 11. Excédent (case 510 moins case 497)
- 12. Déficit (case 497 moins case 510)

Montant	Total
501	
502	
503	
504	
505	
506	
507	
	508
	509
	510
	511
	512

NOTA : Données vérifiées non nécessaires

1. Combien de temps avez-vous mis pour recueillir les données et remplir le présent questionnaire ? 610 heures

2. Commentaires : 620

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 :

- 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 port payé ?

Veuillez nous téléphoner ou nous rejoindre par télécopieur au numéro qui apparaît à l'envers de la page couverture.

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

DATE

- 1. REC _____
- 2. FER _____
- 3. NU _____
- 4. COM _____
- 5. DUP _____
- 6. REM _____
- 7. REF _____
- 8. NC _____
- 9. EDT _____
- 10. CR _____
- 11. CAP _____
- 12. EST _____
- 13. NR _____
- 14. HDU _____

COMMENTAIRES DE L'ÉDITEUR

Pour information seulement