



2001-2002 - 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 les renseignements figurant sur l'étiquette préimprimée en remplissant les cases ci-dessous :

Nom commercial :		
À l'attention de :		
Adresse :		App.
Ville :		
Province :		Code postal :
Contact :		N° de téléphone :
À compter de :		
Jour	Mois	Année

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.

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 <input type="radio"/> Entreprise à propriétaire 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)

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Téléphone	Télécopieur
	Code régional Numéro	Code régional Numéro
	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>

Titre <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Signature <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Date complétée
		Jour Mois Année
		<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>

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

2001-2002 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes

Nom de l'établissement	Ville, village, etc.
------------------------	----------------------

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 2001 et le 31 mars 2002**. Par exemple, si l'exercice financier de votre entreprise s'est terminé le 31 décembre 2001, veuillez déclarer les renseignements relatifs à la période allant du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2001.

011	Du	Jour	Mois	Année	012	Au	Jour	Mois	Année

A. Propriété (cochez une seule case)

	Propriété 102
À but lucratif	<input type="checkbox"/>
Religieux	<input type="checkbox"/>
Laïque (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"/>
Autorité, conseil régional, district, corporation de santé	<input type="checkbox"/>

B. Nombre de lits (au 31 mars 2002)

	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. 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) _____	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 1er avril 2001	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 2002 (cases 153 moins 156)	157 *

* La case 157 doit concorder avec les cases 221, 240 et 272 de la page 3.

2001-2002 - Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes - suite

Bénéficiaires

E. Âge et sexe des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 2002 (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 <i>(total des lignes 1 à 9)</i>	219	220	221 *

F. Types de soins (Voir Directives et définitions)

Répartir tous les bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 2002
(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 <i>(total des cases 228 à 238)</i>	240 *

G.

	Nombre de personnes
1. Personnes âgées	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. <u>Autres (précisez)</u>	271
10. Total des bénéficiaires <i>(somme des cases 261 à 271)</i>	272 *

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

Personnel

H. Soins directs aux bénéficiaires

	Personnel employé au 31 mars 2002		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
	322	323	324
5. Personnel affecté aux loisirs et aux activités			
6. Autres employés des soins directs (précisez)	328	329	330
	331	332	333
7. Total du personnel des soins directs			

I. Services généraux

	Personnel employé au 31 mars 2002		Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration
	Temps plein	Temps partiel	
1. Administration	351	352	353
2. Diététique (cuisine/services d'alimentation)	354	355	356
3. Entretien ménager et buanderie	357	358	359
4. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (services de conciergerie)	363	364	365
	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)			

Toute heure indiquée doit correspondre à un montant aux sections J et K.

Dépenses

J. Soins directs aux bénéficiaires

Pour les 12 mois se terminant le 31 mars 2002 (arrondir au dollar près)	1 Salaires et traitements	2 Toute autre dépense	3 Total
1. Infirmier(ière)s autorisé(e)s	4011		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)	414	415	416
5. Personnel affecté aux loisirs et aux activités	417	418	419
6. Autres employés des soins directs (précisez)	423	424	425
		426	427
7. Médicaments		428	429
8. Fournitures médicales et chirurgicales		430	431
9. Autres fournitures (précisez)			
10. Total - dépenses des soins directs (lignes J.1 à J. 9)	432	433	434

K. Services généraux

1. Administration	441	442	443
2. Diététique (cuisine/services d'alimentation)	444	445	446
3. Entretien ménager et buanderie	449	450	451
4. Fonctionnement et entretien des installations matérielles et sécurité (services de conciergerie)	455	456	457
5. Autres (précisez)	458	459	460
6. Total - dépenses des services généraux (lignes K.1 à K.5)	461	462	463

L. Autres

1. Autres (intérêts, loyer, taxes, frais généraux (bureau principal), amortissement, etc.)		483	484
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

Vous pouvez fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier.

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR COMPLETÉ PAGE 2, 3 ET 4.

Revenus

M. Source des revenus

Pour les 12 mois se terminant le 31 mars 2002 (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 (précisez) _____		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
TOTAL DES RECETTES (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

Vous pouvez fournir des états financiers au lieu de répondre aux questions d'ordre financier.

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR COMPLETÉ PAGE 2, 3 ET 4.

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 :

<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.) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ?

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



Merci d'avoir rempli ce questionnaire.