




# 1996-1997 – Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes – Formulaire abrégé

If you prefer this questionnaire in English, please check

Confidentiel une fois rempli

Renseignements recueillis en vertu de la Loi sur la statistique, Lois révisées du Canada, 1985, chapitre S19

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. 

## VOIR LES DIRECTIVES ET LES DÉFINITIONS AVANT DE REMPLIR LE RAPPORT

Vérifiez les renseignements qui figurent sur l'étiquette au-dessus  
Indiquez tout changement ci-dessous

Lits approuvés     Plus haut niveau de soins   (voir directives à la page 12)

Caractéristique principale de la majorité des bénéficiaires  
(cochez une seule case)

- |   |                          |                                     |                          |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Personnes âgées   | <input type="checkbox"/> | Alcooliques/toxicomanes (Aic./tox.) | <input type="checkbox"/> |
| Personnes souffrant d'un handicap et/ou d'une incapacité physique (Hand. phys.) | <input type="checkbox"/> | Délinquants (Délinq.)               | <input type="checkbox"/> |
| Handicapés développementaux (Hand. dev.)  | <input type="checkbox"/> | Personnes itinérantes               | <input type="checkbox"/> |
| Personnes souffrant de troubles psychiatriques (Troubles psych.)                | <input type="checkbox"/> | Autres précisez _____               | <input type="checkbox"/> |
| Enfants souffrant de troubles émotifs (Enf. troubles émot.)                     | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |

Programme(s) (Voir l'annexe 2 des directives pour obtenir la liste des codes de programmes de votre province)

\_\_\_\_\_  
(Nom du contact en lettres moulées)      (Indicatif régional)      N° de téléphone

Approuvé

\_\_\_\_\_  
(Signature autorisée)      (Titre)      (Date)

**VEUILLEZ REMPLIR ET RETOURNER LE FORMULAIRE ÉTIQUETÉ DANS L'ENVELOPPE CI-JOINTE (PORT PAYÉ).**

# Avis de changement de nom et/ou d'adresse de l'établissement

Changement de nom	Contact
-------------------	---------

## Adresse de retour

(Si l'adresse est différente de celle du formulaire portant l'étiquette pré-imprimée ou si vous avez déménagé et connaissez votre nouvelle adresse.)

N° de rue et nom ou r.r., C.P., livraison générale				App.
Ville	Province	Pays	Code postal	
N° de téléphone	À compter du			

## Adresse de la résidence

(NE remplir QUE si l'adresse est différente de l'adresse de retour.)

Lot, concession, canton ou n° et nom de rue				App.
Ville	Province	Pays	Code postal	

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


1996-1997 — ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

Nom de l'établissement		Ville, village, etc.	
<b>A. Propriété (cochez une seule case)</b>			
À but lucratif .....			Propriété 102 <input checked="" type="checkbox"/>
Religieux .....			<input type="checkbox"/>
Laïque (sans but lucratif, associations bénévoles ou sociétés sans but lucratif) .....			<input type="checkbox"/>
Municipal .....			<input type="checkbox"/>
Provincial (Territorial) .....			<input type="checkbox"/>
Fédéral .....			<input type="checkbox"/>
<b>B. Nombres de lits (au 31 mars 1997)</b>		Complément approuvé	Doté de person- nel et en activité
1. Nombre de lits .....		121	122
<b>C. Nombre de journées de soins dispensés pendant la période de déclaration selon le mode de prise en charge</b>		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	
<b>D. Mouvement des bénéficiaires</b>		Résidents	
1. Dans l'établissement au 1 <sup>er</sup> avril 1996 .....		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 1997 (cases 153 moins 156) .....		157 *	

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

1996-1997 — ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

E. Âge et sexe des bénéficiaires dans l'établissement le 31 mars 1997 (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 1997  
(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 psycho-sociaux).....	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 1997  
(ne compter chaque personne qu'une seule fois)

	Nombre de personnes		Nombre de personnes
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

1996-1997 — ENQUÊTE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS POUR BÉNÉFICIAIRES INTERNES

H. PERSONNEL	Personnes employées au 31 mars 1997		Total des heures rémunérées au cours de la période de déclaration
	Temps plein	Temps partiel	
	331	332	333
1. Services de soins directs.....			
	369	370	371
2. Services généraux (voir définitions).....			
	381	382	383
3. Total (lignes 1 et 2).....			
I. DÉPENSES (pour l'année terminée le 31 mars 1997) (Arrondir au dollar près)	Salaires et traitements	Toute autre dépense	Total
	432	433	434
1. Services de soins directs.....			
	461	462	463
2. Services généraux (voir définitions).....			
		483	484
3. Autres dépenses (intérêts, loyer, taxes, frais généraux (bureau principal), amortissement, etc.).....			
	495	496	497
4. Total des dépenses (somme des lignes 1, 2 et 3).....			
J. RECETTES (pour l'année se terminant le 31 mars 1997) (arrondir au dollar près)	Montant	Total	
Source des gains au titre de l'hébergement (cases 501 à 507)	501		
1. Régime provincial d'assurance-santé.....	502		
2. Régime provincial de service social.....	503		
3. Autre ministère ou département provincial (précisez).....	504		
4. Municipalité, administration régionale ou de district.....	505		
5. Tous les autres.....	506		
6. Co-assurance ou paiement par les bénéficiaires eux-mêmes.....	507		
7. Suppléments pour chambres «privées» ou «semi-privées».....		508	
8. Total des revenus (total des cases 501 à 507).....		509	
9. Gains divers.....		510	
10. Total des recettes (total des cases 508 à 509).....		511	
11. Excédent (case 510 moins case 497).....		512	
12. Déficit (case 497 moins case 510).....			

NOTA : Données vérifiées non nécessaires.

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

POUR information seulement

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

20

Pour information seulement

**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